

Portrait de la vulnérabilité et des risques dans la population âgée vivant en HLM¹

LOUIS PLAMONDON, ET DAPHNE NAHMIASH, RIFVEL Québec, Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente

Résumé

Les organismes partenaires de cette étude sont le FORUM des citoyens aînés de Montréal et le Réseau Internet Francophone Vieillir en liberté (RIFVEL) - www.rifvel.org, partenaire de la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal en collaboration avec l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM) et la Table de concertation des aînés de l'Île de Montréal (TCAIM). Le but de cette étude était de dresser un portrait social de la population âgée vivant en HLM à Montréal et de mesurer la fréquence des services qu'elle reçoit et le type d'aide dont elle dépend. Nous souhaitons aussi connaître la vulnérabilité de cette population en termes de dépendance à des services ainsi que la présence de facteurs de risques dans son environnement. Les chercheurs principaux de l'étude sont Daphne Nahmiash, Ph.D. et Louis Plamondon, juriste et sociologue; le certificat éthique a été attribué par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et sciences de l'Université de Montréal.

1. Problématique et état des connaissances

La violence - physique, psychologique, matérielle et la négligence - faite aux aînés se manifeste dans les établissements de soins qui les accueillent sous la forme sous-estimée d'infractions économiques organisées qui ciblent les consommateurs aînés à domicile. Toutefois, elle s'inscrit pour une très large part dans le cadre de la violence familiale et, toujours, elle est le fait de personnes qui profitent de leur pouvoir et de la vulnérabilité d'un être humain pour le déposséder de ses biens, de sa dignité, de son autonomie, le privant ainsi de ses droits les plus fondamentaux.

Cette problématique sociale, inscrite dans le prolongement des préoccupations des gouvernements concernant l'évaluation et la prévention de la violence familiale, a fait l'objet de nombreuses études depuis le début des années 1980. Une recension des écrits en 1996 portant sur la violence faite aux aînés et publiée au cours des cinq années précédentes,

rapportait 200 références, surtout américaines, anglaises et canadiennes¹. En 1999, le gouvernement du Québec publiait « Vieillir en liberté », un rapport d'un groupe d'experts qui confirmait la prévalence du problème dans la population québécoise et dans ses institutions pour aînés.

L'ensemble des études menées a permis d'établir la prévalence de la violence à l'endroit des aînés avec assez de constance. En utilisant une méthode reconnue et un échantillon de grande taille (N= 2000) dans la région de Boston aux États-Unis, Pillemer et Finkelhor (1988)² ont révélé que 3,2% des aînés étaient victimes de violence². Au Canada, un sondage téléphonique mené auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée vivant dans la communauté (N=1200) a conclu que 4% des Canadiens auraient été victimes de violence depuis qu'ils avaient atteint l'âge de 65 ans³. En Europe, c'est en France qu'a été produite la première étude de prévalence et les conclusions rejoignent les constats américains et canadiens. En effet, le Laboratoire d'évaluation médicale de l'Université de Lille ⁴ a consulté 2 926 dossiers médicaux de personnes de plus de 65 ans prises en charge par des établissements médico-sociaux et a trouvé que 5,7% des personnes avaient été victimes de violence. La force de cette étude repose sur la source de données fiables pour établir la prévalence à partir de constats d'abus auprès de personnes vivant à domicile et en établissement. Le réseau ALMA en France, dirigé par le professeur Hugonot, a mis en évidence que 63% des cas d'abus signalés au réseau qu'il dirige (N= 3 300 signalements) proviennent de situation à domicile et 27% en institution.

Anneleen Vandenberg et al., Belgique 1985 dans *Violence et sentiments d'insécurité chez les personnes âgées : prévalence et conséquences*, vont établir par une méthodologie d'entrevues en face en face avec un échantillon représentatif de la population belge de 60 ans et plus, à une prévalence de 19,7% (l'écart de

prévalence entre cette étude et les autres études s'expliquerait surtout par la représentation des abus psychologiques dans l'étude belge qui est plus structurée sur cet aspect que les études par entrevue téléphonique). De plus, l'écart entre ces données et les précédentes peut aussi s'expliquer par le fait de la technique d'enquête faite au domicile du répondant qui favorisait l'entrevue en face à face et dans laquelle on y proposait des définitions plus exhaustives des différentes formes d'abus.

*Les études précisent aussi qu'environ le tiers à la moitié des cas de violence aux aînés dans la communauté prennent la forme d'un **abus financier** et de 10% à 26% constituent une forme de **violence physique** ... et de 30 % constituent une **violence psychologique** selon l'étude canadienne.*

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

Les études précisent aussi qu'entre le tiers et la moitié des cas de violence aux aînés dans la communauté prennent la forme d'un abus financier et de 10% à 26% constituent une forme de violence physique (coups, sévices sexuels, médication forcée, lacunes dans les soins de base surtout au plan de l'hygiène et de l'alimentation).

Quant à la prévalence de la violence psychologique (exclusions affectives, humiliation et chantages, agressions verbales, dénigrement, insultes, etc.), les résultats ne sont pas constants. L'étude de Lille en 1997⁴ révèle qu'elle serait de l'ordre de 80% tandis qu'elle serait de 30% selon l'étude canadienne. Les différentes définitions données au concept de violence psychologique peuvent probablement expliquer cet écart, mais, quels que soient les taux, les résultats indiquent clairement que les trois formes de violence co-existent le plus souvent.

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude spécifique sur la vulnérabilité aux abus et à la

négligence des populations de personnes âgées autonomes qui vivent dans des HLM ou en hébergement collectif.

Les travaux menés au cours des ans dans des services à domicile du Canton de Vaud en Suisse⁶ ont aussi permis de cerner avec plus de précision les caractéristiques des victimes de violence dans la communauté. Elles ont : (a) une grande vulnérabilité physique et psychologique, (b) une dépendance importante dans la réalisation des soins de base incluant l'alimentation et l'hygiène, (c) une mobilité très restreinte avec présence d'un handicap physique ou d'une déficience cognitive, accentuant ainsi la dépendance à autrui et par conséquent la vulnérabilité. Cette dimension de co-dépendance est bien établie par les travaux de Reis et Nahmiash⁷ qui ont mis au point et validé un test pour mesurer la probabilité de violence chez les personnes âgées dépendantes d'un aidant.

Il existe d'ores et déjà un certain nombre d'instruments de dépistage développés pour venir en aide aux personnes âgées. Mais chacun de ces tests a été élaboré en fonction d'une population spécifique vivant dans des conditions particulières, ce qui rend inapplicable leur réutilisation dans un contexte autre, du moins dans leur intégralité. Ainsi, à la différence

Quels que soient les taux, les résultats indiquent clairement que les trois formes de violence co-existent le plus souvent.

des clientèles des services à domicile de l'étude ODIVA menée en 2001-2004 dans le Canton de Vaud, les HLM ne disposent pas de « dossier » de services sur leurs résidents, mais

les profils dégagés dans cette étude sont utiles pour identifier les populations à risque qui vivent à domicile. Il en est de même pour l'outil de dépistage développé par Daphne Nahmiash et Myrna Reis en 1996. Quant à l'instrument de Michael Stones (1995), il a été élaboré dans le but d'établir une classification des types d'abus dont sont victimes les personnes âgées.

2. Objectif de l'étude dans les populations âgées vivant HLM

Étant donné les facteurs de vulnérabilité et de risques déjà établis par les recherches antérieures et les constats des professionnels et responsables des organismes

partenaires qui ont initié le projet, nous avons émis l'hypothèse que les HLM desservent une clientèle socialement plus vulnérable et donc plus à risque d'abus et de négligence.

Nous voulions donc mettre à la disposition des décideurs, des intervenants et des Comités de locataires de HLM, un portrait des caractéristiques des vulnérabilités présentes dans cette population permettant de mieux évaluer leurs besoins de sécurité ainsi que les mesures et ressources d'aide qui pourraient être mises en place pour réduire la présence de ces risques dans les HLM.

Les recherches dans le domaine de la violence à l'égard des aînés ont démontré que la dépendance dans laquelle se trouve une personne âgée pour ses besoins de base et les services de la vie courante accentue sa vulnérabilité. Plusieurs facteurs expliquent cette situation qui tend à s'aggraver avec le vieillissement de la population. En effet, les personnes âgées vivant en HLM sont de plus en plus âgées à cause de l'accroissement de l'espérance de vie et d'un contexte où les politiques sociales favorisent le vieillissement des aînés dans la communauté plutôt qu'en institution. Il en a résulté une part de plus en plus importante d'aînés « très âgés » en HLM, souvent plus isolés et plus dépendants des services de santé et des réseaux informels de soutien communautaires et familiaux.

L'étude allait donc profiler des indicateurs personnels de vulnérabilité et des indicateurs de risques associés à la dépendance à un aidant ou à des services. La perception de la sécurité de l'environnement par les répondants faisait aussi partie des indicateurs de risques.

3. Échantillonnage et méthodologie

La population étudiée occupe 9 207 logements, répartis inégalement dans 110 HLM pour l'ensemble des six secteurs administratifs sous la responsabilité de l'Office d'habitation de Montréal. Compte tenu de la taille de la population, l'échantillon, pour être représentatif, devrait comporter entre 368 et 956 logements, selon que nous optons pour une marge d'erreur de 5% ou

de 3%, avec un intervalle de confiance de 95% ; nous avons choisi de retenir 500 logements selon un échantillonnage probabiliste par grappes à deux degrés ou critères.

Afin de tenir compte de la diversité de la population, nous avons choisi, au hasard, quatre HLM dans chacun des six secteurs (1^{er} degré) en prenant en considération la taille des HLM (2^{ième} degré), soit deux HLM* comportant 60 logements et moins et deux HLM* comportant 61 logements et plus. Pour atteindre les objectifs, il aura fallu visiter 25 HLM pour réaliser 550 entrevues et rencontrer 880 personnes.

Nous avons présenté le projet au Comité de locataires des HLM et nous avons fait des entrevues individuelles avec des personnes âgées qui habitaient dans les HLM sélectionnés au hasard (méthode des grappes) avec le soutien d'un assistant pour compléter le questionnaire (n= 550). Cette entrevue prenait au maximum une heure et se faisait au domicile ou à la salle communautaire du HLM. Les chercheurs et les interviewers étaient des professionnels et des étudiants de l'Université de Montréal. Un formulaire de consentement a été signé avant le début de l'entrevue.

Une semaine plus tard, l'assistant logeait un appel pour savoir si l'entrevue s'était bien déroulée et pour répondre aux éventuelles questions. Tous les résidents qui habitaient en HLM étaient libres de participer. Leur participation est entièrement bénévole et ils étaient libres de se retirer en tout temps. Les informations données étaient strictement confidentielles.

Chacun des répondants recevait un bottin des ressources d'aide du quartier en matière de services de protection des personnes âgées, de santé et d'urgence, de dépannage alimentaire ou autres et de services de loisirs et soutien social.

En cas de besoin et avec son accord, la personne pouvait être référée à la travailleuse sociale de l'OMHM.

4. Résultats de l'étude

L'échantillon est représentatif de la population étudiée au plan de l'âge, du sexe, soit des 12 500 personnes âgées de plus de 60 ans vivant en HLM dans l'île de Montréal.

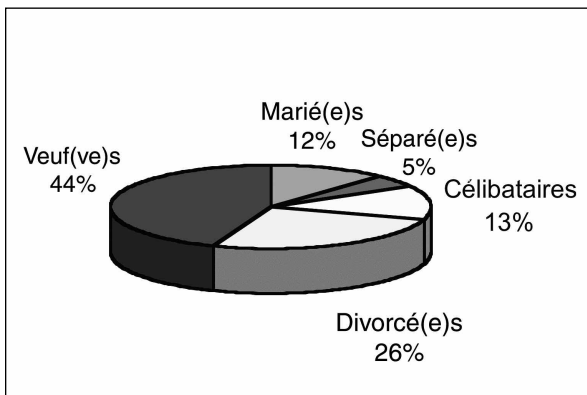
Sexe

- 431 femmes (78,2%)
- 120 hommes (21,7%)

Âge

- âge moyen de 73,8 ans pour les femmes et de 70,7 ans pour les hommes
- 60-64 ans : 99 répondants (18,0%)
 - 65-69 ans : 101 répondants (18,3%)
 - 70-74 ans : 109 répondants (19,8%)
 - 75-79 ans : 98 répondants (17,8%)
 - 80-84 ans : 91 répondants (16,5%)
 - 85-89 ans : 30 répondants (5,4%)
 - 90 + ans : 19 répondants (3,4%)

Tableau 1 : État civil des répondants



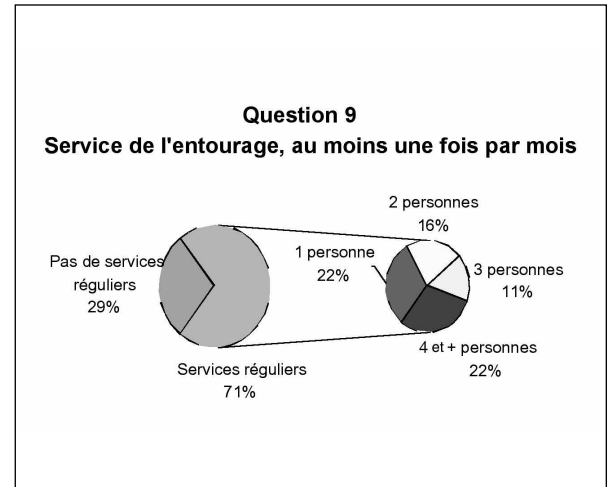
- 86% habitent seuls
- 10% avec un conjoint
- 84 hommes et 386 femmes habitent seuls

Notons la surreprésentation des femmes divorcées et séparées (31%) par rapport à la population (6%) du Québec.

On retrouve 470 personnes ayant travaillé à temps complet :

- 50% (237) répondants ont travaillé plus de 20 ans
- 10,7% (93) répondants ont travaillé 11 à 20 ans
- 73% dans le secteur privé, 20% secteur public

Tableau 2 : Présence de services réguliers et nombre d'aidants



Services reçus de la part des trois aidants principaux : filles, fils et amis ou une sœur. Trois à quatre services par mois en moyenne.

1. Visites amicales 20% à 30%*
2. Achats/magasiner/loisirs 16% à 20%
3. Livraison de journal, épicerie 8% à 13%
4. Accompagnement médical 8% à 10%
5. Ménage 5% à 9%
6. Services bancaires et financiers 3% à 7%
7. Réparations 6% à 10%

* Les visites amicales sont considérées comme des services rendus à la personne dans la mesure où elles brisent l'isolement, favorisent la communication interpersonnelle, améliorent les conditions de sécurité des personnes. Par ailleurs, pour les aidants, la visite impose un certain nombre de tâches (déplacement, frais, préparation) et une planification de l'horaire qui, dans les deux cas, représentent une dépense d'énergie significative. De plus la visite amicale comporte la réalisation de services d'autres types.

Faits saillants : les vulnérabilités les plus présentes chez les aînés en HLM

Vous pensez que vous n'êtes pas en bonne santé *	39%
Vous souffrez tous les jours de douleurs peu ou pas soulagées	46%
Vous avez des problèmes d'insomnie **	41%
Vous avez de la difficulté à communiquer vos émotions	36%
Vous vous sentez souvent très seul(e)	34%
Vous avez peu d'intérêt aux activités extérieures	29%
Vous avez de la difficulté à voir, même avec des lunettes	27%
Vous souffrez de problèmes de surdité ***	24%
Vous pleurez souvent	21%
Vous trouvez que votre appartement manque de ventilation	21%
Vous avez fait plusieurs chutes au cours de la dernière année	17%
Vous manquez de soutien de la part de votre famille	15%
Vous avez des problèmes de perte d'appétit	13%
Involontairement, vous avez perdu beaucoup de poids, les trois derniers mois	11%
Vous n'avez pas assez d'argent pour combler vos besoins quotidiens **** (alimentation, loyer, médicaments, vêtements, transport)	9%
Ne reçoivent aucun service de proches :	29%
N'ont pas reçu de visite de leur famille au cours du mois :	24%
N'ont qu'un seul aidant :	22%
N'ont reçu qu'une ou deux visites dans le mois pr�c�dent : (Sur 427 personnes)	20%
N'ont personne à qui se confier en cas de difficultés :	13%

- Plus de 4 caractéristiques de vulnérabilité : 51%
- Plus de 7 caractéristiques de vulnérabilité : 20%

383 personnes ne recevant pas de services de la part d'un organisme privé ou communautaire : 69,4%

Pour les 169 répondants qui reçoivent des services d'organismes : 30,6%

88 répondants (15,9%) reçoivent un seul service;

41 répondants (7,4%) reçoivent deux services;

*Ensemble de la population, femmes, 65 ans et plus = 23% (ISQ, 1998)

**Ensemble de la population, femmes, 65 ans et plus = 12% (ISQ 1998)

***Ensemble de la population, femmes, 65 ans et plus = 17% (ISQ 1998)

****Ensemble de la population, perception pauvre et très pauvre 21% femmes 23,4% (ISQ 1998)

40 répondants (7,2%) reçoivent trois services;

15% pour des services de santé

15% de services divers (sociaux, ménage, etc.)

Les risques les plus présents chez les aidants

S'occupe de vous depuis longtemps	71,2%
Souffre de problèmes de santé	25,9%
Est mal préparé à s'occuper d'une personne	22,8%
Se plaint d'une surcharge de travail	11,9%
Souhaite recevoir de l'aide de services	11,9%
Est isolé socialement, n'a pas de soutien de compagnie	8,7%
A des problèmes familiaux (séparation, enfant difficile)	8,3%
A des difficultés économiques	8,0%
Montre des symptômes de dépression	6,6%

- 24% des répondants ont un aidant qui possède 4 indicateurs de risque ou plus

5. Vulnérabilité et situation à risques : absence de ressources d'aide et présence de plusieurs aidants

Le Tableau 3 compare les scores de vulnérabilité dans l'échantillon avec deux sous-groupes de personnes: celles qui ne disposent pas de services réguliers avec celles qui disposent de plusieurs aidants. Sur quasi tous les indicateurs, les répondants sans services réguliers sont plus fragiles pour 25 des 29 indicateurs. Notons que sans doute une partie de ce groupe de répondants ne requièrent pas et/ou ne souhaitent pas recevoir de services réguliers. Seulement 22% expriment manquer de soutien de leur famille (Q : 21,23), mais des trois groupes, c'est le plus élevé des scores.

On peut comprendre que les personnes ayant plusieurs aidants aient moins d'intérêt pour les activités extérieures et qu'elles soient plus dépendantes pour leurs besoins, qu'elles aient moins de contrôle sur leur argent (CQFD sic) et moins de revenus disponibles, sans doute du fait des frais reliés à leur état de handicap.

6. Vulnérabilité et absence de confident à qui se référer ou présence d'un aidant problématique

37% des répondants seraient en contexte de risques élevés.



Tableau 3 : Vulnérabilité des personnes sans services réguliers et celles disposant de quatre aidants et plus.*	Total 550		N'ont pas de services 29% 157		4 aidants et + (21%) 114-119	
	N	%	N	%	N	%
21.1 vous pensez que vous n'êtes pas en bonne santé	328	39,5%	92	39,6%	79	33,6%
21.2 vous avez des problèmes d'insomnie	227	41,3%	72	45,9%	37	31,1%
21.3 vous avez des problèmes de perte d'appétit	73	13,3%	21	13,4%	10	8,4%
21.4 vous pleurez souvent	111	20,2%	31	19,8%	10	8,4%
21.5 vous avez peu d'intérêt aux activités extérieures	163	29,7%	36	22,9%	37	31,1%
21.6 vous croyez avoir de sévères problèmes de mémoire	47	8,6%	14	8,9%	7	5,9%
21.7 vous avez le sentiment que la vie n'a pas de sens	160	29,6%	47	30,5%	24	20,5%
21.8 vous vous sentez souvent de mauvaise humeur	46	8,4%	11	7,1%	3	2,5%
21.9 vous souffrez tous les jours de douleurs peu ou pas soulagées	256	46,9%	72	46,2%	8	9,9%
21.10 vous dépendez de quelqu'un pour les services de base <i>(alimentation, hygiène personnelle)</i>	44	8,1%	11	7,0%	45	29,4%
21.11 vous souffrez d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne	36	6,6%	6	3,9%	5	4,2%
21.12 vous avez le contrôle de vos avoirs financiers	530	96,7%	157	100,0%	113	95,0%
21.13 vous avez le contrôle de vos dépenses de la vie courante	527	97,4%	157	100 %	111	96,5%
21.14 vous vous sentez souvent très seul(e)	184	34,3%	52	33,3%	26	21,8%
21.15 vous avez de la difficulté à communiquer vos émotions	199	36,6%	59	38,3%	35	29,9%
21.16 vous vivez avec un membre de votre famille et vous contribuez financièrement aux dépenses	39	7,1%	9	5,7%	6	5,2%
21.17 vous entretenez des relations avec un membre de votre famille qui, lui, vit des difficultés économiques	96	17,5%	29	18,5%	18	15,1%
21.18 vous avez assez d'argent pour combler vos besoins quotidiens <i>(alimentation, loyer, médicaments, vêtements, transport)</i>	497	90,9%	143	91,7%	111	93,3%
21.19 vous souhaitez déménager pour améliorer votre sécurité	37	6,8%	12	7,7%	5	4,3%
21.20 vous trouvez que votre appartement manque de ventilation ou de chauffage	117	21,3%	38	24,2%	19	16,0%
21.21 involontairement vous avez perdu beaucoup de poids dans les trois derniers mois	61	11,1%	16	10,2%	8	6,7%
21.22 vous avez fait plusieurs chutes au cours de la dernière année	96	17,5%	27	17,2%	12	10,2%
21.23 vous manquez de soutien de la part de votre famille	86	15,6%	36	22,9%	5	4,2%
21.24 vous souffrez de problèmes de surdité	132	24,4%	36	23,2%	23	19,7%
21.25 vous portez une prothèse auditive	48	8,8%	13	8,4%	8	6,8%
21.26 vous avez de la difficulté à entendre la parole des gens	93	17,2%	30	19,4%	15	12,9%
21.27 vous avez de la difficulté à communiquer par téléphone	40	7,4%	10	6,5%	7	6,0%
21.28 vous avez de la difficulté à parler	26	4,8%	8	5,2%	8	7,0%
21.29 vous avez de la difficulté à voir, même avec des lunettes	145	27,0%	46	29,9%	33	28,4%

* Nous avons accentué en gras les scores les plus élevés.

Tableau 4 : Vulnérabilité et absence de référent confident ou présence d'un aidant problématique.*	Total 550		N'ont personne à qui se confier 13%		Q16 Aidant ayant 4 risques ou + 24%	
	N	%	N	%	N	%
21.1 vous pensez que vous n'êtes pas en bonne santé	328	40,1%	38	47,91%	49	50,5%
21.2 vous avez des problèmes d'insomnie	227	41,3%	30	41,1%	41	42,3%
21.3 vous avez des problèmes de perte d'appétit	73	13,3%	13	17,8%	16	16,5%
21.4 vous pleurez souvent	111	20,2%	22	30,1%	27	27,8%
21.5 vous avez peu d'intérêt aux activités extérieures	163	29,7%	24	32,9%	38	39,2%
21.6 vous croyez avoir de sévères problèmes de mémoire	47	8,6%	6	8,5%	13	13,5%
21.7 vous avez le sentiment que la vie n'a pas de sens	160	29,6%	27	38,0%	41	42,7%
21.8 vous vous sentez souvent de mauvaise humeur	46	8,4%	12	16,4%	16	16,5%
21.9 vous souffrez tous les jours de douleurs peu ou pas soulagées	256	46,9%	36	49,3%	53	55,2%
21.10 vous dépendez de quelqu'un pour les services de base <i>(alimentation, hygiène personnelle)</i>	44	8,1%	10	13,7%	12	12,5%
21.11 vous souffrez d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne	36	6,6%	4	5,6%	14	14,4%
21.12 vous avez le contrôle de vos avoirs financiers	530	96,7%	70	95,9%	89	93,7%
21.13 vous avez le contrôle de vos dépenses de la vie courante	527	97,4%	70	97,2%	89	95,7%
21.14 vous vous sentez souvent très seul(e)	184	34,3%	31	42,5%	47	48,5%
21.15 vous avez de la difficulté à communiquer vos émotions	199	36,6%	39	54,2%	42	44,2%
21.16 vous vivez avec un membre de votre famille et vous contribuez financièrement aux dépenses	39	7,1%	3	4,1%	17	17,9%
21.17 vous entretenez des relations avec un membre de votre famille qui, lui, vit des difficultés économiques	96	17,5%	12	16,4%	32	33,0%
21.18 vous avez assez d'argent pour combler vos besoins quotidiens <i>(alimentation, loyer, médicaments, vêtements, transport)</i>	497	90,9%	64	88,9%	84	87,5%
21.19 vous souhaitez déménager pour améliorer votre sécurité	37	6,8%	8	11,1%	9	9,6%
21.20 vous trouvez que votre appartement manque de ventilation ou de chauffage	117	21,3%	16	21,9%	18	18,6%
21.21 involontairement vous avez perdu beaucoup de poids dans les trois derniers mois	61	11,1%	7	9,6%	12	12,4%
21.22 vous avez fait plusieurs chutes au cours de la dernière année	96	17,5%	12	16,4%	22	22,9%
21.23 vous manquez de soutien de la part de votre famille	86	15,6%	16	21,9%	19	19,6%
21.24 vous souffrez de problèmes de surdité	132	24,4%	26	36,1%	32	34,4%
21.25 vous portez une prothèse auditive	48	8,8%	13	18,1%	13	13,7%
21.26 vous avez de la difficulté à entendre la parole des gens	93	17,2%	14	19,4%	23	24,7%
21.27 vous avez de la difficulté à communiquer par téléphone	40	7,4%	6	8,3%	16	17,2%
21.28 vous avez de la difficulté à parler	26	4,8%	4	5,6%	4	4,4%
21.29 vous avez de la difficulté à voir, même avec des lunettes	145	27,0%	23	32,9%	29	30,9%

* Nous avons accentué en gras les scores les plus élevés.

Le Tableau 4 compare les scores de vulnérabilité dans l'échantillon avec le groupe de répondants n'ayant personne à qui se confier et ceux ayant un aidant problématique.

Les répondants sans confident et ceux ayant un aidant problématique (plus de 4 indicateurs de risque) sont, dans l'échantillon, ceux qui obtiennent les scores les plus élevés sur l'ensemble des indicateurs. Les indicateurs de détresse psychologique sont très élevés avec une prévalence importante d'incapacités dans les indicateurs de communication. Les personnes ayant un aidant problématique ont moins d'intérêt que tous pour les activités extérieures, souffrent plus de douleurs non soulagées, ont plus de problèmes de mémoire, se sentent très seuls (20% de plus que l'ensemble), et entretiennent des relations avec un membre de leur famille qui a des difficultés économiques (33%) et ont fait le plus de chutes au cours de l'année. Sans aucun doute, cela confirme les études antérieures tout en dénombant un plus grand nombre d'indicateurs performants sur les situations à risques. Nous mettons en évidence une caractéristique sociale peu mentionnée : l'absence de confident entache gravement le sentiment de sécurité et semble contribuer fortement à toutes les dimensions couvertes par nos indicateurs de vulnérabilité.

Les HLM pour aînés sont une réponse adéquate pour toutes les personnes à faible revenu; mais le nombre est très insuffisant et cette lacune pénalise surtout des femmes âgées seules!

7. CONSTATS PRIORITAIRES SUITE À LA RECHERCHE :

Les HLM pour aînés sont une réponse adéquate pour toutes les personnes à faible revenu; mais le nombre est très insuffisant et cette lacune pénalise surtout des femmes âgées seules!

- L'étude trace un portrait psychosocial inquiétant sur le plan de la santé publique des femmes veuves et séparées ou divorcées de plus de 60 ans, dans les HLM et permet de supposer que la situation serait plus difficile pour celles qui n'ont pas un logement subventionné soit la très grande majorité des femmes seules et pauvres (plus de 260 000 femmes âgées au Québec).

- L'absence de services réguliers, l'absence de confident ou la présence d'un aidant problématique sont, dans cet ordre, les facteurs qui contribuent le plus à la présence d'un grand nombre d'indicateurs de vulnérabilité dans la population sous étude.
- L'enquête révèle que ces femmes âgées ont, dans une large majorité, travaillé plus de vingt ans à temps complet dans le secteur privé; elles ne sont pas des assistées permanentes comme les préjugés le véhiculent!
- Les constats de vulnérabilité pourraient être étendus à la majorité des personnes seules qui sont économiquement pénalisées par les systèmes de retraite. Plus encore, 260 000 femmes seraient dans cette situation au Québec et la grande majorité vit dans une condition précaire et une grande vulnérabilité sociale avec des revenus inférieurs à 15 000\$/an.
- Moins de 12 500 bénéficient d'un logement subventionné à Montréal et 35 000 ménages âgés au Québec.
- Nous concluons que les femmes âgées veuves, séparées et divorcées, qui logent seules en ville et qui ont des revenus de moins de 15 000\$ (soit 75% de cette population) sont certainement en plus grande fragilité que celles qui vivent en HLM, leur revenu disponible étant moindre.

8. PROPOSITION D' ACTIONS PRIORITAIRES

selon les chercheurs principaux et le Forum suite à la recherche après consultations de groupes de locataires

L'OMH doit se donner les moyens de connaître ses résidants les plus fragiles ou vulnérables et de prendre certaines mesures pour accroître leur sécurité dans l'esprit de la loi qui encadre son action.

- Le vieillissement des locataires dans les HLM crée une demande de services différents et les Offices d'habitation devront s'adapter, DOIVENT s'adapter maintenant en créant des partenariats novateurs avec les secteurs public, privé et communautaire.

- Plus de 25% des résidants/répondants ont déjà plus de 80 ans et l'OMH doit se responsabiliser face à cet état de fait ! Il doit ajuster ses politiques et interventions à la réalité du vieillissement des résidants aînés.

- Les services de relations communautaires doivent tenir compte des capacités réelles des résidants à s'organiser entre eux pour se donner des services ou organiser leur vie collective; le soutien aux comités de locataire devrait être adapté aux caractéristiques des résidants et accentué en terme d'intensité de services de soutien disponibles.

- Nous recommandons une visite d'un représentant qualifié de l'OMH dans l'appartement des résidants de plus de 80 ans afin d'évaluer la sécurité des lieux. Former les directions et les personnels à cet effet en mettant l'accent sur l'identification des résidants n'ayant aucun confident ou personne à qui se référer.

De plus, nous pensons qu'il faut :

- Créer un poste d'ombudsman dans les offices d'habitation : Il y a nécessité d'améliorer la transparence de la gestion des signalements et des plaintes portant sur la sécurité des personnes et des immeubles. À l'heure où les organismes publics ont tous un ombudsman, comment ne pas reconnaître cette nécessité là où sont logées plus de 35 000 personnes aînées dont plus du tiers sont très vulnérables!
- Résoudre la question de l'accès des appartements en cas d'urgence : Défoncer les portes...pour secourir un locataire n'est pas une méthode adaptée et crée des traumatismes chez les autres résidants. Un groupe de travail avec des experts en mesure urgence devrait établir les mesures pertinentes.
- Mettre en place un mécanisme de vigilance en cas de maladie. Des comités ont proposé la distribution

Nous concluons que les femmes âgées veuves, séparées et divorcées, qui logent seules en ville et qui ont des revenus de moins de 15 000\$ (soit 75% de cette population) sont certainement en plus grande fragilité que celles qui vivent en HLM, leur revenu disponible étant moindre.

L'OMH doit se donner les moyens de connaître ses résidants les plus fragiles ou vulnérables et de prendre certaines mesures pour accroître leur sécurité dans l'esprit de la loi qui encadre son action.

d'un carton de sécurité mis aux poignées de portes quand le résidant se sent fragile au plan de sa santé. Si le carton est toujours à la porte après 10h le matin, un voisin fait un appel téléphonique de sécurité et en

cas de non réponse, il alerte un responsable. La mise en place devrait se faire avec la collaboration de l'OMH et les applications ajustées selon les milieux quant aux modalités de vigilance.

- Mettre un bottin de services locaux de base en format tableau affiché dans les halls d'entrée des résidences afin que les résidants sans services réguliers ou ceux ayant un aidant problématique puissent y trouver des références de ressources pertinentes à leur situation.

- Accroître la promotion du service TEL AINÉS, service d'écoute et de référence chez tous les résidants.

- Mieux faire connaître les services accessibles de soutien au ménage pour les personnes malades ou fragiles, entre autres, dans le secteur de l'économie sociale.

- Identifier des ressources d'aide locale pour la recherche de services à domicile et la coordination de services médicaux dans les quartiers.

- Développer une offre de services « téléavertisseur » en partenariat avec un service privé dans les situations de chute, de maladie ou insécurité sévère.

- Établir en partenariat un programme de soutien aux résidants vulnérables pour compenser la surdité et les troubles de la vue avec les instituts Raymond Dewar et Louis Braille.

- Réaliser un programme de prévention des chutes, à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments en collaboration avec l'Institut de gériatrie de Montréal et la Direction de la santé publique.

- Promouvoir des initiatives locales mises en place par les comités de locataires dans les HLM pour les résidants.
- En partenariat avec des organismes tels les Petits frères des pauvres, les Accordailles, Réseau leaders, etc., susciter l'organisation de visites amicales pour briser l'isolement de 30% des locataires.
- Intégrer les ressources locales de quartier.
- Former les membres des comités et les locataires à des stratégies simples de résolution de conflit entre les personnes.

9. Conclusion

En 2006, l'OMHM et le FORUM ont initié différents projets qui donnent suite aux recommandations (celles qui sont soulignées dans le texte ci-dessus). Nous sommes encouragés par la volonté qui se manifeste de ne pas laisser la situation perdurer ou même s'aggraver dans la population des HLM de Montréal. Les chercheurs et les organismes partenaires poursuivent la diffusion des résultats dans les organismes de gestion de services d'hébergement collectif pour aînés, HLM ou autres dont l'Association des résidences et CHSLD privés du Québec. Le but visé est de faire prendre conscience des risques présents dans ces populations, diffuser certaines mesures à prendre pour en réduire l'incidence et mettre à la disposition des établissements, des ressources pour aider le nombre important de personnes en difficultés sévères.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Diane Martel, *La violence envers les gens âgés*, recension des écrits. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1996.
2. Pillemer K., Finkeelhor D., (1988) The Prevalence of Elder Abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28, 1, 51-57.
3. Podnieks E. et Pillemer K., (1990) : *Une enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées*. Institut polytechnique Ryerson, Toronto, Canada,
4. Dr A. M. Durocher - Ch. di Pompeo - H. Hubert - Dr F. Puisieux - Pr Ph. Dewailly – Pr A. Durocher: *Maltraitance des personnes âgées*, (Département du Nord de France) 1997
5. Anneleen Vandenberg et al., Belgique, 1998, *Violence et sentiments d'insécurité chez les personnes âgées prévalence et conséquences*
6. Plamondon L., Lauzon S. et Rapin C.-H., *Abus et négligence chez les personnes âgées tel que perçu par des intervenants dans des services à domicile*, Congrès de la Société Suisse de Gériologie, Octobre 2001
7. Reis M., Nashmiash D., (1998). Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention. Ste-Foy : 133 p.

RÉFÉRENCES

¹ Équipe de recherche :

Daphne Nahmiash, Phd et Louis Plamondon, juriste et sociologue, direction;

Michèle Choquet, sociologue, Analyse de résultats;

Alexandre St-Jean, traitement des données statistiques;

Louise Getty, professeure consultante,

Intervieweurs : Manon Bourdeau, Lise Anne Grenier Houde, Jacqueline Roy, Francine

Dufresne, André Lemelin, Nadine Walsh, Monique K De Sèves, Frédérique Nerbonne,

Suzanne Boisvert, Ginette Bérubé. Henri Gervais, délégué FORUM,

Adrien Sansregret, délégué OMHM

La petite boîte des grands noms

Conception et réalisation graphique 514.844.7746 www.spinprod.com

spin.  société de
production
en imagerie
nouvelle inc.