

CHAPITRE 5

La maltraitance des personnes âgées

Contexte

Depuis la nuit des temps, des personnes âgées sont maltraitées par des membres de leur famille. Jusqu'à ce que l'on prenne des mesures pour lutter contre la maltraitance des enfants et la violence familiale, dans le dernier quart du XX^{ème} siècle, ces phénomènes restaient du domaine de la vie privée et étaient cachés du public. D'abord considérée comme un problème de bien-être social puis comme un problème du vieillissement, la maltraitance des personnes âgées, comme les autres formes de violence familiale, est devenue un sujet de préoccupation en matière de santé publique et de justice pénale. Ces deux domaines – la santé publique et la justice pénale – dictent donc dans une large mesure la façon dont on le considère, l'analyse et le traite. Le présent chapitre porte essentiellement sur la maltraitance de personnes âgées par des membres de leur famille ou des personnes qu'elles connaissent, que ce soit chez elles ou dans un cadre résidentiel ou hospitalier. Il ne couvre pas les autres types de violence dont peuvent être victimes les personnes âgées, comme la violence perpétrée par des étrangers, la délinquance urbaine, les guerres de gangs ou les conflits militaires.

Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, ou maltraitance, ont été décrits pour la première fois dans des revues scientifiques britanniques en 1975 sous l'expression « *granny battering* », autrement dit, la violence contre les grands-mères (1, 2). C'est toutefois le Congrès des États-Unis qui s'est le premier saisi du problème d'un point de vue politique et social, après quoi chercheurs et praticiens lui ont emboîté le pas. Dans les années 1980, en Australie, au Canada, en Chine (RAS de Hong Kong), en Norvège, en Suède et aux États-Unis d'Amérique, des études ont été faites et les pouvoirs publics ont pris des mesures. Puis, dans les années 1990, l'Argentine, le Brésil, le Chili, l'Inde, Israël, le Japon, l'Afrique du Sud, le Royaume-Uni et d'autres pays européens ont suivi. Bien que l'on ait d'abord parlé de la maltraitance des personnes âgées dans les pays développés, où l'essentiel de la recherche a été faite, des données anecdotiques et des faits signalés dans certains pays en développement ont montré qu'il

s'agit d'un phénomène universel. Le fait que l'on prenne la question bien plus au sérieux à présent traduit la préoccupation croissante dans le monde à l'égard des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, ainsi que de la violence familiale et du vieillissement de la population.

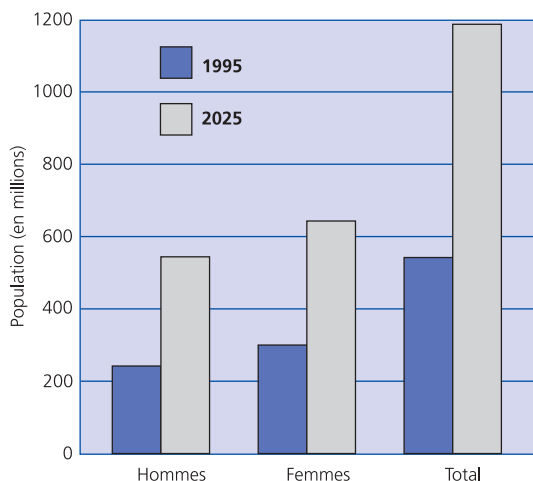
Il est difficile de dire où commence la « vieillesse », ce qui rend aussi malaisées les comparaisons entre études et entre pays. Dans les sociétés occidentales, on considère généralement que le début de la vieillesse coïncide avec l'âge de la retraite, à 60 ou 65 ans. Dans la plupart des pays en développement, cependant, ce concept social fondé sur l'âge de la retraite n'a guère de sens. Dans ces pays, les rôles attribués aux personnes tout au long de leur vie revêtent plus d'importance. La vieillesse est donc l'époque de la vie où les gens ne peuvent plus assumer des rôles familiaux ou professionnels à cause de leur déclin physique.

La maltraitance des personnes âgées inquiète d'autant plus que l'on sait que, dans les prochaines décennies, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, le nombre des personnes âgées, ce que les Français appellent « le troisième âge », va considérablement augmenter dans la population. D'ici 2025, le segment de la population mondiale âgée de 60 ans et plus devrait plus que doubler, pour passer de 542 millions de personnes en 1995 à 1,2 milliard de personnes environ (voir figure 5.1). Parallèlement, le nombre total de personnes âgées vivant dans les pays en développement fera plus que doubler lui aussi, pour atteindre 850 millions de personnes (3), soit 12 % de la population du tiers monde. Dans certains pays, y compris la Colombie, l'Indonésie, le Kenya et la Thaïlande, leur nombre devrait même plus que quadrupler. Dans le monde, 1 million de personnes atteignent l'âge de 60 ans tous les mois, dont 80 % dans les pays en développement.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes dans presque tous les pays de la planète, riches et pauvres (3). Cette différence entre les sexes est, cependant, nettement moindre dans les pays en développement, à cause, principalement, des taux de mortalité maternelle plus élevés et, depuis quelques années, de l'épidémie de SIDA.

FIGURE 5.1

Croissance projetée de la population mondiale âgée de 60 ans et plus, 1995-2025



Source : Division de la population des Nations Unies, 2002.

Cette évolution démographique se produit dans les pays en développement parallèlement à une mobilité croissante et à un changement des structures familiales. L'industrialisation détruit peu à peu de vieux schémas d'interdépendance entre les générations d'une même famille, ce qui se traduit souvent par des difficultés matérielles et affectives pour les personnes âgées. Dans bien des pays en développement, les réseaux familiaux et communautaires qui soutenaient auparavant la génération plus âgée, se sont affaiblis, quand ils n'ont pas été détruits par les mutations économiques et sociales rapides. La pandémie de SIDA touche aussi beaucoup les personnes âgées. Dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne, par exemple, un grand nombre d'enfants se retrouvent orphelins quand leurs parents succombent à la maladie. Les personnes âgées, qui s'étaient attendues à ce que leurs enfants les aident dans leur vieillesse, doivent alors s'occuper d'eux, sans plus avoir personne sur qui compter à l'avenir.

Seules 30 % des personnes âgées du monde bénéficieront d'un régime de retraite. En Europe de l'Est et dans les pays de l'ancienne Union soviétique, par exemple, à cause des changements entraînés par le passage d'une économie planifiée à une économie de marché, beaucoup de personnes

âgées se retrouvent sans revenu de retraite et privées des services sanitaires et sociaux que leur assurait l'ancien régime communiste. Dans les économies des pays développés comme des pays en développement, des inégalités structurelles sont souvent la cause, dans la population en général, de faibles salaires, de taux de chômage élevés, de services de santé de piètre qualité, de manque de possibilités de s'instruire et de discrimination à l'encontre des femmes, toutes choses qui tendent à rendre les personnes âgées plus pauvres et plus vulnérables.

Dans les pays en développement, les personnes âgées risquent encore beaucoup de contracter des maladies transmissibles. L'espérance de vie augmentant dans ces pays, elles seront exposées aux mêmes longues maladies, incurables dans la majorité des cas et souvent invalidantes, que l'on connaît surtout dans les pays développés à l'heure actuelle. Elles seront également confrontées à des dangers environnementaux et à des violences probables dans leur société. Cependant, grâce aux progrès de la médecine et de l'aide sociale, bon nombre de personnes âgées vivront plus longtemps sans handicap. Les maladies seront évitées ou leurs conséquences atténuées grâce à de meilleures stratégies de soins. Ces nombreuses personnes âgées seront une bénédiction pour la société, car elles constitueront un grand réservoir d'expériences et de connaissances.

Définition de la maltraitance des personnes âgées

Il est généralement convenu que la maltraitance des personnes âgées est un acte commis ou omis, auquel cas on parle habituellement de « négligence », et qu'elle est soit intentionnelle, soit involontaire. La maltraitance peut être physique ou psychologique, avec des agressions verbales, notamment. Elle peut aussi passer par de mauvais traitements sur le plan financier ou matériel. Quel qu'en soit le type, la maltraitance entraînera certainement des souffrances ou des douleurs inutiles, la perte ou la violation de droits de l'homme et une dégradation de la qualité de vie de la personne âgée (4). Le comportement sera probablement qualifié d'abusif, de négligent ou

d'exploitation selon la fréquence des mauvais traitements, leur durée, leur gravité et leurs conséquences, et surtout, selon le contexte culturel. Chez les Navajos des Etats-Unis, par exemple, le partage des biens matériels avec la famille peut ressembler, aux yeux du chercheur extérieur, à une exploitation économique par des membres de la famille, alors que les anciens de la tribu estiment qu'il s'agit d'un devoir culturel et, en vérité, d'un privilège (5). D'autres tribus indiennes des Etats-Unis considèrent la maltraitance des personnes âgées comme un problème communautaire plus qu'individuel (6).

Voici la définition arrêtée par Action on Elder Abuse au Royaume-Uni (7) et adoptée par l'International Network for the Prevention of Elder Abuse : « On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée. » On distingue généralement les catégories suivantes de maltraitance :

- Violence physique – infliger des douleurs ou des blessures, utiliser la 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 impropre 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 supposer un acte conscient et une intention visant à infliger une détresse physique ou morale à une personne âgée.

Cette définition de la maltraitance des personnes âgées est très influencée par les travaux effectués au Canada, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Les études réalisées en Chine (RAS de Hong Kong), en Finlande, en Grèce, en Inde, en Irlande, en Israël, en Norvège, en Pologne et en Afrique du Sud reposent sur une approche très différente du sujet (8). Ainsi,

les chercheurs norvégiens définissent la maltraitance comme un « triangle de violence » qui comprend une victime, un agresseur et des tiers, qui – directement ou indirectement – observent les acteurs principaux. Dans des pays comme la Chine, où l'on insiste sur l'harmonie et le respect au sein de la société, ne pas prendre soin d'une personne âgée est considéré comme un acte de maltraitance à l'égard de cette personne. Si les membres de la famille ne respectent pas les obligations que leur confèrent leurs liens de parenté, à savoir de fournir logement et nourriture, il y a aussi acte de négligence.

Les sociétés traditionnelles

Jadis, beaucoup de sociétés traditionnelles considéraient l'harmonie familiale comme un facteur important régissant les relations familiales. Cette révérence pour la famille était renforcée par les traditions philosophiques et l'intérêt public. Dans la société chinoise, elle s'inscrivait dans un système de valeurs où l'on insistait sur la « piété filiale ». Il n'était pas question de maltraiter les personnes âgées et, en tout cas, on n'en parlait pas. Ces traditions influent toujours sur la société d'aujourd'hui. Il ressort d'études américaines sur les attitudes par rapport à la maltraitance des personnes âgées que les citoyens d'origine coréenne placent la primauté de l'harmonie familiale avant le bien-être individuel et s'en servent comme point de référence pour déterminer si un comportement particulier est abusif ou pas (9). De même, pour les personnes d'origine japonaise, le « groupe » est primordial et le bien-être individuel devrait être sacrifié pour le bien de celui-ci (10).

Retirer aux personnes âgées le rôle de chef de ménage et les priver de leur autonomie au nom de l'affection sont des normes culturelles, même dans des pays où la famille est une institution essentielle et où le sens de l'obligation filiale est fort (11). Cette infantilisation et cette surprotection peuvent entraîner chez la personne âgée un isolement, une dépression et une démoralisation, et on peut les considérer comme une forme de maltraitance. Dans certaines sociétés traditionnelles, les veuves âgées sont abandonnées et leurs biens sont saisis. Dans certaines régions d'Afrique et d'Inde, le rite de passage du deuil pour les veuves comprend des

pratiques qui, ailleurs, seraient certainement considérées comme cruelles, par exemple, des violences sexuelles, l'imposition du lévirat (la coutume oblige le frère du défunt à épouser la veuve sans enfant de celui-ci) et l'expulsion du foyer (12). Dans certains endroits, des accusations de sorcellerie, souvent liées à des événements inexplicables dans la communauté locale, comme un décès ou de mauvaises récoltes, sont portées contre les femmes âgées et isolées (13). En Afrique subsaharienne, bien des femmes âgées accusées de sorcellerie ont dû fuir leur foyer et leur communauté pour aller vivre dans la pauvreté dans des zones urbaines. En République-Unie de Tanzanie, on estime à 500 par an le nombre de femmes âgées accusées de sorcellerie qui sont assassinées (14). Ces actes de violence sont profondément ancrés dans les coutumes sociales et il se peut que, dans l'endroit concerné, on ne les considère pas comme de la « maltraitance de personnes âgées » (voir encadré 5.1).

Lors d'un atelier sur la maltraitance de personnes âgées organisé en Afrique du Sud en 1992, la distinction a été faite entre les *mauvais traitements* (comme l'agression verbale, la négligence active et passive, l'exploitation financière et la surmédication) et la *violence* (y compris la violence physique, psychologique et sexuelle, et le vol) (8). Depuis lors, des groupes de discussion ont été organisés avec des personnes âgées choisies dans trois « townships » noirs historiques d'Afrique du Sud afin de déterminer le degré de connaissance et de compréhension de la maltraitance de personnes âgées au sein de ces communautés. En plus du schéma occidental typique qui comprend la violence physique, verbale, financière et sexuelle ainsi que la négligence, les participants ont souhaité ajouter ceci à la définition :

- perte de respect des anciens, ce qui revenait à de la négligence ;
- accusations de sorcellerie ;
- violence systémique (mauvais traitements dans les dispensaires et dans la bureaucratie).

Les groupes de discussion sont arrivés aux définitions suivantes (15) :

- Violence physique – coups et manque de précautions sur le plan physique.

- Violence psychologique et verbale – discrimination fondée sur l'âge, insultes et paroles blessantes, dénigrement, intimidation, accusations calomnieuses, douleur psychologique et détresse.
- Exploitation financière – extorsion et contrôle de l'argent de la pension, vol de biens et exploitation de personnes âgées pour les obliger à s'occuper de petits-enfants.
- Violence sexuelle – inceste, viol et autres types de coercition sexuelle.
- Négligence – perte de respect des anciens, refus d'affection et manque d'intérêt pour le bien-être de la personne âgée.
- Accusations de sorcellerie – stigmatisation et ostracisme.
- Violence perpétrée par des systèmes – traitement déshumanisant souvent réservé aux personnes âgées dans les dispensaires et les bureaux des pensions, et marginalisation par les pouvoirs publics.

Ces définitions, données par les participants et classées par les chercheurs, sont le fruit de premiers efforts déployés en Afrique du Sud pour s'informer directement auprès de personnes âgées sur la maltraitance de personnes âgées. Elles représentent également la première tentative de classification de la maltraitance de personnes âgées dans un pays en développement, en s'inspirant du modèle occidental mais en y intégrant des facteurs pertinents pour la population autochtone.

Ampleur du problème

Milieu familial

Les pays en développement n'ayant pris conscience du problème que récemment, les données sur la fréquence de la maltraitance de personnes âgées sont tirées de cinq enquêtes réalisées au cours de la dernière décennie dans cinq pays développés (16–20). Les résultats font apparaître un taux de maltraitance de 4 % à 6 % chez les personnes âgées, si l'on prend en compte la violence physique et psychologique, l'exploitation financière et la négligence. Une des difficultés lorsque l'on cherche à faire des comparaisons entre les études réside dans les différences entre les laps de temps visés. Les

ENCADRE 5.1**Sorcellerie : la menace de violence en République-Unie de Tanzanie**

En République-Unie de Tanzanie, quelque 500 femmes âgées accusées de sorcellerie sont assassinées tous les ans. Le problème est particulièrement grave dans la région du Sukumaland, dans le nord du pays. Nombreuses sont les femmes âgées qui fuient leur foyer et leur communauté par peur d'être accusées de sorcellerie et qui finissent démunies dans les zones urbaines.

Les gens croient dans la sorcellerie depuis des siècles dans le Sukumaland, mais elle ne suscite de réactions violentes que depuis quelques années. Cela tient peut-être en partie à la pauvreté accrue et au fait que trop de gens vivent de trop peu de terre, ainsi qu'à un manque général d'éducation. Quand les gens pauvres et sans instruction essaient de comprendre les malheurs qui les assaillent, comme la maladie et la mort, les mauvaises récoltes et les puits asséchés, ils cherchent des boucs émissaires, et la sorcellerie semble expliquer les événements qui échappent à leur entendement ou à leur contrôle.

Des hommes sont parfois accusés de sorcellerie, mais à cause de leur position inférieure dans la société, les femmes sont le plus souvent la principale cible. Voici ce que l'on voit également dans cette région où l'on accuse les femmes de sorcellerie.

- *Les litiges fonciers* sont une cause sous-jacente courante de violence contre les veuves. D'après le droit des successions, la veuve peut continuer de vivre sur la terre de son époux, sans en être propriétaire. Lorsqu'elle meurt, la terre devient propriété des fils de son époux. Des accusations de sorcellerie sont lancées pour se débarrasser des veuves qui ont l'usufruit de la terre et empêchent les descendants d'en hériter.
- *Les guérisseurs traditionnels* sont souvent invités par des membres de la famille ou des voisins à porter des accusations de sorcellerie contre des femmes. Un jeune garçon a tué sa mère après qu'un de ces guérisseurs lui ait dit qu'elle était la cause de ses problèmes.
- *Des mythes* sur l'apparence physique des sorcières – elles auraient les yeux rouges, par exemple – donnent souvent lieu aussi à des accusations de sorcellerie. Bien des vieilles femmes ont les yeux rouges d'avoir passé toute une vie à cuisiner au-dessus de poêles qui fument ou parce qu'elles souffrent de conjonctivite, par exemple.

Les dirigeants communautaires du Sukumaland demandent au gouvernement de montrer fermement l'exemple. Comme le dit l'un d'eux : Il faut éduquer les gens. Ailleurs dans le pays, là où la population est mieux éduquée, nous ne sommes pas confrontés à ce problème.

Jusque récemment, le gouvernement hésitait à reconnaître qu'une partie de la population croyait à la sorcellerie. A présent, le sujet est largement discuté et officiellement condamné. En 1999, le gouvernement tanzanien a fait de la sorcellerie le thème de la Journée internationale de la femme.

Une organisation non gouvernementale locale et HelpAge International prennent également des mesures pour que les femmes âgées soient plus en sécurité en République-Unie de Tanzanie. Ils ont pour objectif de changer les attitudes et les croyances en ce qui concerne la sorcellerie et de s'attaquer à certains problèmes pratiques, comme la pauvreté et les logements insalubres, qui alimentent ces croyances.

Source : reproduit à partir de la référence 14 avec l'autorisation de l'éditeur

études réalisées au Canada, aux Pays-Bas et aux États-Unis font référence à « l'année précédente ». L'étude finlandaise porte sur la maltraitance de personnes âgées à partir de « l'âge de la retraite », tandis que l'étude britannique vise des cas « de ces toutes dernières années ». Le premier lot d'études, au-

trement dit, les études canadienne, néerlandaise et américaine, ne conclut à aucune différence sensible dans les taux de prévalence de la maltraitance par âge ou par sexe, alors que l'étude finlandaise conclut à une plus forte proportion de femmes victimes (7,0 %) que d'hommes victimes (2,5 %). Quant à

l'étude britannique, elle ne fournit pas de ventilation par âge ou par sexe. En raison des différences de méthodologie entre les cinq enquêtes et du nombre relativement faible de victimes, une analyse comparative plus approfondie ne se justifie pas.

Il ressort d'une enquête sur la violence familiale réalisée dernièrement au Canada qu'au cours des cinq années précédant l'enquête, 7 % des personnes âgées avaient subi une forme ou une autre de violence psychologique, 1 % d'exploitation financière et 1 % de violence physique ou d'agression sexuelle dont les auteurs étaient leurs enfants, des soignants ou des partenaires (21). Les hommes (9 %) signalaient plus volontiers que les femmes (6 %) être victimes de violence psychologique ou d'exploitation financière. A cause des différences entre les questionnaires et les périodes d'enquêtes, ces conclusions ne peuvent être comparées à l'étude plus ancienne menée au Canada qui concluait à une proportion de violence psychologique nettement inférieure (1,4 %) et à un taux plus élevé d'exploitation financière (2,5 %) (17).

Milieu institutionnel

Il y a un quart de siècle, la proportion de personnes âgées qui vivaient en établissement dans les pays développés atteignait quelque 9 % (22). Depuis, on s'est orienté vers des soins communautaires et vers l'utilisation d'un milieu résidentiel moins restrictif. Les taux d'utilisation actuels des maisons de retraite vont de 4 % à 7 % dans des pays tels que le Canada (6,8 %), Israël (4,4 %), l'Afrique du Sud (4,5 %) et les Etats-Unis (4 %). Dans la plupart des pays africains, on trouve des personnes âgées dans les salles communes en hospitalisation de longue durée, dans les maisons pour les démunis et les handicapés, et dans certains pays subsahariens, dans des camps de sorcières. L'évolution économique, sociale et culturelle que connaissent certaines sociétés en développement est telle que les familles ne pourront plus s'occuper de leurs parents de santé fragile, ce qui laisse augurer une demande croissante de soins institutionnels. En Chine, il est devenu normal de s'attendre à ce que l'on place les personnes âgées dans des établissements. En Chine de Taïwan, les soins institution-

nels ont rapidement pris le pas sur les soins familiaux dans le cas des personnes âgées (AY Kwan, données non publiées, 2000).

En Amérique latine, les taux de placement en établissement des personnes âgées vont de 1 % à 4 %. Les soins institutionnels ne sont plus considérés comme inacceptables pour une personne âgée, mais comme une autre solution pour les familles. Les *asilos* publics, grands établissements qui ressemblaient aux anciens asiles de pauvres anglais, ont été convertis en unités plus petites dotées de personnel professionnel de nombreuses disciplines. D'autres foyers sont tenus par des communautés religieuses d'origine étrangère. On ne connaît pas les taux de placement en établissement dans les pays de l'ancien bloc d'Europe de l'Est, parce que les autorités de l'époque n'autorisaient pas la publication de telles données.

Malgré le fait qu'il existe beaucoup de publications sur la qualité des soins en milieu institutionnel, et que les cas de maltraitance des personnes âgées sont bien documentés dans les rapports d'enquête des gouvernements, dans les études ethnographiques et les histoires personnelles, on ne dispose pas de données nationales sur la prévalence ou l'incidence de la maltraitance, mais seulement de données locales venant d'études à plus petite échelle. Ainsi, une enquête sur le personnel des maisons de retraite dans un Etat américain a révélé que 36 % du personnel infirmier et général déclarait avoir assisté à au moins un incident de violence physique exercée par d'autres membres du personnel au cours de l'année écoulée, tandis que 10 % reconnaissaient avoir eux-mêmes commis au moins un acte de violence physique. Au moins un incident de violence psychologique contre un pensionnaire avait été observé par 81 % de l'échantillon au cours de l'année précédente, et 40 % admettaient avoir également commis un tel acte (23). Les conclusions donnent à penser que les personnes âgées qui résident en établissement sont peut-être même plus généralement victimes de mauvais traitements qu'on ne l'imagine.

Les taux probables de maltraitance des personnes âgées dans la communauté et en milieu institutionnel sont sans doute plus importants que les

statistiques générales recueillies par les pays sur les actes violents ne l'indiquent. Cette disparité tient en partie au fait que la maltraitance des personnes âgées n'était pas reconnue jusque dans les années 1970. Le décès de personnes âgées, tant en milieu institutionnel que dans la communauté, est souvent attribué à des causes naturelles, accidentelles ou indéterminées, alors qu'en fait, il résulte de comportements violents ou négligents.

Quels sont les facteurs de risque?

La plupart des premiers travaux consacrés à la maltraitance des personnes âgées se limitaient au milieu familial et visaient des pays développés. Pour trouver des explications à ce phénomène, les chercheurs ont puisé dans les publications sur la psychologie, la sociologie et la gérontologie et dans les études sur la violence familiale. Afin de tenir compte de sa complexité et des nombreux facteurs connexes, ils ont utilisé le modèle écologique, qui a d'abord été appliqué à l'étude de la maltraitance des enfants (24) puis, plus récemment, à celle des personnes âgées (25, 26). Le modèle écologique peut tenir compte des interactions entre un certain nombre de systèmes. Comme on l'explique au chapitre 1, le modèle se présente comme une hiérarchie graduée de l'environnement à quatre niveaux, soit individuel, relationnel, communautaire et sociétal.

Facteurs individuels

Au début, les chercheurs ont minimisé le rôle des troubles de la personnalité individuels en tant que facteur causal de la violence familiale, leur préférant des facteurs sociaux et culturels (27). Plus récemment, cependant, la recherche sur la violence familiale a montré que les auteurs de violence agressifs sur le plan physique risquent plus de présenter des troubles de la personnalité et des problèmes liés à l'alcool que la population en général (28). De même, des études limitées à la violence contre des personnes âgées en milieu familial concluent que les agresseurs présentent plus souvent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie que les membres de la famille ou les soignants qui ne sont pas violents ou ne manifestent pas de comportement abusif par ailleurs (29–31).

Dans les premières études, les déficiences intellectuelles et physiques de personnes âgées maltraitées sont citées comme des facteurs de risque importants en matière de maltraitance. Cependant, il ressort d'une étude ultérieure portant sur divers cas d'un organisme de services sociaux que les personnes âgées maltraitées n'étaient pas plus affaiblies que celles qui n'étaient pas maltraitées et qu'elles l'étaient peut-être même moins, notamment dans les cas de violence physique et verbale (32). Dans d'autres études, une comparaison d'échantillons de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer montre que le degré de déficience ne constitue pas un facteur de risque de maltraitance (33, 34). Cependant, parmi les cas de maltraitance signalés aux autorités, une grande proportion concerne des personnes très âgées et atteintes de lourdes déficiences.

Certains ont avancé que le sexe est un facteur déterminant dans la maltraitance des personnes âgées, étant donné que les femmes âgées ont sans doute été opprimées et économiquement désavantagées tout au long de leur vie (35). Cependant, il semble que les hommes âgés risquent d'être maltraités par leur épouse, leurs enfants adultes et d'autres parents à peu près dans les mêmes proportions que les femmes, selon des études de prévalence communautaires (16, 17).

Il ressort d'une étude de prévalence réalisée de la maltraitance des personnes âgées aux États-Unis que le revenu des personnes âgées n'est pas un facteur important, contrairement aux difficultés financières de l'agresseur. C'est parfois le cas lorsqu'un enfant adulte a un problème de toxicomanie qui le pousse à soutirer de l'argent, voire son chèque de retraite, à la personne âgée. Il arrive aussi que le ressentiment éprouvé par les membres de la famille obligés de dépenser de l'argent pour les soins de la personne âgée joue un rôle dans ce type de maltraitance.

Facteurs relationnels

Dans les premiers modèles théoriques, le niveau de stress des soignants était considéré comme un facteur de risque qui associait la maltraitance des personnes âgées aux soins à apporter à un parent

âgé (36, 37). L'image populaire de la maltraitance dépeint une victime dépendante et un soignant surmené, mais les faits montrent de plus en plus qu'aucun de ces facteurs n'intervient en tant que tel dans les cas de maltraitance. Bien que les chercheurs ne nient pas le rôle du stress, ils le considèrent généralement dans le contexte plus vaste dans lequel la qualité de la relation globale est un facteur déterminant (30, 34, 38). Certaines études où il est question du stress des soignants, de la maladie d'Alzheimer et de la maltraitance des personnes âgées expliquent que la nature de la relation entre le soignant et le soigné *avant que la maltraitance commence* peut être un prédicteur de maltraitance important (34, 39, 40). Aujourd'hui, donc, on pense que le stress peut contribuer à des cas de maltraitance mais qu'il n'explique pas le phénomène à lui seul.

En revanche, des travaux sur des patients atteints de démence montrent que les actes de violence perpétrés par un soigné peuvent « déclencher » chez le soignant une violence réciproque (41). Il se peut que la violence résulte de l'interaction de plusieurs facteurs, dont le stress, les relations entre soignant et soigné, le comportement perturbateur et agressif du soigné, et la dépression du soignant (42).

On a établi un rapport entre les conditions de logement, notamment un logement surpeuplé et l'absence d'espace privé, et les conflits familiaux. Bien qu'il puisse y avoir maltraitance quand l'agresseur et la personne âgée maltraitée ne vivent pas sous le même toit, la personne âgée court plus de risques lorsqu'elle vit avec le soignant.

Les premières théories sur le sujet cherchaient également à établir un lien entre la dépendance et un risque accru de maltraitance. On a commencé par mettre l'accent sur la dépendance de la victime envers le soignant ou l'agresseur, mais on s'est aperçu par la suite, au vu d'interventions, qu'il arrive que les agresseurs dépendent de la personne âgée. Il s'agit habituellement d'enfants adultes que leurs parents âgés logent et dont ils reçoivent une aide financière (32). Dans certains de ces cas, le « tissu d'interdépendance » était évident. Ainsi, un vif attachement affectif entre la victime et l'agresseur gênait souvent les efforts d'intervention.

Facteurs communautaires et sociétaux

Dans presque toutes les études des facteurs de risque, le facteur communautaire que constitue l'isolement social se révèle être important dans la maltraitance des personnes âgées (17, 29, 43, 44). Comme dans le cas des femmes battues, l'isolement des personnes âgées peut être à la fois une cause et une conséquence de la maltraitance. Beaucoup de personnes âgées sont isolées à cause d'infirmités physiques ou mentales. En outre, la perte d'amis et de parents réduit les possibilités d'interaction sociale.

Bien que l'on ne dispose guère, pour l'instant, de preuves empiriques, les facteurs sociétaux sont actuellement considérés comme des facteurs de risques importants en matière de maltraitance des personnes âgées dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés. Par le passé, on a généralement vu dans les caractéristiques individuelles ou interpersonnelles des facteurs déterminants éventuels de ce type de violence. On reconnaît maintenant que les normes et les traditions culturelles – comme l'âgisme, le sexisme et une culture de la violence – jouent un rôle sous-jacent important. Les personnes âgées sont souvent dépeintes comme des êtres fragiles, faibles et dépendants, ce qui les rend moins dignes apparemment d'investissements publics voire de soins familiaux que d'autres groupes, et en fait dans le même temps comme des personnes faciles à exploiter.

En ce qui concerne l'Afrique subsaharienne en particulier, les facteurs communautaires et sociétaux sont notamment les suivants (12) :

- les régimes de succession et les droits fonciers patrilinéaires et matrilinéaires, qui influent sur la répartition du pouvoir ;
- le rôle que les sociétés accordent aux femmes ;
- la désagrégation des liens étroits entre les générations d'une même famille, à cause des migrations rurales-urbaines et de l'importance prise par l'éducation institutionnelle ;
- la perte, due à la modernisation, des rôles rituels et d'arbitre familial joués par les personnes âgées.

D'après l'étude sud-africaine susmentionnée portant sur des groupes de discussion, la violence,

notamment familiale, résulte en grande partie du désordre social, exacerbé par la criminalité, l'alcool et la drogue. Un exercice dirigé par sept dirigeants communautaires de sexe masculin du camp de squatters de Tamaho, à Katlehong, en Afrique du Sud, donne des résultats similaires (15). Tout en établissant un lien entre la pauvreté et la violence, ils expliquent comment la vie de famille dysfonctionnelle, le manque d'argent pour couvrir les besoins essentiels et le manque d'instruction et de possibilités d'emploi contribuent tous à une vie de crime, de trafic de drogue et de prostitution chez les jeunes. Dans cette société, les personnes âgées sont considérées comme des cibles de violence et d'exploitation dont la vulnérabilité résulte d'une pauvreté caractérisée par une absence d'aide à la retraite, l'absence de possibilités d'emploi, une mauvaise hygiène, la maladie et la malnutrition.

Les transformations politiques dans l'Europe de l'Est post-communiste ont également créé des conditions qui accentuent le risque de maltraitance des personnes âgées. Parmi les facteurs avancés comme ayant une influence générale sur la santé et le bien-être psychosocial des personnes et, en particulier, des personnes âgées, qui sont donc plus exposées à de mauvais traitements, citons :

- la paupérisation croissante de segments importants de la société ;
- le taux de chômage élevé ;
- un manque de stabilité et de sécurité sociale ;
- l'expression extérieure de l'agressivité, en particulier chez les jeunes.

Dans les sociétés chinoises, on avance plusieurs raisons (45) à la maltraitance des personnes âgées, dont celles-ci :

- le manque de respect de la part de la jeune génération ;
- les tensions entre les structures familiales traditionnelles et nouvelles ;
- la restructuration des réseaux de soutien traditionnels des personnes âgées ;
- la migration des jeunes couples vers de nouvelles villes, les parents âgés restant dans des zones résidentielles du centre-ville qui se détériorent.

Les études sur la maltraitance des personnes âgées mettent généralement l'accent sur les problèmes familiaux ou interpersonnels. Cependant, un modèle intégré qui englobe les perspectives individuelles, interpersonnelles, communautaires et sociétales convient mieux et réduit en partie le gauchissement des études antérieures. Ce modèle tient compte des difficultés rencontrées par les personnes âgées et, en particulier, par les femmes âgées. Souvent, ces personnes vivent dans la pauvreté, sans même le strict nécessaire et sans soutien familial, ce qui les expose encore plus au risque de maltraitance, de négligence et d'exploitation.

Les conséquences de la maltraitance des personnes âgées

Pour les personnes âgées, les conséquences de la maltraitance peuvent être particulièrement graves. Elles sont physiquement plus faibles et plus vulnérables que des adultes plus jeunes, leurs os sont plus fragiles et la convalescence est plus longue pour elles. Même un traumatisme relativement bénin peut provoquer des dommages permanents et graves. Beaucoup de personnes âgées survivent avec des revenus limités, ce qui fait que la perte même d'une petite somme d'argent peut être lourde de conséquences. Elles sont parfois isolées, seules ou malades, auxquels cas elles sont encore plus vulnérables lorsqu'elles sont la cible de fraudes.

Milieu familial

On dispose de très peu d'études empiriques visant à déterminer les conséquences de la maltraitance, même si quantité d'études cliniques et d'études de cas font état des graves troubles émotionnels relevés chez les personnes âgées maltraitées. Il ressort de certaines études menées dans des pays développés que les personnes âgées maltraitées sont plus nombreuses à souffrir de dépression ou de détresse psychologique que celles qui ne le sont pas (31, 46, 47). Comme ces études sont transversales, il est impossible de dire si la dépression ou la détresse existait avant ou si elle est une conséquence des mauvais traitements. D'autres symptômes sont cités comme ayant un rapport avec des cas de maltraitance. Il s'agit, entre autres, de sentiments

d'impuissance, d'aliénation, de culpabilité, de honte, de peur, d'angoisse et de déni, et de la manifestation d'un stress post-traumatique (48, 49). Les participants à l'étude sud-africaine sur les groupes de discussion ont également parlé d'effets sur le plan affectif et de problèmes de santé. L'un d'eux a même parlé de « maladie de cœur » (15).

Dans une étude novatrice réalisée à New Haven, dans le Connecticut, aux États-Unis, des données tirées d'une étude annuelle détaillée sur la santé et le bien-être d'un échantillon représentatif de 2 812 personnes âgées ont été versées tous les ans pendant neuf ans dans la base de données de l'organisme local s'occupant de la violence chez les adultes (50). Les renseignements nécessaires à l'enquête de santé étaient enregistrés par des infirmières qui ont vu les personnes âgées dans un hôpital pour recueillir les données la première année, puis tous les trois ans. Les années intermédiaires, les données étaient mises à jour par téléphone. Les données relatives à la maltraitance et à la négligence ont été obtenues par des travailleurs sociaux en utilisant des protocoles existants après avoir donné suite à des plaintes pour mauvais traitements, habituellement en faisant une visite à domicile. Grâce à la base de données fusionnée, les chercheurs ont pu repérer les personnes appartenant à l'échantillon pour qui il avait été confirmé au cours des neuf ans de l'enquête qu'elles avaient été victimes de violence physique ou de négligence. Ensuite, les taux de mortalité ont été calculés, en commençant par la première année de l'enquête puis pour les douze années suivantes, tant pour les personnes victimes de violence ou de négligence que pour les autres. Lorsque l'on a comparé les taux de mortalité des deux groupes, treize ans après le début de l'étude, il est apparu que 40 % des personnes appartenant au groupe pour lequel aucune maltraitance ou négligence n'avait été signalée étaient encore en vie, comparé à 9 % dans le groupe des personnes victimes de violence physique ou de négligence. Après avoir vérifié si d'autres facteurs influençaient sur la mortalité, comme l'âge, le sexe, le revenu, l'état fonctionnel et intellectuel, le diagnostic et le degré de soutien social et n'avoir trouvé aucun lien important à cet égard, les chercheurs ont conclu que les mauvais traitements

entraînent un stress interpersonnel extrême qui peut accroître le risque de décès.

Milieu institutionnel

On a constaté que les personnes âgées sont maltraitées dans des établissements de soins prolongés tels que des maisons de convalescence, des établissements de soins spéciaux, des hôpitaux et des centres de jour, dans presque tous les pays où ces établissements existent. Diverses personnes sont responsables de ces mauvais traitements : un salarié de l'établissement, un autre résident, un visiteur bénévole, des parents ou des amis. Le placement en établissement ne met pas nécessairement fin à la relation violente ou négligente entre la personne âgée et son soignant. Il arrive, en effet, que la violence perdure dans un nouveau cadre.

Il faut faire la distinction entre les actes de violence ou de négligence individuels en milieu institutionnel et la violence institutionnalisée, où le régime de l'établissement lui-même est dominé par la violence ou la négligence. En pratique, toutefois, il est souvent difficile de dire si la violence et la négligence relevées en milieu institutionnel ont des motivations individuelles ou si elles tiennent à des carences des établissements, car il est fréquent que les deux coexistent.

Le spectre de la violence et de la négligence institutionnelles, qui est très large (51), peut être lié à ceci :

- Prestation de soins – par exemple, résistance à l'évolution de la médecine gériatrique, soins moins individualisés, alimentation inadéquate et soins infirmiers déficients (comme le manque d'attention aux escarres).
- Problèmes de personnel – par exemple, stress lié au travail et épuisement professionnel, mauvaises conditions de travail sur le plan matériel, formation insuffisante et problèmes psychologiques dans le personnel.
- Difficultés dans les interactions entre personnel et résidents – par exemple, mauvaises communications, agressivité de la part des résidents et différences culturelles.
- Environnement – par exemple, manque d'intimité élémentaire, installations délabrées,

utilisation de moyens de contention, stimulation sensorielle insuffisante et tendance aux accidents dans l'établissement.

- Politiques organisationnelles – par exemple, politiques favorables à l'établissement, qui donnent peu de choix aux résidents quant à leur vie quotidienne ; attitude bureaucratique ou indifférence à l'égard des résidents ; pénurie de personnel ou roulement important ; fraude sur les biens ou l'argent des résidents ; et absence de conseil des résidents ou des familles des résidents.

Des données anecdotiques provenant d'Inde laissent à penser que la violence institutionnelle est souvent le fait du personnel qui agit en vertu d'une réglementation aveugle – au nom de la discipline ou de soins imposés pour le bien du patient – et exploite la dépendance des personnes âgées. Ce phénomène est, de plus, aggravé par un manque de gestionnaires professionnels.

Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de déterminer l'ampleur de cette situation. Voici les dix principales faiblesses, que le gouvernement des Etats-Unis cite comme étant des catégories générales dans son enquête de 1997 portant sur 15 000 maisons de retraite (52) :

1. Préparation des aliments (21,8 %) ;
2. Evaluation détaillée – évaluation documentée de tous les besoins en matière de soins, y compris médicaux, infirmiers et sociaux (17,3 %) ;
3. Plans de soins intégrés – habituellement sous forme de document précisant les besoins quotidiens d'une personne en matière de soins et qui doit les lui assurer, avec des commentaires sur les progrès et les changements attendus (17,1 %) ;
4. Accidents (16,6 %) ;
5. Escarres (16,1 %) ;
6. Qualité des soins (14,4 %) ;
7. Moyens de contention (13,3 %) ;
8. Tenue des locaux (13,3 %) ;
9. Manque de dignité (13,2 %) ;
10. Prévention des accidents (11,9 %).

Il peut y avoir maltraitance et négligence dans beaucoup de types d'établissements, y compris dans

ceux qui semblent bien soigner les patients. Une des principales conclusions d'un examen d'enquêtes sur des scandales dans des établissements de soins spéciaux est qu'un bon régime ou un régime acceptable peut assez facilement et rapidement se transformer en régime abusif, sans que l'on note de changement depuis l'extérieur (53).

Que peut-on faire pour prévenir la maltraitance des personnes âgées?

La vulnérabilité des personnes âgées

L'incidence de la violence physique et psychologique sur la santé d'une personne âgée est aggravée par le vieillissement et les maladies de vieillesse. Il est plus difficile pour les personnes âgées de sortir d'une relation violente ou de prendre les bonnes décisions à cause des déficiences physiques et intellectuelles qui accompagnent habituellement la vieillesse. Dans certains endroits, les obligations conférées par les liens de parenté et le recours au réseau de la famille élargie pour résoudre les difficultés peuvent également empêcher plus encore les personnes âgées, et notamment les femmes, de fuir des situations dangereuses. Souvent, l'agresseur est la seule compagnie qu'ait l'agressé. Ces considérations, entre autres, font que la prévention de la maltraitance des personnes âgées pose quantité de problèmes aux intervenants. Dans la plupart des cas, le plus grand dilemme est de trouver un équilibre entre le droit de la personne âgée à l'autodétermination et la nécessité d'agir pour mettre fin à la maltraitance.

Interventions nationales

Les efforts déployés dans le monde pour inciter à prendre des mesures sociales contre la maltraitance des personnes âgées à l'échelle nationale et pour faire adopter des lois et d'autres mesures politiques en sont à différents stades. Certains auteurs (54, 55) utilisent le modèle des problèmes sociaux de Blumer (56) pour décrire les étapes de ce processus :

- apparition du problème ;
- légitimation du problème ;
- mobilisation en vue d'intervenir ;
- formulation d'un plan officiel ;
- mise en œuvre du plan.

Les États-Unis sont les plus avancés pour ce qui est d'une intervention nationale, car ils ont entièrement mis sur pied un système de signalement et de traitement des cas de maltraitance des personnes âgées. Ce système fonctionne au niveau des États, le gouvernement fédéral se limitant à financer le National Center on Elder Abuse, qui accorde aux États une assistance technique et des fonds limités pour leurs services de prévention de la maltraitance des personnes âgées. Le National Committee for the Prevention of Elder Abuse, organisation à but non lucratif fondée en 1988, et la National Association of State Adult Protective Services Administrators, créée en 1989, travaillent également à l'échelle nationale.

En Australie et au Canada, certaines provinces ou états ont mis en place des systèmes pour faire face aux cas de maltraitance de personnes âgées, mais aucune politique fédérale officielle n'a été annoncée. La Nouvelle-Zélande a lancé une série de projets pilotes dans l'ensemble du pays. Ces trois pays ont des groupes nationaux. Le New Zealand National Elder Abuse and Neglect Advisory Council a été formé au début des années 1990 afin de donner aux stratégies de soins et de protection des personnes âgées une perspective nationale. L'Australian Network for the Prevention of Elder Abuse, qui existe depuis 1998, sert de point de contact et de lieu d'échange d'information à ceux et celles qui travaillent avec des personnes âgées dans des situations abusives. En 1999, le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s a été créé avec des objectifs similaires, à savoir trouver des moyens de mettre en place des politiques, des programmes et des services pour venir à bout de la maltraitance des personnes âgées.

Au Royaume-Uni, Action on Elder Abuse, organisme caritatif national, a contribué à ce que le gouvernement s'intéresse à la maltraitance des personnes âgées et à ce que le Ministère de la Santé et l'Inspection des services sociaux publient des documents de politique à ce sujet. La Norvège montre l'exemple parmi les pays scandinaves. Elle a obtenu l'approbation du Parlement pour un projet de services à Oslo et un centre de documentation et de recherche sur la violence, ce dernier en grande

partie grâce à l'action de personnes faisant campagne contre la maltraitance des personnes âgées. D'autres pays européens, dont la France, l'Allemagne, l'Italie et la Pologne, en sont à l'étape de la « légitimation » du modèle de Blumer. Dans ces pays, les activités de prévention de la maltraitance des personnes âgées se limitent pour l'essentiel aux travaux de chercheurs individuels et à quelques programmes locaux.

Le Comité latino-américain pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées, qui fait activement campagne pour attirer l'attention sur ce problème dans les pays d'Amérique latine de des Caraïbes, propose des formations dans le cadre de rencontres régionales et nationales. Certains pays, comme Cuba, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela, commencent tout juste à prendre conscience du problème, et les activités s'y résument principalement à des rencontres de professionnels et à des études. D'autres pays de la région, dont l'Argentine, le Brésil et le Chili, sont passés au stade de la légitimation et de l'action.

A Buenos Aires, en Argentine, l'organisation « *Proteger* », qui s'occupe exclusivement de cas de maltraitance de personnes âgées, a été fondée en 1998 parmi d'autres programmes du Ministère de la Promotion du Bien-être social et du Troisième âge. Les professionnels et autres travailleurs participant à ce programme ont reçu une formation de six mois en gérontologie qui portait principalement sur la prévention de la violence et les interventions en cas de maltraitance de personnes âgées. *Proteger* a également un service d'assistance téléphonique gratuit.

Au Brésil, c'est le Ministère de la Justice, de la Santé et du Bien-être qui fournit l'aide publique à la formation en matière de maltraitance des personnes âgées. Au Chili, grâce au travail accompli par la Commission interministérielle pour la prévention de la violence intrafamiliale, une loi sur la lutte contre la violence dans la famille a été adoptée en 1994 (57). Elle couvre tous les actes de violence familiale, y compris ceux visant les personnes âgées.

En Asie, des études réalisées en Chine (RAS de Hong Kong), en Inde, au Japon et République de Corée ont attiré l'attention sur le problème de la

maltraitance des personnes âgées, mais aucune mesure officielle n'a encore été prise dans ces pays en matière de politique ou de programme.

En Afrique du Sud, c'est en 1981 que l'on a parlé pour la première fois de la maltraitance des personnes âgées. En 1994, un programme préventif relatif à la violence institutionnelle a été mis sur pied conjointement par l'Etat et le secteur privé (58). Des militants de la prévention de la maltraitance des personnes âgées se sont faits les apôtres d'une stratégie nationale de lutte contre ce phénomène, à laquelle le gouvernement réfléchit actuellement, et ils ont insisté pour que ce type de violence soit cité dans la déclaration finale de la Conférence de la Communauté pour le développement de l'Afrique australe sur la prévention de la violence contre les femmes, qui a eu lieu à Maseru, au Lesotho, en décembre 2000. La Coalition nigériane pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées réunit des organismes et des groupes qui travaillent avec et pour les personnes âgées. Pour beaucoup d'autres pays africains, les mesures destinées à lutter contre la maltraitance des personnes âgées sont reléguées au second plan, derrière des préoccupations apparemment plus pressantes, comme les conflits, la pauvreté et la dette.

En 1997, devant l'expansion rapide des activités organisées dans le monde pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées, l'International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) a été constitué. L'INPEA, qui est représenté sur les six continents, vise à sensibiliser davantage le public, à promouvoir l'éducation et la formation, à faire campagne au nom des personnes âgées maltraitées et négligées, et à encourager la recherche sur les causes, les conséquences, le traitement et la prévention de la maltraitance des personnes âgées. Pendant la phase de constitution de l'INPEA, les ateliers étaient le principal moyen de formation, et le réseau en a organisé à l'occasion de rencontres professionnelles en Australie, au Brésil, au Canada, à Cuba, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Un bulletin trimestriel et un site Web ont été créés. L'INPEA a également servi de modèle aux réseaux australien et canadien.

Interventions locales

La plupart des programmes mis en place pour lutter contre le problème de la maltraitance des personnes âgées sont des programmes de pays à revenu élevé. Ils sont généralement exécutés sous les auspices des services sociaux, de systèmes de santé ou de systèmes judiciaires ou encore parallèlement à des programmes visant à combattre la violence familiale. Bien qu'il y ait aussi maltraitance des personnes âgées dans les pays à faible revenu et à revenu moyen, on y trouve peu de programmes particuliers à cet égard. Dans ces pays, ce sont généralement des organismes de services sociaux publics ou non gouvernementaux qui s'occupent des cas de maltraitance de personnes âgées, même si leur personnel n'est pas toujours bien informé sur le sujet. Le Costa Rica, où un programme local solide est en place, fait exception (11). Dans certains pays, il n'y a pas de services sociaux ou de système de santé vers qui se tourner.

Services sociaux

En général, les pays qui offrent des services aux personnes âgées maltraitées, négligées ou exploitées le font par le biais du réseau de services sanitaires et sociaux existants. Ces cas soulèvent souvent des questions médicales, juridiques, éthiques, psychologiques, financières, environnementales et de police. Des lignes directrices et des protocoles ont été définis afin d'aider les intervenants et une formation spéciale leur est généralement proposée. Les soins sont généralement planifiés par des équipes d'intervention dont les membres appartiennent à diverses disciplines. D'ordinaire, ces services travaillent en étroite collaboration avec des groupes de travail qui représentent habituellement des organismes publics ainsi que des organisations bénévoles, privées et caritatives qui offrent des services de consultation, proposent des formations, rédigent des lois-types et repèrent les points faibles du système. Souvent, ces systèmes offrent des services d'assistance téléphonique que l'on peut appeler pour signaler des cas de mauvais traitements (59, 60). Ainsi, il en existe actuellement au Royaume-Uni et dans des localités françaises, allemandes et japonaises (voir encadré 5.2). Seuls les Etats-Unis et un certain nombre de provinces

canadiennes ont créé un système qui a pour seul rôle de traiter les rapports de maltraitance d'adultes. Dans ces services de protection des adultes, les intervenants font une enquête et évaluent les cas signalés, définissent des plans de soins appropriés et suivent les cas jusqu'à leur transfert à des organismes de services aux personnes âgées.

De plus en plus, on envisage d'offrir aux personnes âgées maltraitées des services s'inspirant de ceux mis au point pour les femmes battues. Les foyers d'accueil d'urgence et les groupes de soutien pour personnes âgées maltraitées sont relativement nouveaux. Ils offrent aux victimes de mauvais traitements un cadre où elles peuvent partager leur expérience, trouver la force psychologique d'affronter leurs peurs, leurs

doutes, leur stress et leur angoisse, et où elles peuvent retrouver l'estime de soi. Le programme mis en place par la Fédération finlandaise des foyers et refuges pour mères et enfants, et qui est offert en collaboration avec un centre de soins local et le système de santé finlandais, est un exemple d'adaptation du modèle utilisé dans le cas de la violence familiale à la maltraitance des personnes âgées. Ce projet propose des lits d'urgence dans le centre de soins, un service d'assistance téléphonique que les personnes âgées peuvent appeler pour parler de leurs problèmes et obtenir des conseils, et un groupe de soutien aux victimes qui se réunit deux fois par semaine. Il existe aussi des foyers d'accueil d'urgence de ce type au Canada, en Allemagne, au Japon et aux États-Unis.

ENCADRE 5.2

Le Centre japonais pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées

En 1993, au Japon, la Société pour l'étude de la maltraitance des personnes âgées (SEMPA), groupe indépendant composé en majeure partie de travailleurs sociaux et d'universitaires, s'est livrée à une enquête nationale auprès des centres de soins communautaires. Cette enquête a confirmé l'existence de maltraitance des personnes âgées au Japon. À partir des résultats, la SEMPA a décidé qu'un service de consultation téléphonique, similaire à celui offert au Royaume-Uni par Action on Elder Abuse, était la meilleure façon de s'attaquer au problème de la maltraitance des personnes âgées (60).

Avec l'aide financière d'une organisation non gouvernementale nationale, le Centre japonais pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées a été fondé en 1996 avec un statut d'organisme à but non lucratif. Ce centre offre un service de consultation téléphonique appelé tout simplement *Service d'assistance téléphonique*, qui est tenu par des bénévoles. Un des membres de la SEMPA, qui dirige une maison de retraite, a offert d'installer un bureau dans une pièce de celle-ci et a apporté son aide par ailleurs. Le service de consultation est annoncé dans les journaux, les centres de soutien et autres organismes.

À présent, le service d'assistance téléphonique offre tout un éventail d'informations ainsi que des conseils juridiques à quiconque en a besoin en cas de problèmes liés à la maltraitance des personnes âgées. On peut même y consulter des professionnels de la santé et des services sociaux.

Au départ, les conseillers qui répondaient au téléphone étaient tous des membres de la SEMPA, mais trois bénévoles extérieurs sont venus grossir l'équipe par la suite. Tous les jours, un ou deux conseillers sont présents. Les nouveaux conseillers suivent une formation approfondie et tous assistent à des réunions mensuelles à la SEMPA, afin d'échanger des renseignements sur la maltraitance des personnes âgées et de revoir leurs études de cas. Il arrive qu'on fasse appel à des professionnels de l'extérieur, si nécessaire, pour s'occuper de cas spéciaux.

Comme son nom l'indique, le service d'assistance téléphonique est exclusivement téléphonique. Si une personne qui appelle a besoin de consulter en personne plutôt que par téléphone, le cas est transmis à un centre d'assistance à domicile local. Le respect de la vie privée, la confidentialité et l'anonymat des personnes qui appellent sont essentiels pour le service d'assistance téléphonique.

Dans les pays à faible revenu qui n'ont pas l'infrastructure de services sociaux nécessaire pour entreprendre ce genre de programmes, des projets locaux peuvent être lancés pour aider les personnes âgées à planifier des programmes, à mettre sur pied leurs propres services et à faire campagne pour que la situation change. Ces activités redonneront également force et estime de soi aux personnes âgées. Au Guatemala, par exemple, des personnes âgées aveugles qui avaient été chassées de chez elles par leur famille ont formé leur propre comité, fondé leur propre foyer d'hébergement et monté des projets locaux d'artisanat et d'autres projets d'activités génératrices de revenu pour financer le foyer en question (61).

Soins de santé

Dans certains pays latino-américains et européens, ainsi qu'en Australie, la profession médicale joue un rôle clé dans la sensibilisation du public au problème de la maltraitance des personnes âgées. Ailleurs, et notamment au Canada et aux États-Unis, les médecins accusent un retard de bien des années sur les travailleurs sociaux et les infirmières. On ne trouve guère en milieu hospitalier de programmes d'intervention pour personnes âgées maltraitées. Lorsqu'il en existe, il s'agit généralement d'équipes de consultation qui interviennent si un cas de maltraitance possible est signalé. Les fournisseurs de soins de santé ont un rôle important à jouer dans les programmes de dépistage de la maltraitance.

On peut penser que les médecins sont les mieux placés pour relever des cas de maltraitance, en partie en raison de la confiance que leur témoignent la plupart des personnes âgées, mais bien des médecins ne diagnostiquent pas les mauvais traitements parce que cela ne fait pas partie de leur formation professionnelle ou théorique et ne figure donc pas sur leur liste de diagnostics différentiels.

Il semble que dans les services des urgences non plus, on n'accorde guère d'attention généralement aux besoins particuliers des personnes âgées. Les professionnels de la santé sont souvent plus à l'aise avec des gens plus jeunes qu'avec des personnes âgées, et les préoccupations de ces dernières sont souvent ignorées. La plupart des services des

urgences n'utilisent pas de protocoles pour détecter la maltraitance chez les personnes âgées et y remédier, et s'intéressent rarement aux signes de maltraitance sur le plan de la santé mentale et du comportement, comme la dépression, les tentatives de suicide, la toxicomanie et l'alcoolisme (62).

Si un médecin ou un autre travailleur de la santé note un des signes suivants, il devrait y avoir une enquête pour savoir si le patient est victime de violence (63, 64) :

- le patient tarde à se faire soigner s'il est blessé ou malade ;
- les explications que donnent le patient ou son soignant pour expliquer les blessures ou la santé défaillante sont vagues ou peu plausibles ;
- le patient et le soignant racontent deux histoires différentes ;
- le patient se présente souvent aux urgences parce que sa maladie chronique s'aggrave, en dépit du plan de soins et des moyens déployés pour le soigner chez lui ;
- les patients âgés atteints de déficience fonctionnelle qui se présentent sans leur principal soignant ;
- les résultats des examens de laboratoire ne corroborent pas l'explication donnée.

Lorsqu'ils examinent un patient (65), le médecin et le travailleur de la santé devraient :

- l'interroger séparément et directement sur des violences physiques, des moyens de contention ou une négligence possibles ;
- interroger séparément l'agresseur éventuel ;
- prêter une attention particulière à la relation entre le patient et son agresseur éventuel ainsi qu'à leur comportement ;
- procéder à une évaluation gériatrique détaillée du patient, y compris des facteurs médicaux, fonctionnels, intellectuels et sociaux ;
- documenter les réseaux sociaux du patient, tant publics que privés.

Le tableau 5.1 propose une liste d'indicateurs qui peuvent se révéler utiles si l'on soupçonne de mauvais traitements. La présence de tout indicateur de ce tableau ne suffit cependant pas à prouver qu'il y a effectivement eu maltraitance.

TABLEAU 5.1

Indicateurs de la maltraitance des personnes âgées

Indicateurs relatifs à la personne âgée				Indicateurs relatifs au soignant
Physiques	Comportementaux ou psychologiques	Sexuels	Financiers	
<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions physiques • Chutes et blessures inexplicables • Brûlures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel • Coupures, marques de doigts ou autres preuves de contention • Trop de prescriptions à répétition ou pas assez de médicaments • Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale • Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène • La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil • Peur, confusion ou air de résignation • Passivité, repli sur soi-même ou dépression de plus en plus marquée • Sentiment d'impuissance, de désespoir ou angoisse • Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale • Hésitation à parler franchement • Évite les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant • La personne âgée est tenue isolée par d'autres 	<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions sexuelles • Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée • Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité, repli sur soi-même ou automutilation • Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables • Infections génitales récidivantes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale • Sous-vêtements déchirés ou tâchés, notamment de sang 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraits d'argent irréguliers ou atypiques de la personne âgée • Retraits d'argent ne correspondant pas aux moyens de la personne âgée • Modification d'un testament ou changement de titre de propriété pour laisser une maison ou des biens à de nouveaux amis ou des parents • Disparition de biens • La personne âgée ne retrouve pas des bijoux ou des biens personnels • Transactions suspectes sur le compte de la carte de crédit • Manque de confort, alors que la personne âgée pourrait se l'offrir • Problèmes médicaux ou de santé mentale non soignés • Le niveau de soins ne correspond pas au revenu ou aux biens de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> • Le soignant semble fatigué ou stressé • Le soignant semble trop intéressé ou pas assez • Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence • Le soignant se montre agressif • Le soignant traite la personne âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante • Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui • Le soignant ne veut pas que la personne âgée ait un entretien avec quiconque seule • Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être hostile ou évasif • Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée

Mesures judiciaires

Malgré l'intérêt croissant que suscite le problème, la plupart des pays n'ont pas adopté de loi particulière sur la maltraitance des personnes âgées. Certains aspects de la maltraitance sont habituellement visés par le droit pénal ou par des lois relatives aux droits civils, aux droits de propriété, à la violence familiale ou à la santé mentale. Pour que des lois détaillées visant tout particulièrement la maltraitance des personnes âgées soient adoptées, il faudrait une volonté bien plus marquée de venir à bout du

problème. Cependant, même lorsqu'il existe de telles lois, il est rare que les cas de maltraitance de personnes âgées donnent lieu à des poursuites. Cela tient principalement au fait que les personnes âgées hésitent généralement à porter plainte contre des membres de leur famille, ou en sont incapables. Cela tient aussi au fait que l'on estime souvent que ce sont de bons témoins peu fiables. Enfin, cela tient également au fait que l'on cache la maltraitance des personnes âgées. Tant que l'on considérera qu'il s'agit uniquement d'un problème de soignant, le

recours à la justice ne donnera probablement guère de résultats.

Seuls les provinces de l'Atlantique au Canada, Israël et un certain nombre d'Etats américains ont des lois qui font obligation de signaler les cas de maltraitance de personnes âgées. Ainsi, dans 43 Etats des Etats-Unis, les professionnels et les autres personnes qui travaillent au contact de personnes âgées sont tenus de signaler les cas éventuels de maltraitance à un organisme public désigné, s'ils ont des « raisons de croire » qu'une personne âgée est victime de mauvais traitements, de négligence et/ou d'exploitation. Le premier de ces Etats a adopté sa loi en 1976 et le dernier, en 1999. La province de Terre-Neuve, au Canada, a adopté dès 1973 une loi sur la protection des adultes, et la dernière des quatre provinces de l'Atlantique à l'avoir imitée à ce sujet est l'Ile-du-Prince-Edouard, qui a adopté la sienne en 1988. La loi israélienne date de 1989. A l'instar des lois obligeant à signaler les cas de mauvais traitements à enfant, toutes ces lois relatives à la maltraitance des personnes âgées ont été adoptées pour éviter que des preuves de mauvais traitements passent inaperçues. La déclaration obligatoire était considérée fort utile, en particulier dans les situations où les victimes ne pouvaient pas le faire elles-mêmes et où les professionnels hésitaient à signaler des cas aux services compétents. La recherche sur l'incidence des déclarations obligatoires n'apporte pas encore de réponse concluante, mais il semble bien que ce n'est pas tant l'obligation juridique de signaler les cas qui importe que d'autres facteurs organisationnels, éthiques, culturels et professionnels (66).

Campagne d'information et de sensibilisation du public

Les campagnes d'information et de sensibilisation du public se révèlent essentielles pour informer la population des pays industrialisés au sujet de la maltraitance des personnes âgées. Il s'agit non seulement de diffuser de nouveaux renseignements mais aussi de changer les mentalités, ce qui constitue une stratégie préventive fondamentale. L'information peut se faire de diverses manières, par exemple, dans le cadre de séances de formation,

de séminaires, de programmes de formation permanente, d'ateliers, et de réunions ou conférences scientifiques. Les personnes ciblées ne seront pas seulement les intervenants des différentes disciplines concernées – de la médecine aux services sociaux, en passant par la santé mentale, les soins infirmiers, la justice pénale et la religion – mais aussi les chercheurs, les éducateurs, les décideurs et ceux qui élaborent les politiques. Un plan de cours typique convenant à la plupart des disciplines comprendra une introduction au sujet de la maltraitance des personnes âgées, une réflexion sur les signes et symptômes de maltraitance, et des détails sur les organisations locales qui peuvent prêter assistance. Des cours de formation plus spécialisés se concentreront sur l'acquisition de compétences en matière d'entrevue et d'évaluation des cas de maltraitance ainsi que sur la planification de programmes de soins. Des cours encore plus avancés dispensés par des spécialistes en la matière sont nécessaires pour couvrir les questions éthiques et juridiques. Des cours portant sur la collaboration avec d'autres professionnels et sur le travail au sein d'équipes multidisciplinaires font également partie aujourd'hui des programmes de formation avancée sur la maltraitance des personnes âgées.

L'information et la sensibilisation du public sont des éléments tout aussi importants de la prévention de la maltraitance et de la négligence. Tout comme dans l'information du public au sujet de la maltraitance des enfants et de la violence perpétrée par les partenaires intimes, l'objectif est d'informer le grand public au sujet des divers types de mauvais traitements, de lui apprendre à en reconnaître les signes et de lui expliquer vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. Les gens qui sont souvent en contact avec les personnes âgées sont une cible particulière de ce type d'information. En dehors des membres de la famille et des amis, il s'agit des employés des postes, des caissiers de banque et des personnes qui relèvent les compteurs de gaz et d'électricité. Les programmes d'information visant les personnes âgées elles-mêmes sont généralement plus fructueux si l'information relative à la maltraitance s'inscrit dans des sujets plus généraux, comme les soins de santé ou des conseils pour bien

vieillir. Les associations de personnes âgées, les centres communautaires, les programmes de centres de jour et les groupes d'entraide et de soutien peuvent tous contribuer à cet effort d'information (voir encadré 5.3).

Les médias sont fort utiles pour sensibiliser davantage le public. En présentant des images plus positives des personnes âgées et en leur accordant une plus grande place, ils contribuent à changer les mentalités et à battre en brèche les stéréotypes que l'on véhicule à leur propos. Les participants à l'étude sud-africaine sur les groupes de discussion insistaient sur le fait que les médias ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation du public (15), tout en ajoutant que des ateliers communautaires devraient être organisés avec le concours de l'Etat pour mieux faire connaître le problème de la maltraitance. Dans d'autres pays en développement aux ressources limitées, des associations locales peuvent assurer une information de base parallèlement aux soins de santé.

A ce jour, peu de programmes d'intervention ont été évalués, et il est donc impossible de dire quelles approches se sont révélées les plus fructueuses. L'absence de définitions communes, la diversité des explications théoriques, le peu d'intérêt des milieux scientifiques et un manque de fonds pour procéder à des études rigoureuses sont autant d'éléments qui ont nui aux efforts déployés pour évaluer l'efficacité de divers projets.

Une analyse documentaire d'études consacrées à des interventions contre la maltraitance des personnes âgées constate que 117 de ces études ont été publiées en anglais entre 1989 et 1998 (G. Bolen, J. Ploeg & B. Hutchinson, données non publiées, 1999). Aucune d'elles, cependant, ne comprend de groupe de référence ou ne satisfait aux critères d'une étude d'évaluation valide. S'appuyant sur ces constatations, les auteurs de l'examen estiment que rien ne fait suffisamment pencher en faveur d'une intervention en particulier. Six des études examinées répondent davantage aux critères voulus, mais

ENCADRE 5.3

Un programme scolaire canadien pour prévenir la maltraitance des personnes âgées

Santé Canada a mis sur pied, à l'intention des jeunes et des enfants, un projet pédagogique en deux volets sur la maltraitance des personnes âgées. Il s'agit de sensibiliser les enfants à la vieillesse et à ce qu'elle représente, et de créer des possibilités pour les jeunes d'entretenir des relations entre générations. Ce faisant, on espère que les enfants et les jeunes apprendront à respecter davantage les personnes âgées et seront beaucoup moins enclins, aujourd'hui et demain, à les maltraiter.

Le premier volet du projet est un coffret de contes pour enfants de trois à sept ans, avec des jeux et des histoires. Sans traiter directement de la maltraitance des personnes âgées, ce coffret donne des images positives de la vieillesse. Il se révèle également efficace avec des enfants plus âgés qui n'ont qu'une connaissance limitée de l'anglais.

Un programme scolaire, qui a été mis au point au terme de consultations approfondies avec diverses personnes – dont des enseignants, des travailleurs auprès des jeunes, des chefs religieux, des fournisseurs de soins de santé, des jeunes, des personnes qui travaillent avec les personnes âgées et des personnes âgées – est au centre du deuxième volet du projet. Ce programme, qui convient principalement pour des adolescents vise à changer les attitudes négatives profondément ancrées dans la société en ce qui concerne les personnes âgées et le vieillissement et à faire reculer la maltraitance des personnes âgées.

Au Canada également, les écoles de l'Ontario ont inscrit le règlement des conflits parmi les sujets à leur programme, et les enseignants se sont aperçus que l'on peut facilement intégrer dans ce sujet un débat sur la maltraitance des personnes âgées.

elles présentent également de graves faiblesses méthodologiques. Dans ces études, la proportion de cas auxquels il a été remédié avec succès après une intervention particulière varie de 22 % à 75 %.

Recommandations

Bien que l'on comprenne mieux aujourd'hui qu'il y a 25 ans les actes violents perpétrés contre des personnes âgées par des membres de leur famille, par des soignants et par d'autres personnes encore, il est nécessaire d'étoffer la base de connaissances aux fins de politiques, de planification et de programmes. Beaucoup d'aspects du problème restent inconnus, y compris ses causes et ses conséquences, et même son ampleur. Pour l'instant, la recherche sur l'efficacité des interventions n'a pratiquement pas produit de résultats utiles ou fiables.

Les formes les plus insidieuses de maltraitance des personnes âgées résident sans doute dans les attitudes négatives à leur égard et par rapport au fait de vieillir, ainsi que dans les stéréotypes à ces sujets, attitudes que reflète la glorification fréquente de la jeunesse. Tant que la société dévalorisera et marginalisera les personnes âgées, celles-ci perdront de leur identité et resteront fortement exposées à des discriminations et à des abus de toutes sortes.

Il est impératif, en matière de lutte contre la maltraitance des personnes âgées :

- de mieux connaître le problème ;
- de renforcer les lois et les politiques ;
- d'adopter des stratégies de prévention plus efficaces.

Mieux connaître le problème

Il est primordial, dans le monde entier, de mieux comprendre ce qu'est la maltraitance des personnes âgées. En 1990, le Conseil de l'Europe a organisé une conférence générale où l'on a examiné des définitions, des statistiques, des lois et des politiques, et où il a été question de prévention et de traitement ainsi que des sources d'information existantes sur la maltraitance des personnes âgées (67). Un groupe de travail mondial sur la maltraitance des personnes âgées devrait être chargé d'examiner tous ces sujets. Entre autres choses, il pourrait réunir et normaliser des statistiques

mondiales et définir les caractéristiques d'un formulaire de communication de données commun. Il faudrait également étudier le rôle précis de différentes cultures dans la maltraitance des personnes âgées afin de mieux l'expliquer.

Il est urgent que des travaux de recherche débouchent sur des interventions efficaces. Il est nécessaire de voir comment on peut amener les personnes âgées à jouer un rôle plus important dans la conception des programmes de prévention et à participer davantage à ces programmes, ce que l'on a déjà commencé à faire au Canada. Cette démarche pourrait s'avérer particulièrement intéressante dans les pays en développement où l'on peut, en faisant participer les personnes âgées à la conception et à l'exécution des programmes, mieux les sensibiliser à leurs droits et leur permettre de vivre une expérience stimulante, tout en s'attaquant au problème de l'exclusion sociale (3).

Des normes plus rigoureuses sont nécessaires dans la recherche scientifique relative à la maltraitance des personnes âgées. Par le passé, la recherche a trop souvent porté sur de petits échantillons et utilisé une méthodologie peu convaincante, ce qui a parfois donné des résultats contradictoires. Certaines études affirment que l'état mental de l'agresseur et la toxicomanie sont des facteurs de risque, mais elles ne vont pas plus loin dans leurs investigations pour comprendre exactement pourquoi ces facteurs contribuent à la maltraitance ou à la négligence dans certains cas et pas dans d'autres. D'autres études sont également nécessaires pour tirer au clair des données actuellement contradictoires sur les déficiences intellectuelles et physiques des personnes âgées en tant que facteurs de risque de maltraitance.

Causes de la maltraitance

De même, d'autres études sont nécessaires en ce qui concerne le rôle du stress chez les soignants, que l'on a d'abord considéré comme une des principales causes de la maltraitance des personnes âgées. Avec la prévalence croissante de la maladie d'Alzheimer dans le monde et l'augmentation constatée des comportements violents dans les familles dont un membre est malade, il est important de prêter davantage d'attention à la relation entre le soignant

et le soigné. Il est sans doute évident que l'isolement social ou l'absence de soutien contribue à la maltraitance ou à la négligence, mais les victimes de violence dans ces situations veulent rarement participer à des programmes qui encouragent l'interaction sociale, comme les centres pour personnes âgées ou les centres d'activités de jour. Des études qui permettraient de savoir qui sont ces victimes et de connaître leur situation pourraient produire de meilleures solutions.

Il faudrait également étudier le rôle éventuel de l'âgisme, qui est la discrimination envers les personnes âgées et la stigmatisation dont elles font l'objet, dans la maltraitance des personnes âgées, même si certains spécialistes en la matière expliquent que la marginalisation des personnes âgées contribue au problème. Les études interculturelles aideraient probablement à comprendre cet effet.

Il est manifeste que, dans certains pays en développement, des facteurs socioculturels sont directement liés à la maltraitance, comme la croyance dans la sorcellerie et l'abandon des veuves. D'autres pratiques, que l'on cite souvent comme étant des facteurs de causalité importants, doivent être examinées, car aucune recherche n'a encore confirmé ces affirmations.

D'autres facteurs socio-économiques et culturels, comme la pauvreté, la modernisation et les régimes de succession, peuvent être des causes indirectes de maltraitance. L'utilisation du modèle écologique pour expliquer la maltraitance des personnes âgées est encore nouvelle et il faut plus de recherche sur les facteurs qui influent à différents niveaux du modèle.

Incidence de la maltraitance

L'incidence sur la personne âgée est sans doute l'aspect de la maltraitance des personnes âgées auquel on prêt le moins d'attention. Des études longitudinales qui suivent des personnes maltraitées et non maltraitées sur une longue période devraient donc faire partie du programme de recherche. Plus particulièrement, peu d'études se sont penchées sur l'incidence psychologique sur la personne maltraitée. Hormis la dépression, on sait peu de choses sur le traumatisme psychologique subi par les victimes.

Evaluation des interventions

Divers modèles d'interventions ont été mis au point. Certains concernent la déclaration obligatoire des cas, des unités de services de protection, des protocoles de services sociaux, des foyers d'accueil d'urgence, des groupes d'entraide et de soutien, et des équipes de consultation. Très peu, cependant, ont été évalués en utilisant un concept de recherche expérimental ou quasi expérimental, et une recherche évaluative de très bonne qualité devient urgente. Malheureusement, la maltraitance des personnes âgées n'est pas un sujet qui retient l'attention de nombreux chercheurs établis dont les compétences sont cependant bien nécessaires. Si l'on investissait plus de ressources dans des études sur ce phénomène de société, on encouragerait certainement la recherche.

Des lois plus fermes

Droits fondamentaux

Les droits de l'homme doivent être garantis aux personnes âgées dans le monde entier. Il faut donc :

- élargir au groupe que constituent les personnes âgées les lois actuelles sur la violence familiale ou intra-familiale ;
- faire en sorte que le droit pénal et le droit civil visent explicitement la maltraitance, la négligence et l'exploitation des personnes âgées ;
- et que les Etats adoptent de nouvelles lois visant précisément à protéger les personnes âgées.

Traditions abusives

Beaucoup de traditions sont abusives à l'égard des femmes âgées, y compris la croyance à la sorcellerie et à l'abandon des veuves. Il faudra, pour mettre fin à ces coutumes, une grande et longue collaboration entre de nombreux groupes. Afin de contribuer à ce processus :

Des groupes de défense des intérêts, constitués de personnes âgées et de personnes plus jeunes, devraient être formés au niveau national, provincial et local afin de faire campagne pour le changement.

Les programmes publics de santé et de bien-être devraient viser véritablement à atténuer l'incidence négative sur les personnes âgées de nombreux

processus de modernisation et des changements qu'ils entraînent dans la structure familiale.

Les gouvernements nationaux devraient instaurer un régime de retraite satisfaisant, dans tous les pays où il n'en existe pas.

Des stratégies de prévention plus efficaces

A tout le moins, il est nécessaire d'accorder plus d'importance à la prévention primaire. Cela suppose de bâtir une société où les personnes âgées peuvent vivre dans la dignité, où il est pourvu à leurs besoins et où elles ont de réelles possibilités de s'épanouir. Dans les sociétés accablées par la pauvreté, le défi est énorme.

La prévention commence par la sensibilisation. Or, l'éducation et la formation sont deux moyens importants de sensibilisation du public comme des professionnels concernés. Les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux à tous les niveaux, que ce soit dans la communauté ou en milieu institutionnel, devraient recevoir une formation de base pour savoir détecter la maltraitance de personnes âgées. Les médias constituent un autre outil puissant pour sensibiliser davantage le public en général et les autorités au problème et à ses solutions possibles.

Les programmes dans lesquels les personnes âgées elles-mêmes jouent un rôle clé pour ce qui est de la prévention de la maltraitance chez elles comprennent les éléments suivants :

- recrutement et formation de personnes âgées qui rendront visite à d'autres personnes âgées isolées ou leur tiendront compagnie ;
- création de groupes de soutien pour les personnes âgées victimes de maltraitance ;
- mise en place de programmes communautaires afin de stimuler l'interaction sociale et la participation des personnes âgées ;
- constitution de réseaux sociaux de personnes âgées dans les villages, les quartiers ou les unités de logement ;
- collaboration avec les personnes âgées pour créer des programmes d'entraide qui leur permettent d'être productives.

Il est difficile de prévenir la maltraitance des personnes âgées en aidant les agresseurs, et tout particulièrement les enfants adultes, à résoudre

leurs propres problèmes. Voici des mesures qui peuvent se révéler utiles :

- offrir des services de santé mentale et des services de désintoxication ;
- proposer des emplois et des possibilités en matière d'éducation ;
- trouver de nouvelles façons de régler les conflits, en particulier lorsque les personnes âgées ne jouent plus autant leur rôle traditionnel à cet égard.

On peut également faire beaucoup pour prévenir la maltraitance des personnes âgées en milieu institutionnel. Voici des mesures qui peuvent se révéler utiles :

- définir et mettre en œuvre des plans de soins détaillés ;
- former le personnel ;
- établir des politiques et des programmes afin que le personnel souffre moins de stress professionnel ;
- définir et mettre en place des politiques et des programmes visant à améliorer les établissements sur le plan matériel et social.

Conclusion

Le problème de la maltraitance des personnes âgées ne peut être convenablement réglé tant que leurs besoins essentiels en matière d'alimentation, de logement, de sécurité et d'accès aux soins ne sont pas satisfaits. Les pays doivent créer un environnement où le fait de vieillir est accepté comme faisant naturellement partie du cycle de la vie, où les attitudes contre le vieillissement sont découragées, où les personnes âgées ont le droit de vivre dans la dignité – sans être victimes de violence ou d'exploitation – et où elles peuvent participer pleinement à des activités éducatives, culturelles, spirituelles et économiques (3).

Bibliographie

1. Baker AA. *Granny-battering. Modern Geriatrics*, 1975, 5 :20–24.
2. Burston GR. «Granny battering». *British Medical Journal*, 1975, 3 :592.
3. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's*

- people. Londres (Royaume-Uni), HelpAge International, 1999.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3 :1–20.
 5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :17–37.
 6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7 :3–22.
 7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (mai-juin).
 8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. In: Kosberg JI, Garcia JL. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, New-York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1995 :183–198.
 9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African American, Caucasian American, and Korean American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33 :386–395.
 10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. In: Tataru T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Francis & Taylor, 1999 :119–139.
 11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12 :73–87.
 12. Owen M. *A world of widows*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1996.
 13. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres (Royaume-Uni), HelpAge International, 1999.
 14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6 :9.
 15. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Le Cap (Afrique du Sud), Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
 16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28 :51–57.
 17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4 :5–58.
 18. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4 :1–18.
 19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305 :998–999.
 20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46 :885–888.
 21. Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada: un profil statistique 2000*. Ottawa (Canada), Santé Canada, 2000.
 22. Kane RL, Kane RA. *Long-term care in six countries: implications for the United States*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
 23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2 :5–30.
 24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49 :604–616.
 25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11 :79–103.
 26. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer, 2000.
 27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. In: Gelles RJ, Loeske DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :31–46.
 28. O'Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. In: Gelles RJ, Loeske DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :7–30.
 29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Columbia University Press, 1989.
 30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301 :1359–1362.
 31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :45–54.
 32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case-control study. In: Pillemer KA, Wolf RS. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Auburn House, 1989 :239–264.
 33. Paveza GJ et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32 :493–497.

34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia : a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41 :276–283.
35. Aitken L, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1996.
36. Steinmetz SK. *Duty bound : elder abuse and family care*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1988.
37. Eastman M. *Old age abuse : a new perspective*. 2^e édition. San Diego, Californie (Etat-Unis d'Amérique), Singular Publishing Group, Inc., 1994.
38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38 :471–480.
39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30 :206–211.
40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care : a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
41. Pillemer KA, Suitor JJ. Violence and violent feelings : what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47 :S165–S172.
42. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people : an exploratory study*. Dublin (Irlande), National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. In : Pillemer KA, Wolf RS. *Elder abuse : conflict in the family*. Dover, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Auburn House, 1989 :197–217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21 :247–255.
45. Kwan AY. Elder abuse in Hong Kong : a new family problem for the east? In : Kosberg JI, Garcia JL. *Elder abuse : international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, New York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1995 :65–80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home : an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*, 1983, 8 :379–382.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse : a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :65–74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. In : Baumhover LA, Beall SC. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons : strategies for assessment and intervention*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Health Professions Press, 1996 :185–206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. In : Ruskin PE, Talbot JA. *Ageing and post-traumatic stress disorder*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Psychiatric Association, 1996 :126–135.
50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 :428–432.
51. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse : perspectives for practitioners*. Londres (Royaume-Uni), Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care : interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. In : Glendenning F, Kingston P. *Elder abuse and neglect in residential settings : different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, New York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1999 :13–28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem : a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20 :651–663.
55. Bennett G, Kingston P. *Elder abuse : concepts, theories and interventions*. Londres (Royaume-Uni), Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18 :298–306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean : national report for Chile*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Programme des Nations Unies pour le développement, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa. In : Kosberg JI, Garcia JL. *Elder abuse : international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, New York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1995 :171–182.
59. *Hearing the despair : the reality of elder abuse*. Londres (Royaume-Uni), Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11 :105–112.
61. Checkoway B. Empowering the elderly : gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14 :75–95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments : conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21 :79–83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332 :437–443.

64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. *In*: Bosker G et al. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, Missouri (Etats-Unis d'Amérique), CV Mosby, 1990 :533–542.
65. *Elder mistreatment guidelines : detection, assessment and intervention*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse : mandatory reporting revisited. *In*: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, Connecticut (Etats-Unis d'Amérique), JAI Press, 1996 :155–170.
67. *La violence envers les personnes âgées*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, Comité directeur sur la politique sociale, 1992.