



Mauvais traitements envers les aînés au Canada : Analyse comparative entre les sexes

*Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership,
aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.*
— Agence de la santé publique du Canada

Ce rapport a été préparé par Peggy Edwards pour la Division du vieillissement et des aînés,
Agence de la santé publique du Canada, dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre les
mauvais traitements envers les aînés.

Rédigé : mai 2009

Mis en forme : octobre 2011

Also available in English under the title:

Elder Abuse in Canada: A Gender-Based Analysis.

Division du vieillissement et des aînés
Agence de la santé publique du Canada
www.santepublique.gc.ca/aines

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2012

Cat. : HP10-21/2012F-PDF

ISBN : 978-1-100-98648-7

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5
1.1 À propos de ce document	5
Objet	5
Portée et limites	5
<i>Deux domaines distincts de recherche et de pratique</i>	7
<i>Sous-déclaration</i>	8
<i>Exclusions de l'enquête</i>	9
<i>Quantité limitée d'information sur des variables importantes</i>	9
<i>Neutralité du genre et différences dans le vocabulaire et les définitions</i>	9
<i>Rôles selon le genre dans les soins</i>	9
1.2 Concepts clés.....	10
À propos des mauvais traitements envers les aînés.....	10
À propos de l'analyse comparative entre les sexes	12
<i>Genre en tant que déterminant de la santé</i>	13
<i>Analyse comparative entre les sexes et la diversité</i>	14
1.3 Stéréotypes et idées fausses.....	15
2. Aspects des mauvais traitements envers les aînés liés au genre	17
2.1 Incidence et prévalence.....	17
Mauvais traitements envers les aînés chez les Métis, les Premières Nations et les Inuits.....	20
Mauvais traitements envers les aînés chez les immigrants et les réfugiés	21
Mauvais traitements envers les aînés dans les établissements	22
2.2 Caractéristiques des victimes et des auteurs de mauvais traitements	22
2.3 Effets sur la santé.....	24
2.4 Féminisation du vieillissement et de la prestation de soins.....	24
Aidants membres de la famille	24
Aidants rémunérés	25
2.5 Facteurs pouvant précipiter ou empêcher les mauvais traitements envers les aînés.....	26
Âgisme.....	26

Maladies chroniques, incapacités, dépendance et discrimination à l'égard des personnes ayant une incapacité	27
Stress des soignants	28
Statut socioéconomique.....	29
Relations rompues	30
Vivre seul ou vivre avec quelqu'un.....	31
2.6 Dépistage et diagnostic	31
2.7 Programmes et interventions	32
2.8 Lois et services de protection.....	34
3. Lignes directrices pour la création de politiques et pratiques impartiales en matière de mauvais traitements envers les aînés, tenant compte des sexospécificités et des différences culturelles	35
3.1 Le processus d'analyse comparative entre les sexes.....	35
3.2 Une analyse comparative entre les sexes pertinente sur le plan culturel	36
3.3 Un cadre impartial	37
4. Implications en matière de recherche sur les mauvais traitements envers les aînés.....	39
5. RÉFÉRENCES.....	40

1. Introduction

1.1 À propos de ce document

Objet

Ce document présente une analyse comparative entre les sexes (ACS) dans le contexte des mauvais traitements envers les aînés au Canada. L'ACS a été réalisée en examinant et en documentant les données existantes et ce qui demeure inconnu sur les aspects des mauvais traitements envers les aînés liés au genre. Le document fournit des renseignements et des lignes directrices pour élaborer des recherches, des politiques et des pratiques en matière de mauvais traitements envers les aînés qui sont impartiales et adaptées au genre et à la réalité culturelle. Enfin, il montre la pertinence des résultats ainsi que leur application aux études, aux politiques, aux programmes et aux pratiques de santé publique, y compris les indicateurs comparatifs entre les genres à inclure dans l'évaluation de l'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés.

Le document peut servir de modèle pour de futures ACS portant sur d'autres questions de santé publique qui touchent le vieillissement et les aînés, par exemple en ce qui a trait à la prévention des chutes.

Une analyse comparative entre les sexes dans le contexte des mauvais traitements envers les aînés permettra à l'Agence de la santé publique du Canada de mieux comprendre l'importance d'une ACS dans l'élaboration de mesures d'intervention et d'outils liés aux mauvais traitements envers les aînés qui sont destinés aux professionnels de la santé.

L'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés a pour grands objectifs d'accroître la sensibilisation à l'égard des mauvais traitements envers les aînés au sein de l'ensemble de la société, particulièrement chez les aînés, leurs familles et les principaux groupes professionnels; et de fournir de l'information, des ressources et des outils aux travailleurs de première ligne pour les aider à reconnaître les cas de maltraitance et à prendre les mesures d'intervention indiquées.

Portée et limites

L'auteure a examiné et analysé la documentation sur les mauvais traitements envers les aînés et le genre en vue de déterminer si, à la fois, les hommes et les femmes bénéficiaient de la variété de politiques, de programmes et de tendances examinés; et d'identifier les dispositions et les lacunes existantes qui peuvent avoir des incidences différentes sur la santé des femmes et des hommes

âgés. Dans la mesure du possible (les limites découlent du peu de données non regroupées sur l'âge, le sexe et la diversité), l'analyse a pris en compte des facteurs sous-jacents comme les rôles sociaux, les facteurs socioéconomiques et les pratiques personnelles en santé.

Trois entrevues avec des informateurs clés ont été réalisées dans le but de bien comprendre les cadres qui pourraient le mieux s'appliquer à une analyse comparative entre les sexes sur les mauvais traitements envers les aînés. Ont été interrogées : D^{re} Joy Johnson, directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada; Mary Anne Burke, analyste principale de la politique, Division de l'innovation, Ressources humaines et Développement des compétences Canada; Margo Greenwood, directrice scientifique, Centre national de collaboration de la santé autochtone.

La recherche documentaire a reposé sur plusieurs bibliographies fournies par l'Agence de la santé publique du Canada ainsi que sur un usage considérable des ressources du Centre national d'information sur la violence dans la famille (CNIVF). Ce dernier renferme une collection bibliothécaire d'ouvrages de référence contenant plus de 10 000 documents sur la violence familiale, notamment des rapports, des livres, des périodiques et des vidéos (www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/index-fra.php).

L'auteure n'a pas eu accès à des données provenant d'enquêtes sur les populations. Ces dernières auraient pu fournir de l'information plus détaillée sur le genre, l'âge et la diversité.

Malheureusement, les rapports publiés sur ces enquêtes ne contiennent qu'une brève analyse qui prend en compte à la fois le genre et l'âge, encore moins une analyse sur la diversité relative aux facteurs socioéconomiques, à l'aptitude ou à la race de même qu'au genre et à l'âge.

Fréquemment, les publications centrées sur le genre ne parviennent pas à fournir des données sur le vieillissement. Par exemple, dans le chapitre sur la violence contre les femmes canadiennes du *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, les commentaires relatifs à l'âge sont principalement liés au déclin du nombre de cas de maltraitance déclarés à mesure du vieillissement. Aucun tableau ne présentait une répartition d'âge.

De façon similaire, la plupart des documents de synthèse de la collection du CNIVF ne comportent pas de distinction entre les genres. Par exemple, le document *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : document de travail* examine une quantité considérable de données probantes. Mais la seule référence au genre survient dans une discussion sur les modèles féministes d'analyse. Le document, qui est dans l'ensemble une description détaillée des définitions et des catégories, des situations, des caractéristiques des victimes et des auteurs, des facteurs de risque, des interventions et des approches législatives, ne note pas de distinction entre les genres.

L'information est encore plus limitée en ce qui a trait à la violence chez les femmes et les hommes âgés des collectivités autochtones et de diverses cultures. Par exemple, le chapitre sur la violence et les Autochtones du rapport *La violence familiale au Canada* se concentre particulièrement sur l'expérience de jeunes femmes. Les tableaux regroupent les adultes dans une catégorie de 35 ans et plus, ce qui ne fournit pas de données claires sur les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées de 65 ans et plus.

L'auteure a tenté de trouver et d'analyser certaines des plus récentes études sur les hommes âgés et les mauvais traitements. Toutefois, la majorité des rapports sur les mauvais traitements envers les aînés ne font pas de distinction entre les genres et généralisent les résultats à l'ensemble des aînés.

Plusieurs autres facteurs compliquent l'examen des questions liées au genre dans les mauvais traitements envers les aînés.

Deux domaines distincts de recherche et de pratique

La recherche et la pratique sur la maltraitance à l'égard des personnes âgées occupent deux domaines nettement distincts, soit les mauvais traitements envers les aînés et la violence familiale (ou la violence envers un partenaire intime).

Dans les années 1980, un petit groupe de praticiens de la santé, d'intervenants en service social et de chercheurs a mené les premiers travaux importants sur la maltraitance à l'égard des personnes âgées, intitulés « mauvais traitements envers les aînés ». Par conséquent, la maltraitance envers les aînés a été définie en grande partie par les professionnels de la santé et des services sociaux plutôt que par les femmes et les hommes âgés eux-mêmes. Le nombre d'études sur ce sujet a augmenté de façon importante, et leurs conclusions sont souvent publiées dans des rapports gouvernementaux et des revues médicales et cliniques, notamment le *Journal of Elder Abuse & Neglect* qui vise à étudier les causes, les effets, le traitement et la prévention de la maltraitance à l'égard des personnes âgées.

Même si les mauvais traitements envers les aînés englobent les types de comportement attribués à la violence familiale, ils comprennent également d'autres types d'abus, par exemple la négligence et l'exploitation financière. Cette maltraitance se produit en outre au sein d'une plus grande variété de situations et de relations. Les auteurs de violence peuvent être des conjoints, mais aussi des enfants, des petits-enfants, d'autres membres de la famille, des amis, des résidents d'un établissement et des personnes soignantes rémunérées. Les questions relatives au fonctionnement cognitif et physique individuel sont au centre des préoccupations liées aux mauvais traitements envers les aînés. Conséquemment, les personnes âgées fragiles sont ainsi désignées selon cette perspective¹.

En comparaison, l'étude de la violence familiale ou de celle commise envers un partenaire intime, qui s'étend sur une période d'au moins cinq décennies, résulte des efforts menés contre la violence à l'égard des femmes. Des travaux ont été publiés dans une variété de médias liés à la recherche féministe, à la violence interpersonnelle, à la violence familiale et à la violence envers les femmes. Le paradigme de la violence familiale conçoit la violence comme un problème social qui a pour origine des rapports de force inégaux dans les relations plutôt qu'un problème individuel ou familial. Ainsi, alors que les femmes doivent bénéficier d'une protection immédiate, il faut comprendre que la violence à l'égard d'une personne intime est une question publique et criminelle et que les solutions à long terme nécessitent le remaniement des structures sociales qui perpétuent les écarts de pouvoir².

De nombreux chercheurs ont adopté l'idée que la violence familiale touche principalement les jeunes femmes et que les mauvais traitements envers une conjointe chez les aînés constituent une forme de violence de longue durée³ à l'égard de la partenaire. Plus récemment, on s'est rendu à l'évidence que la violence familiale existe chez les personnes âgées et que ce problème s'aggravera probablement avec le vieillissement de la population⁴. De plus, la violence familiale peut se manifester comme une situation de maltraitance de longue durée à l'égard de la conjointe, mais elle peut aussi débiter seulement lorsque le couple est plus âgé ou s'instaurer au sein d'une nouvelle relation entre personnes âgées⁵.

Un petit nombre de chercheurs ont entrepris des travaux sur la façon d'intégrer une compréhension des mauvais traitements envers les aînés plus centrée sur les genres. Toutefois, la pratique demeure fondée sur un mode de risque ou de vulnérabilité qui ne prend pas en compte les théories féministes⁶. Ironiquement, les théories féministes qui soutiennent que la problématique réelle est l'inégal rapport de force entre les partenaires^{7,8} peuvent aider à expliquer pourquoi à la fois les hommes et les femmes sont victimes de mauvais traitements chez les aînés.

Sous-déclaration

Certaines études suggèrent que les femmes et les hommes peuvent avoir des réactions différentes en ce qui a trait à la déclaration des mauvais traitements. Ils peuvent en outre interpréter les questions relatives à la maltraitance de diverses façons. Par exemple, les femmes semblent être plus disposées que les hommes à se reconnaître responsables de violence émotive⁹.

Toutefois, comme cela est le cas dans toutes les enquêtes qui examinent des questions délicates, les répondants aussi peuvent avoir des réticences à partager leurs expériences en raison de la honte, de la peur ou d'un manque de confiance. Les femmes âgées peuvent disposer de moins de ressources et d'autonomie que les hommes et peuvent avoir moins tendance à rapporter des mauvais traitements par peur de quitter leur foyer ou d'accuser la personne qui pourvoit à leurs besoins quotidiens. Quant aux hommes âgés, ils peuvent être gênés ou embarrassés de ne plus

être en mesure d'occuper une position d'autorité dans leur maison. Avec le vieillissement des baby boomers, ces attitudes pourraient changer, car la honte associée au besoin d'aide des hommes diminue¹⁰.

Exclusions de l'enquête

L'utilisation standard de l'enquête-ménage et de l'entrevue téléphonique dans les enquêtes sur la population exclut de l'échantillon les personnes âgées qui n'ont pas accès à un téléphone, notamment celles qui sont isolées à la maison et celles qui vivent dans des établissements ou qui sont très pauvres. Ces personnes âgées peuvent être les plus vulnérables aux mauvais traitements et malgré cela, leurs expériences ne font pas partie de la documentation d'enquête. De plus, de nombreuses enquêtes sur la population n'incluent pas les Autochtones qui vivent dans des réserves et, dans certains cas, les habitants du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut.

Quantité limitée d'information sur des variables importantes

Même lorsque les questions liées au sexe font partie de la recherche, d'autres déterminants importants de la santé ne sont pas inclus. Cela signifie qu'il est difficile d'analyser les relations entre les mauvais traitements, le genre, la race et l'ethnicité, l'incapacité et le statut socioéconomique. Par exemple, un critique des études de prévalence canadiennes (de 1974 à 2000) sur la violence envers un partenaire intime et la santé a découvert que l'âge, l'ethnicité, la race et le statut socioéconomique n'étaient pas documentés de façon uniforme, ce qui rend difficile une comparaison valable entre la situation des femmes et celle des hommes âgés¹¹.

Neutralité du genre et différences dans la langue et les définitions

Les études sur les mauvais traitements envers les aînés ont différentes définitions de ce qui constitue les mauvais traitements. Certaines études remettent aussi en question les variations dans les termes qui réfèrent au genre, par exemple *mauvais traitements envers la conjointe*, à des termes neutres quant au genre comme *mauvais traitements envers les aînés*. Vinton (1991), qui se demande s'il faut désigner les femmes âgées qui sont victimes de violence familiale comme *femmes battues* ou *personnes âgées maltraitées*, met en évidence les tensions inhérentes dans les deux perspectives décrites précédemment. Le terme *femme battue*, qui est fréquemment utilisé dans la terminologie de la violence familiale, est fondé sur la perspective du genre et la tradition féministe; toutefois, il ne tient pas compte de l'âge. Quant au terme *personne âgée maltraitée*, il se base sur une perspective d'âge, mais ne considère pas le genre¹².

Rôles selon le genre dans les soins

Les femmes âgées assument plus fréquemment un rôle d'aidante naturelle au sein du foyer. En raison de leur éthique rigoureuse quant aux soins, il peut être extrêmement difficile pour les femmes âgées de quitter un conjoint dépendant et abusif¹³.

Les tâches associées à la prestation des soins sont encore divisées en fonction des genres. En 2007, il y avait près de 40 % de femmes soignantes et moins de 20 % d'hommes soignants qui fournissaient des soins personnels, notamment des activités intimes (p. ex., le bain et l'habillage). Les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes de s'occuper des soins médicaux et de la gestion des soins et d'effectuer des tâches ménagères, notamment préparer les repas et nettoyer. Par contre, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de fournir de l'aide pour des tâches à l'extérieur de la maison, comme l'entretien de la maison et les travaux à l'extérieur¹⁴.

Les incidences de ces rôles sur les mauvais traitements envers les aînés ne sont pas connues. Toutefois, il est clair que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'assumer des tâches de nature intime et sensibles au temps. En outre, ces activités peuvent être en conflit avec les demandes d'un travail rémunéré et le temps qui lui est consacré, ce qui peut ajouter au fardeau et au stress de la prestation des soins. De plus, il est nécessaire de reconnaître que certains hommes fournissent des soins personnels à leur conjointe âgée et qu'ils peuvent être tout aussi vulnérables au stress physique et psychologique¹⁵.

Les femmes sont aussi beaucoup plus susceptibles que les hommes de fournir des soins dans un établissement de soins de longue durée. Parfois, les mauvais traitements envers les aînés se produisent dans les deux sens, entre la personne soignante et la personne âgée¹⁶. Dans ces situations, les femmes peuvent être à la fois victimes et auteures des mauvais traitements.

En gardant à l'esprit toutes les limites susmentionnées, il est possible de commencer à définir ce que nous savons sur le genre et les mauvais traitements envers les aînés et, de façon tout aussi importante, d'examiner comment ces limites peuvent être surmontées à l'avenir dans les études, les programmes et les politiques.

1.2 Concepts clés

À propos des mauvais traitements envers les aînés

Les mauvais traitements envers les aînés sont aussi appelés mauvais traitements envers les personnes âgées ou violence à l'égard des aînés. L'Organisation mondiale de la Santé les définit comme « 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 âgée¹⁷. »

Cette définition suggère que les agissements comme le vol, l'agression physique, le viol et le cambriolage effectués par une personne qui n'entretient pas de relations de confiance avec la personne âgée ne se caractérisent pas comme des mauvais traitements envers les aînés mais plutôt

comme des crimes. Les crimes contre les personnes âgées comprennent certaines formes de mauvais traitements envers les aînés (et non pas l'ensemble de ces dernières)^{18,19}.

Les diverses formes de mauvais traitements envers les aînés sont communément regroupées selon les catégories suivantes²⁰.

La **violence physique**, où l'agresseur inflige de la douleur, des blessures ou des malaises corporels au moyen de gifles, de coups, de coups de poing, de volées de coups, de brûlures, ou de brutalité. Cette forme de mauvais traitements comprend également l'administration inappropriée de médicaments, les contraintes physiques et l'alimentation forcée²¹.

La **violence sexuelle**, lorsqu'elle n'est pas incluse dans la violence physique, se définit par un contact sexuel sans consentement et de n'importe quel type avec une personne âgée. Tout contact sexuel avec une personne incapable de donner son consentement est également considéré comme de la violence sexuelle. La violence sexuelle comprend, sans s'y limiter, les attouchements non désirés et les agressions ou les sévices sexuels graves, comme le viol, la sodomie, la nudité forcée et la photographie explicite du point de vue sexuel²².

La **violence émotive ou psychologique** porte atteinte à l'identité et à la dignité de l'aîné ainsi qu'à son estime de soi. Ainsi, l'agresseur peut proférer des injures ou des menaces à l'endroit de l'aîné, blasphémer, crier après l'aîné, le parodier, l'ignorer, l'isoler, l'exclure d'événements importants ou le priver de ses droits.

L'**exploitation financière**, ou exploitation matérielle, consiste en l'utilisation à mauvais escient d'argent ou de biens. L'agresseur peut voler de l'argent ou des biens, contrefaire une signature sur des chèques de pension ou des documents juridiques, abuser d'une procuration et forcer un aîné ou l'amener par des voies détournées à vendre ou à donner ses biens.

La **négligence** se produit lorsqu'un aidant ne répond pas aux besoins d'un aîné qui ne peut y subvenir lui-même. Elle se manifeste par l'abandon de la personne âgée ou sa privation en eau, nourriture, médicaments, soins médicaux, thérapie, soins infirmiers, produits de santé, vêtements ou visites.

La **négligence de soi** décrit le comportement d'une personne âgée qui menace sa propre santé et sa propre sécurité. La négligence de soi signifie habituellement que l'aîné refuse ou néglige de se procurer lui-même les nécessités de la vie comme l'eau et la nourriture ou d'assurer son hygiène personnelle²³. Il y a lieu de se demander si la négligence de soi doit être incluse dans une étude sur les mauvais traitements à l'égard des aînés puisqu'il n'y a pas d'agresseur impliqué.

La portée du présent document l'exploration des cinq catégories les plus courantes décrites précédemment et ne traite pas de la négligence de soi. Toutefois, il est important d'examiner les conditions sociales générales qui peuvent mener à la négligence de soi, par exemple l'itinérance et l'isolement, ainsi que les incidences sur le plan culturel et du genre issues des politiques et des programmes visant à y trouver des solutions.

Les aînés qui sont victimes de mauvais traitements peuvent connaître plus d'un type de maltraitance à n'importe quel moment. Les spécialistes de la question des mauvais traitements envers les aînés reconnaissent en outre d'autres formes de violences, notamment la violence systémique, la violence spirituelle, la violence médicale et la violation des droits civils et des droits de la personne.

La **violence spirituelle** est un problème particulier chez les aînés autochtones. Elle se définit par l'érosion ou la désintégration du système de croyances culturelles ou religieuses d'une personne²⁴. Selon une perspective autochtone, la violence familiale est une conséquence de la colonisation, de l'assimilation forcée et du génocide culturel. Ce sont les gestes, les valeurs, les convictions, les attitudes et les types de comportement négatifs cumulatifs et multigénérationnels d'une ou de plusieurs personnes qui réduisent ou minent l'harmonie et le bien-être des Autochtones en tant qu'individus, familles, familles élargies, collectivités ou peuple²⁵.

Les études sur les mauvais traitements envers les aînés se centrent sur les deux milieux suivants :

- **La maison et la collectivité** : la personne victime de maltraitance connaît l'auteur des violences.
- **Les établissements** : les établissements comprennent notamment les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, dont les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées. La violence en établissement fait référence à tout acte ou omission à l'égard d'un pensionnaire âgé dans un établissement qui cause un préjudice à cette personne ou qui la prive injustement de son indépendance²⁶. Les établissements peuvent aussi être la scène de violence et de négligence systémiques, c'est-à-dire de situations préjudiciables créées, permises ou facilitées par les procédures de l'établissement, qui sont censées être conçues pour offrir les soins²⁷. Comme dans le cas de la violence familiale, de nombreux actes de violence ou de négligence dans les établissements sont considérés comme des crimes, par exemple l'agression, l'agression sexuelle, le vol et la falsification.

À propos de l'analyse comparative entre les sexes

Alors que le terme *genre* est utilisé dans la documentation des sciences sociales depuis des dizaines d'années, son introduction dans le vocabulaire médical et de la santé publique est plus

récente. Conséquemment, le terme *genre* est parfois employé à tort, comme s'il s'agissait d'une version actualisée du terme *sexe*²⁸. Il est important de comprendre la différence.

Le terme **sexe** renvoie aux caractéristiques biologiques comme l'anatomie (p. ex., la taille et la constitution corporelle) et la physiologie (p. ex., l'activité hormonale) qui distinguent les femmes des hommes²⁹. Les éléments liés au sexe peuvent avoir une influence sur les résultats pour la santé des blessures causées par la maltraitance et sur la probabilité de développer des maladies chroniques et des incapacités qui peuvent augmenter les risques de mauvais traitements envers les aînés.

Le terme **genre** réfère à la gamme des rôles et des rapports déterminés par la société, aux traits de personnalité, aux attitudes, aux comportements, aux valeurs, à l'influence et au pouvoir que la société attribue aux deux sexes en fonction de leurs différences³⁰.

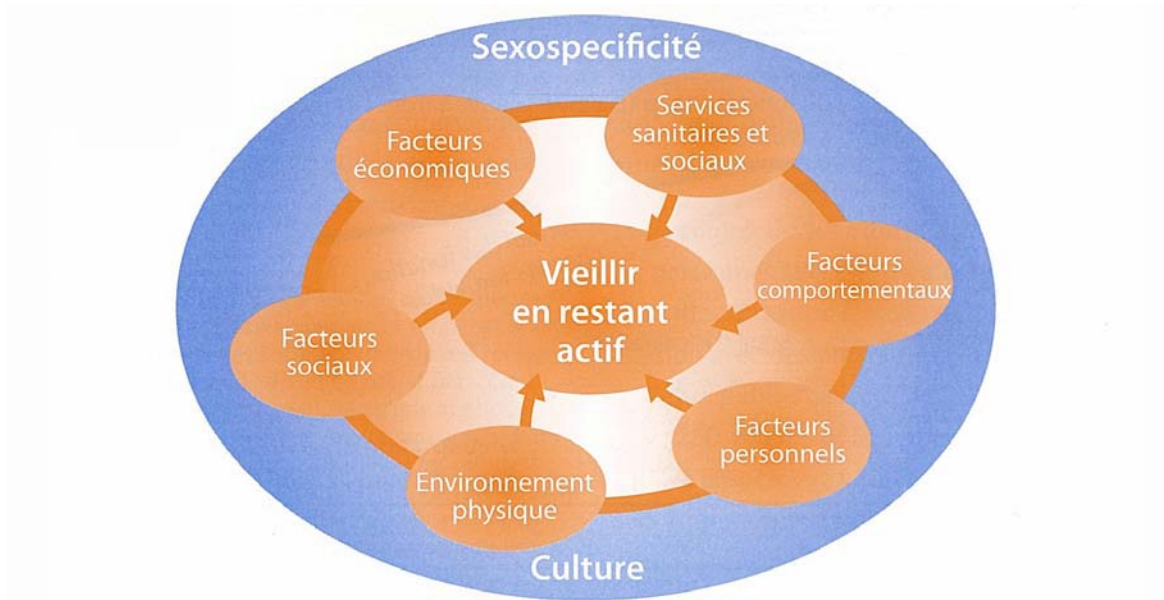
Dans le présent document, l'analyse comparative prend en compte à la fois le sexe et le genre.

Genre en tant que déterminant de la santé

L'Agence de la santé publique du Canada reconnaît le genre comme un déterminant individuel de la santé. Cette décision respecte l'approche qui reconnaît que les facteurs à l'extérieur du système de santé ont une incidence importante sur l'état de la santé. En plus du genre et des services de santé, ces facteurs comprennent le revenu, le statut social, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation, les environnements sociaux et physiques, le développement de la petite enfance, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation, les réseaux de soutien sociaux, la culture, et le patrimoine biologique et génétique (y compris l'âge, le sexe et l'aptitude)³¹. Dans le cas de mauvais traitements envers les aînés, un grand nombre de ces facteurs peuvent interagir. Par exemple, une femme âgée pauvre et fragile qui vit dans un logement surpeuplé avec des membres de la famille sans emploi, ou un homme âgé ayant des déficiences chroniques et qui possède de faibles habiletés d'adaptation et un réseau de soutien social limité peuvent être tous les deux plus vulnérables aux mauvais traitements.

L'Organisation mondiale de la Santé considère le genre et la culture comme des facteurs à multiples facettes qui ont une incidence sur tous les déterminants du vieillissement actif (en santé). Voir ci-dessous.

Les déterminants d'un vieillissement actif



Source : Organisation mondiale de la Santé (Edwards),
Vieillir en restant actif : cadre d'orientation

L'**analyse comparative entre les sexes** (ACS) aide à comprendre les mécanismes sociaux et à intervenir au moyen de projets de politiques, de programmes et de lois éclairés, efficaces et équitables qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population canadienne³². La perspective axée sur le genre permet de déterminer comment les politiques, les programmes et les pratiques publics ont une incidence différente sur les hommes et les femmes. Elle éclaire également les décideurs quant aux modifications qu'il faudrait apporter en vue d'atteindre l'équité et la justice lorsque les différences de genre entraînent des inégalités et des désavantages. L'ACS offre aux décideurs une occasion de confirmer leur imputabilité puisqu'elle les aide à déterminer si les ressources allouées parviennent vraiment à la population, de façon efficace et rentable³³. De plus, l'ACS considère les femmes par rapport aux hommes en société plutôt que de manière isolée.

Analyse comparative entre les sexes et la diversité

L'ACS est destinée à être utilisée dans un cadre de diversité qui englobe les façons dont l'aptitude, l'incapacité, la race, l'origine ethnique, la culture et le statut socioéconomique interagissent avec le sexe et le genre et contribuent à l'émergence de divers facteurs de risque ainsi que les résultats des diverses politiques et interventions³⁴. La Politique de Santé Canada en matière d'ACS précise qu'il faut superposer une analyse de la diversité au cadre de l'ACS³⁵ ; toutefois, ceci peut représenter un défi pour l'analyse future en raison du nombre limité de données non regroupées qui prennent en compte la diversité.

L'Association des femmes autochtones du Canada et la Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada³⁶ ont suggéré que l'usage actuel des ACS ne tient pas compte de façon appropriée des effets de la culture et de l'histoire autochtone, particulièrement lorsque sont examinées les formes systémiques de violence vécues par les femmes autochtones³⁷. Cependant, le cadre impartial élaboré par Mary Anne Burke et Margrit Eichler fournit un outil pour reconnaître les préjugés et les éviter dans les recherches en santé, les politiques et les programmes qui découlent de hiérarchies sociales, y compris le genre et le sexe, l'aptitude et la race, l'origine ethnique et la culture³⁸. Ces approches sont examinées de façon plus détaillée dans la section 3 du présent document.

1.3 Stéréotypes et idées fausses

En raison des normes sociales et de l'absence d'information sur les mauvais traitements envers les aînés, le genre et la diversité, les praticiens et les décideurs doivent être renseignés sur les stéréotypes et les idées fausses.

1. Idée fausse : La violence envers la conjointe cesse à l'âge de 60 ans.

Réalité : La majorité des mauvais traitements envers les femmes âgées en situation de violence familiale met en jeu leur partenaire masculin âgé. Alors que les enquêtes montrent que les cas déclarés de maltraitance envers les conjointes diminuent avec l'âge, certains chercheurs suggèrent que l'agresseur âgé peut multiplier et intensifier ses comportements violents après la retraite lorsque des sentiments d'isolement s'ajoutent à ceux liés à une diminution de l'estime de soi³⁹.

2. Idée fausse : Les hommes âgés ne sont pas maltraités par leur conjointe et/ou leurs enfants ou dans les établissements de soins de longue durée.

Réalité : Les femmes sont plus souvent maltraitées par les membres de la famille et les personnes en qui elles ont confiance, à la fois proportionnellement aux hommes⁴⁰ et en nombre absolu en raison des proportions des genres dans la population. Toutefois, elles ne sont pas les seules à subir de la violence. Les hommes font aussi face à la maltraitance dans les établissements ainsi que dans leur famille de la part de leur partenaire et de leurs enfants. Certaines études suggèrent que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de subir de l'exploitation financière et de la violence psychologique⁴¹.

3. Idée fausse : Certaines communautés culturelles sont à l'abri des mauvais traitements envers les aînés.

Réalité : Les mauvais traitements envers les aînés peuvent se produire chez l'ensemble des patrimoines culturels, des races et des religions, et ce, même si un groupe particulier met l'accent sur le respect des aînés.

4. Idée fausse : Les mauvais traitements envers les aînés sont principalement le résultat du stress vécu par les personnes soignantes. Il peut être très pénible de prendre soin de personnes malades exigeantes et difficiles. Il est donc compréhensible que les personnes

soignantes perdent patience à l'occasion. Puisqu'il est plus probable que les femmes soient une personne soignante que les hommes, elles sont donc plus susceptibles d'être responsables de violence.

Réalité : Même si le stress vécu par les personnes soignantes est parfois une cause des mauvais traitements, les études suggèrent que la plupart de ces dernières s'adaptent bien à ce rôle. Lorsque les mauvais traitements surviennent dans des situations de soins difficiles, les justifier peut pousser la victime à se sentir coupable et peut aussi minimiser la responsabilité de l'agresseur⁴².

2. Aspects des mauvais traitements envers les aînés liés au genre

Cette section présente ce qui est connu et ce qui demeure inconnu quant au sujet des aspects des mauvais traitements envers les aînés liés au genre.

2.1 Incidence et prévalence

Au Canada, il y a deux enquêtes principales qui mesurent l'étendue et les caractéristiques de la violence envers les aînés, soit l'Enquête sociale générale sur la victimisation (déclarations par les victimes) et le Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire (déclarations par la police). Alors que les deux enquêtes recueillent des données sur les infractions criminelles, aucune ne permet d'analyser complètement l'exploitation financière, la négligence ainsi que les mauvais traitements dans les établissements.

À moins d'indication contraire, cette section présente de l'information tirée du rapport de Statistique Canada intitulé *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2006*, qui fait la synthèse des résultats des deux enquêtes susmentionnées⁴³.

En 2004, 3 370 incidents de violence envers des Canadiens âgés de 65 ans et plus ont été déclarés aux services de police. Toutefois, les hommes étaient plus susceptibles d'être victimes de crimes commis par des étrangers (dans ces conditions, le crime dépasse la définition des mauvais traitements envers les aînés puisqu'ils ne se produisent pas dans « toute relation au sein de laquelle le sentiment de confiance est attendu »)⁴⁴.

Plus du quart (29 %) des cas déclarés de violence envers des aînés ont été commis par un membre de la famille. Les femmes âgées étaient plus susceptibles que les hommes âgés d'être victimes de violence familiale : quatre femmes sur dix (39 %) ont été maltraitées par un membre de la famille, comparativement à deux hommes sur dix (20 %). Les voies de faits simples (notamment pousser, frapper, gifler et menacer d'utiliser la force) représentaient 55 % des infractions commises par un membre de la famille.

Les différences entre les genres dans la prévalence des mauvais traitements liés à la famille sont restées stables au cours des cinq dernières années. En 2004, le taux de violence envers les femmes âgées (44 pour 100 000 habitants) était plus élevé de 22 % que le taux de violence envers les hommes âgés (36 pour 100 000 habitants). En 2000, la proportion déclarée était de 46 pour 100 000 habitants comparativement à 38 pour 100 000 habitants.

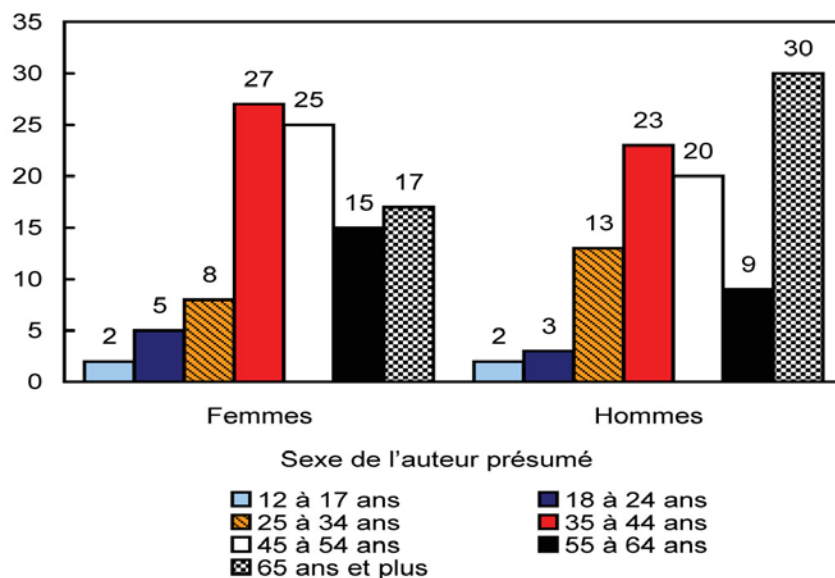
Les membres de la famille qui ont été accusés de violence envers une personne âgée étaient principalement des hommes (79 %). Ce fait se confirme même si les femmes sont plus susceptibles de prendre soin de façon non officielle d'aînés⁴⁵. Les agresseurs masculins étaient souvent âgés de 65 ans et plus (30 %), un chiffre qui contribue à l'observation que la violence à l'égard du conjoint constitue une part importante des cas de mauvais traitements envers les aînés.

Dans les situations familiales, les conjoints masculins et les enfants adultes étaient le plus souvent accusés de mauvais traitements envers les aînés. Plus du tiers des personnes accusées étaient des conjoints masculins (conjoints actuels et anciens conjoints) (36 %), suivi des enfants adultes masculins (34 %) et des membres masculins de la famille étendue (15 %), par exemple les frères et les oncles. L'âge moyen des conjoints accusés de maltraitance envers leur partenaire était de 66 ans, alors que l'âge moyen des enfants adultes accusés était de 40 ans. En revanche, les hommes âgés étaient souvent victimes de violence de la part de leurs enfants adultes (38 %), alors qu'une plus petite proportion était violentée par leur conjointe (22 %).

Plus les aînées avancent en âge, plus la proportion de conjoints auteurs de violence diminue. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les femmes vivent plus longtemps que leur conjoint. En outre, les conjoints n'ont peut-être plus la capacité physique de commettre des actes violents contre leur partenaire. En ce qui a trait aux hommes âgés, la proportion qui subit des actes de violence de la part de la conjointe diminue légèrement avec le vieillissement de la victime.

Près de 1 auteur de violence familiale de sexe masculin sur 3 est âgé de 65 ans et plus, 2004

% d'auteurs présumés par groupe d'âge



Notes : Les données ne sont pas représentatives à l'échelle nationale. Elles proviennent de 119 services de police, qui ont enregistré 53 % du volume national de la criminalité en 2004.

Source : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire de 2004.

Les données sur l'**exploitation financière** sont difficiles à trouver. En 1990, au cours de l'enquête téléphonique nationale dans le cadre de laquelle 2 000 aînés vivant à la maison ont été interrogés, Elizabeth Podnieks et ses collègues ont découvert que les hommes et les femmes vivant seuls subissaient de l'exploitation financière en nombre égal. L'auteur du délit pouvait être un membre de la famille éloignée ou n'avoir aucun lien familial⁴⁶.

Dans l'Enquête sociale générale de 1999, un taux plus élevé d'hommes âgés (9 %) que de femmes âgées (6 %) ont déclaré avoir été victimes d'exploitation financière (liée au vol de biens dans la maison) ou de violence psychologique de la part d'enfants adultes, de personnes soignantes ou de conjoints/conjointes⁴⁷.

En 2004, 50 personnes âgées ont été assassinées (23 hommes et 27 femmes). Les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes âgés d'être tuées par un membre de la famille. Parmi les homicides résolus entre 1994 et 2003, plus des deux tiers (67 %) des femmes âgées ont été tuées par un membre de la famille, généralement par le conjoint (29 %) ou par un fils adulte (24 %). En revanche, la moitié des hommes âgés (49 %) ont été tués par une connaissance ou un voisin. Parmi les 31 % d'hommes âgés qui ont été assassinés par un membre de la famille, près de la moitié l'ont été par leur fils⁴⁸.

De 1994 à 2003, la plupart des aînés assassinés dans une situation familiale l'ont été à la suite d'une escalade dans les querelles et les disputes (29 %). La frustration, la colère ou le désespoir représentaient la cause de 26 % des homicides. Les services de police ont révélé un historique de violence familiale dans 32 % des assassinats liés à la famille perpétrés contre des aînés⁴⁹.

L'auteure n'a pas été en mesure de trouver de l'information précise sur les mauvais traitements envers les aînés chez les **gais**, les **lesbiennes** et les **transgenres**. Toutefois, la connaissance de l'orientation sexuelle peut être facilement utilisée pour intimider, harceler, humilier ou gêner un aîné qui vit dans un établissement de soins de longue durée⁵⁰.

Le nombre d'études sur la **violence sexuelle** à l'égard des aînés est limité. Celles qui existent montrent que les prédateurs dans la collectivité sont principalement des membres masculins de la famille. De plus, ils occupent une tranche d'âge qui va de l'adolescence à la vieillesse. Les caractéristiques des agresseurs sexuels comprennent la maladie mentale, l'abus d'alcool et d'autres drogues, la déviance sexuelle et les attitudes paternalistes à l'égard des conjointes qui sont considérées comme une propriété⁵¹.

L'enquête nationale américaine sur la violence sexuelle chez les adultes âgés de 18 ans et plus dans les établissements de soins a montré que dans 29 % des cas, les victimes étaient âgées de plus de 60 ans. Parmi ces cas :

- la grande majorité des prédateurs sexuels confirmés était des hommes (88 %);
- la majorité (77 %) des agresseurs sexuels étaient âgés de 60 ans et plus, de race blanche et résidaient dans l'établissement;
- seulement deux des 46 employés qui ont été accusés ont été confirmés comme des prédateurs sexuels; le premier était un homme de race blanche âgé de 30 ans et le second était une femme de race blanche âgée de 32 ans;
- cinq visiteurs de l'établissement (des membres de famille masculins) ont été accusés, mais l'agression n'a pas été confirmée après l'enquête;
- les victimes confirmées de violence sexuelle étaient âgées de 63 à 95 ans (l'âge moyen est de 82 ans); six étaient des hommes et 26 étaient des femmes;
- les victimes étaient sensiblement vulnérables : 64 % d'entre elles souffraient de démence, seulement un tiers avaient la possibilité de marcher sans assistance et plus de la moitié avaient de la difficulté à communiquer⁵².

Mauvais traitements envers les aînés chez les Métis, les Premières Nations et les Inuits

Dans cette section, les termes *autochtone* et *indigène* renvoient aux Canadiens qui appartiennent aux groupes des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Il y a peu de données statistiques sur l'incidence et la prévalence des mauvais traitements envers les aînés au sein de la population autochtone. Selon une étude réalisée en 1997, plus de la moitié des femmes âgées autochtones avaient été ou étaient victimes de plus d'un type de violence⁵³, mais il est difficile de déterminer si la maltraitance s'est déroulée dans le passé ou si elle est le résultat de circonstances actuelles.

Globalement, le taux de violence conjugale envers les femmes autochtones reste plus de trois fois supérieur à celui concernant les femmes et les hommes non autochtones. Les femmes autochtones sont aussi plus susceptibles que les femmes non autochtones de déclarer les formes de violence les plus sévères et qui constituent potentiellement un danger de mort⁵⁴.

L'expérience de la colonisation, les sentiments de dépréciation parmi la population autochtone, la destruction des modes de vie traditionnels et les antécédents de maltraitance dans les pensionnats peuvent contribuer à accroître le risque de violence et de mauvais traitements⁵⁵. Un grand nombre d'aînés autochtones sont aux prises avec des effets durables de la violence physique, sexuelle et psychologique subie dans les pensionnats. Ils ont en outre été privés d'exemples de rôles parentaux positifs⁵⁶. Cette situation peut contribuer aux taux élevés de violence dans les collectivités autochtones, toutes générations confondues⁵⁷.

D'autres facteurs qui peuvent augmenter le risque de maltraitance chez les aînés autochtones comprennent les taux élevés de dépendance à un plus jeune âge en raison d'une santé déficiente,

de l'éclatement de la famille, des conditions de vie en dessous des normes, par exemple un logement surpeuplé, la pauvreté ainsi que l'absence de services sociaux et de santé⁵⁸.

Mauvais traitements envers les aînés chez les immigrants et les réfugiés

Présentement, on ne dispose pas de données probantes pour confirmer si les facteurs de risque de mauvais traitements envers les aînés changent en fonction de l'ethnicité, la race et la culture d'un groupe ou d'une communauté en particulier⁵⁹. L'auteure n'a pas été en mesure de trouver des données liées à l'âge, aux mauvais traitements et au genre dans les résultats d'enquêtes publiées sur les expériences des aînés immigrés ou réfugiés au Canada. Toutefois, certains ou l'ensemble des facteurs énumérés ci-après peuvent contribuer soit à augmenter les risques de maltraitance envers les aînés soit à les diminuer.

- Les aînés récemment immigrés sont plus susceptibles que les immigrants établis depuis longtemps d'avoir besoin d'aide avec des tâches quotidiennes, par exemple cuisiner, faire des courses et s'occuper de ses finances personnelles⁶⁰.
- Selon le recensement de 2001, parmi les femmes immigrantes âgées de 65 ans et plus qui vivaient seules et qui étaient arrivées au Canada après 1990, 71 % avaient un faible revenu (comparativement à 42 % des femmes âgées nées au Canada qui vivaient seules et à 58 % des hommes immigrants âgés).
- En 2003, les aînés immigrants n'étaient pas plus susceptibles que les aînés non immigrants de se déclarer victimes d'un crime au cours de l'année précédente (près de 10 %)⁶¹.

Certaines études ont souligné que l'isolement psychologique vécu par les femmes immigrantes et réfugiées pouvait être un facteur important de la maltraitance. L'isolement peut être plus grand pour les femmes âgées qui n'ont pas leur citoyenneté canadienne. Elles peuvent conséquemment être très dépendantes de leur conjoint et de leurs enfants. De plus, les lois canadiennes peuvent être très différentes de celles de leur pays d'origine⁶².

Des groupes témoins composés de femmes maltraitées qui ne parlaient ni l'anglais ni le français ont montré que les femmes âgées dans la cinquantaine et la soixantaine étaient les plus désespérées. Beaucoup de ces femmes avaient aussi des problèmes de santé engendrés par la violence subie pendant des années. Par conséquent, la vie quotidienne leur est difficile, et les limites imposées par leurs problèmes de santé aggravent leur isolement et leur désespoir. Même les femmes qui sont essentiellement séparées de leur conjoint vivent encore dans la même maison soit parce qu'elles ne peuvent pas se permettre financièrement de déménager, ne veulent pas quitter la maison durement acquise ou soit parce qu'elles se sentiraient encore plus isolées à l'extérieur de leur communauté linguistique⁶³.

Mauvais traitements envers les aînés dans les établissements

La plupart des publications, dont *Les mauvais traitements à l'égard des aînés en établissement* du Centre national d'information sur la violence dans la famille, ne renferment pas de données sur les différences en ce qui a trait au genre et à la diversité au chapitre des mauvais traitements envers les aînés dans les établissements.

Les études menées auprès des professionnels de la santé ont montré que les mauvais traitements envers les aînés constituaient un problème dans les établissements. Toutefois, elles ne fournissent pas beaucoup d'information sur les aspects liés au genre. Une enquête réalisée auprès de 1 027 infirmières de l'Ontario a révélé que 42 % de ces dernières avaient été témoins d'au moins un incident de violence à l'égard d'un aîné dans les trois dernières années et que 9 % avaient entendu parler d'un incident. Les infirmières ont signalé de la maltraitance envers les aînés dans tous les milieux, soit dans les hôpitaux, la collectivité, les établissements de soins de longue durée et les institutions psychiatriques. Parmi les déclarations, 61 % des victimes étaient des femmes, 67 % étaient âgées de 65 ans et plus, 73 % étaient en situation de stress et 52 % prenaient des médicaments ou étaient désorientées⁶⁴.

De plus en plus, les aînés les plus âgés de la société canadienne sont les plus susceptibles de vivre dans des établissements de soins de longue durée, la majorité étant des femmes. En moyenne, les femmes vivent plus longtemps que les hommes et par conséquent elles sont plus susceptibles d'être veuves, et elles peuvent donc manquer de soutien pour vivre dans la collectivité. En 1996, près de 40 % de toutes les femmes de 85 ans et plus vivaient dans un établissement, comparativement à un quart (24 %) de tous les hommes de 85 ans et plus. Même en dessous de cet âge, il y a beaucoup plus de femmes âgées que d'hommes âgés qui vivent dans des établissements de soins de longue durée⁶⁵.

D'après certaines études, les aînés les plus fragiles sont les plus vulnérables à être victimes de mauvais traitements dans les établissements. Ils ont manifestement une plus grande dépendance par rapport à leurs soins. En outre, le personnel peut avoir de la difficulté à établir des relations avec eux. De plus, les aînés peuvent ne pas être en mesure de se défendre contre des résidents violents. D'autres études ont cependant conclu le contraire, soit que les aînés les plus actifs dans les établissements (conséquemment les moins « obéissants ») courent un plus grand risque de subir de la violence⁶⁶.

2.2 Caractéristiques des victimes et des auteurs de mauvais traitements

Les études ont montré que les caractéristiques des victimes âgées comprenant une tendance à la cohabitation, à la dépression, à l'isolement social et à la fragilité de la santé⁶⁷. Toutes ces caractéristiques pourraient s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

Quant aux agresseurs, ils ont tendance à être de sexe masculin, le conjoint ou l'enfant adulte de la personne maltraitée, à consommer de l'alcool de façon excessive, à avoir un lien de dépendance à l'égard de la victime et à cohabiter avec celle-ci, à faire preuve de dogmatisme et de rigidité dans les soins, à avoir une perception de l'aîné qui se détériore, à avoir des antécédents de comportements déviants et à éprouver un stress élevé dû à des facteurs externes au cours de l'année précédente.

Selon certaines études, les hommes et les femmes ont des réactions différentes lorsqu'ils ressentent de la colère et de la frustration. Les hommes ont recours plus souvent à violence physique sous toutes ses formes pour se vider de leurs émotions alors que les femmes utilisent plus fréquemment la violence verbale et psychologique. Il est difficile de déterminer si ce sont les caractéristiques biologiques ou les attentes culturelles qui expliquent principalement ces différences⁶⁸.

En revanche, les victimes d'exploitation financière ont tendance à être célibataires (elles peuvent être veuves, divorcées ou n'avoir jamais été mariées); elles sont un peu plus fréquemment des hommes, ont peu de confidents et sont limitées dans leurs activités en raison de problèmes de santé ou de dépression. Les auteurs d'exploitation financière sont souvent plus jeunes, sont des membres de la famille éloignée qui ont des problèmes émotionnels et de la difficulté à fonctionner de façon autonome, et ils peuvent dépendre financièrement de leur victime⁶⁹.

La violence envers un conjoint touche tous les groupes sociodémographiques. Toutefois, certains segments de la population sont plus vulnérables, soit les personnes jeunes, qui vivent dans une relation de conjoint de fait, qui sont en relation depuis trois ans et moins, qui sont d'origine autochtone et dont le partenaire est un buveur excessif fréquent⁷⁰.

Certaines études montrent que l'*abus d'alcool ou d'autres drogues* chez les hommes est souvent lié à la violence physique tandis que chez les femmes, il peut être lié à la violence physique et sexuelle⁷¹.

Les études révèlent systématiquement que la grande majorité des auteurs de violence sexuelle à l'endroit des femmes âgées, tant dans la collectivité que dans les établissements, sont des hommes. Dans les établissements, les résidents et les employés ont un accès facile à leurs victimes.

Bien que les femmes soient beaucoup plus susceptibles que les hommes de subir de la violence sexuelle. Le fait qu'il a été démontré que les femmes peuvent être l'auteure d'infractions sexuelles dans les établissements de soins de longue durée met en évidence l'importance de protéger à la fois les hommes et les femmes des agresseurs sexuels.

2.3 Effets sur la santé

En 2004, un tiers des aînés victimes de violence par un membre de la famille ont souffert d'une blessure mineure (33 %). Les blessures légères nécessitent des premiers soins, mais pas de traitement médical professionnel. Des blessures graves (qui nécessitent une aide médicale) ont été infligées à 3 % des victimes. Les femmes étaient légèrement plus susceptibles que les hommes de subir une forme de blessure (respectivement 41 % et 37 %) ⁷².

Les études sur la violence envers les femmes de tous âges révèlent que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer des mauvais traitements plus graves. Elles sont aussi plus susceptibles que les hommes d'être blessées à la suite d'une dispute violente en raison de leur constitution physique et du risque plus élevé de fracture à la suite d'une chute. Parmi les femmes victimes de violence, les femmes âgées (32,5 %) sont beaucoup plus susceptibles que les femmes plus jeunes (18 %) d'utiliser des médicaments ⁷³. Toutefois, cette donnée se confirme aussi chez les femmes qui ne sont pas exposées à la violence.

Les mauvais traitements envers les aînés ont de nombreuses conséquences douloureuses tant chez les hommes que chez les femmes sur les plans psychologique, affectif et social. Des recherches plus poussées sont nécessaires afin de caractériser ces effets et comment ils se manifestent parmi les sexes et parmi diverses populations.

2.4 Féminisation du vieillissement et de la prestation de soins

En 2005, les femmes représentaient 52 % des Canadiens âgés de 65 à 69 ans. Par ailleurs, 75 % de toutes les personnes âgées de 90 ans et plus étaient des femmes. En 2056, on pense que les hommes représenteront 46 % des personnes âgées de 80 à 84 ans ⁷⁴.

Plus de femmes que d'hommes sont des soignants. Les filles sont trois fois plus susceptibles que les fils de fournir à des parents âgés des soins personnels ⁷⁵.

Aidants membres de la famille

En 1960, parmi les femmes canadiennes de plus de 50 ans, 16 % avait un parent encore en vie. On pense que ce nombre s'élèvera à 60 % en 2010. Conséquemment, les aidants membres de la famille deviennent plus âgés et leurs parents vivent plus longtemps ⁷⁶.

En 2007, la plupart des soins aux aînés dans la collectivité (75 %) étaient fournis par des personnes âgées de 45 à 64 ans. Près de 6 aidants sur 10 étaient des femmes (57 %) et 43 % étaient des hommes ⁷⁷.

Il importe de noter que les soins fournis aux hommes âgés peuvent être sous-déclarés puisque le rôle d'aidant est souvent assumé par leur conjointe, qui la plupart du temps, ne se déclare pas comme aidante⁷⁸. Selon la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, trois aidants naturels sur quatre sont des femmes âgées de 50 à 65 ans, et 10 % sont âgées de plus de 75 ans⁷⁹.

Les deux tiers des aidants canadiens non rémunérés travaillent à l'extérieur du domicile. Vingt pour cent de ces aidants ont déclaré en avoir souffert des conséquences sur le plan de la santé et 40 % ont dû engager des dépenses personnelles⁸⁰. Les aidantes qui ont un emploi sont plus susceptibles que les aidants de faire des changements liés à leur travail⁸¹.

Les aidants se retrouvent dans toutes les couches de revenu. Toutefois, selon les informations disponibles, les familles qui fournissent des soins ont des revenus inférieurs à la moyenne nationale⁸².

Aidants rémunérés

Selon certains rapports, le stress a augmenté chez les aidants rémunérés au cours des dernières années. Le nombre de clients augmente et les types de soins se multiplient, ce qui signifie que le personnel doit composer avec des maladies et des troubles médicaux plus graves et avec des handicaps plus sévères. Les travailleurs des foyers de soins personnels font face à des risques accrus de blessure, de harcèlement et d'agression de la part des clients⁸³.

On compte 95 % de femmes parmi les travailleurs des foyers de soins personnels et, dans une mesure disproportionnée, ce sont des femmes de couleur, des femmes autochtones ou des femmes immigrantes. Un nombre croissant d'entre elles sont des infirmières diplômées et expérimentées qui ont immigré d'autres pays comme domestiques à faible revenu⁸⁴.

Les aidants à domicile rémunérés, par exemple les infirmières professionnelles, travaillent au sein d'une hiérarchie qui repose sur le pouvoir lié à leur formation et leur situation d'emploi. Toutefois, les infirmières se voient parfois impuissantes dans le contexte des soins à domicile, où le client est en position d'autorité. Pour les clients, être en mesure de contrôler son propre environnement est souvent une source de pouvoir, mais ce pouvoir est souvent étouffé par le sentiment d'impuissance ressenti devant les infirmières. Selon Oudshoorn, Ward-Griffin et McWilliam, les infirmières disposées à examiner et à modifier ces aspects qui entravent la relation client-infirmière, notamment une hiérarchie malfaisante, réussiront finalement à promouvoir la santé des clients dans les soins palliatifs à domicile⁸⁵.

Les soins en établissements comme les maisons de soins infirmiers sont aussi principalement fournis par des femmes. Les travailleurs font face à une pression croissante puisqu'ils doivent

prendre soin d'un plus grand nombre de personnes parmi lesquelles beaucoup souffrent de troubles de santé sérieux, par exemple la démence⁸⁶.

Le transfert de responsabilités et la dévalorisation des soins semblent suivre deux voies axées sur le genre, soit une hiérarchie professionnelle fondée sur le sexe et un transfert des services payés à une aide familiale non rémunérée, sur la base du sexe. Que le stress vécu par l'aidant soit un facteur direct ou non des mauvais traitements envers les aînés, le transfert de responsabilités peut compromettre sérieusement la santé à la fois de l'aidant et de la personne qui reçoit les soins. Lorsqu'une femme de 70 ans devient la principale ressource de sa mère fragile et malade, la santé des deux femmes est à risque. Cette situation démontre la pertinence des ressources quant à la nature des expériences et à la santé des femmes qui doivent fournir des soins à des membres de leur famille⁸⁷.

2.5 Facteurs pouvant précipiter ou empêcher les mauvais traitements envers les aînés

La documentation actuelle expose quelques facteurs courants qui contribuent aux mauvais traitements envers les aînés, quoique certains d'entre eux demeurent contestés parmi les experts et les chercheurs du domaine. Les uns sont des facteurs interpersonnels, d'autres comptent parmi les grands déterminants sociaux de la santé. Dans la présente section, il est question des aspects de disparité entre les sexes dans ces facteurs que l'auteure a pu trouver.

Âgisme

L'âgisme est présent au Canada et dans de nombreuses autres sociétés. La mode courante consiste à rationaliser ou à ne pas prendre en considération les problèmes sociaux individuels et plus généraux auxquels sont confrontées les personnes âgées. Les mauvais traitements et la victimisation aux mains des membres de la famille, du personnel des foyers ou encore des personnes en position d'autorité peuvent être qualifiés « d'événements rares ». L'âgisme se manifeste, par exemple, lorsqu'une personne en position d'autorité ne croit pas les propos d'une personne âgée ou ne considère pas que les torts qui lui sont causés soient graves. Les aînés peuvent voir leur crédibilité remise en question en raison de suppositions quant à la fiabilité de leurs souvenirs. La Commission ontarienne des droits de la personne observe que les mauvais traitements infligés aux aînés le sont en grande partie en raison des attitudes négatives envers les personnes âgées ou de leur vulnérabilité sur le plan économique ou social. L'âgisme se reflète dans une politique sociale qui prétend que toutes les familles ont la volonté, le potentiel et l'habileté de fournir des soins à leurs parents âgés, même si, en réalité, certaines de ces relations peuvent être tendues dès le début et devenir teintées de violence⁸⁸.

Maladies chroniques, incapacités, dépendance et discrimination à l'égard des personnes ayant une incapacité

Certains chercheurs affirment que les déficiences cognitives et les maladies physiques chroniques, ajoutées au besoin de recevoir davantage de soins, exposent les personnes âgées à un risque plus élevé de subir des mauvais traitements et de la violence⁸⁹. Les aînés les plus âgés (80 ans ou plus) – qui sont pour la plupart des femmes – sont les plus susceptibles d'être atteints de ces maladies et des incapacités qui s'y rattachent.

En 2007, les hommes et les femmes âgés désignés comme bénéficiaires principaux par les aidants lors de l'Enquête sociale générale (ESG) étaient davantage susceptibles de recevoir des soins en raison d'un « problème strictement physique ». Ce pourcentage diminuait avec l'âge étant donné que davantage de bénéficiaires avaient également des problèmes de santé mentale⁹⁰.

Environ la moitié des Canadiens atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences vit dans la collectivité; l'autre moitié vit dans des établissements. La prévalence de la démence est directement liée à l'âge et grimpe à plus de 34 % chez les personnes âgées de plus de 85 ans. À l'heure actuelle, ce groupe d'âge compte beaucoup plus de femmes que d'hommes. En raison du vieillissement de la population et de la cohorte de baby-boomers au Canada, le nombre absolu de personnes atteintes de démence – tant chez les hommes que chez les femmes – augmentera de manière spectaculaire au cours des deux prochaines décennies⁹¹.

À cause de la nature progressivement débiliteuse de la maladie, les soignants des personnes atteintes d'Alzheimer ou des démences qui y sont liées sont confrontés à des difficultés particulières. Le fardeau de la prestation des soins physiques croît avec le temps et bon nombre de soignants déclarent être pratiquement sur appel 24 heures par jour. Habituellement, un grand sentiment de vide est ressenti, qui est souvent lié à la dépression autant chez les soignants que chez les soignés⁹².

On estime que 57 à 67 % des patients atteints de démence manifestent une forme quelconque de comportements agressifs. Par conséquent, la prise de mesures à l'égard de la violence faite aux soignants – et la réaction de riposte – est un aspect important de ces situations⁹³.

On estime que les femmes ayant des incapacités (tous âges confondus) ont de 1,5 à 10 fois plus de chances d'être victimes de mauvais traitements que les femmes qui n'ont pas d'incapacités, selon qu'elles vivent dans la collectivité ou en établissement⁹⁴. Les femmes ayant des incapacités sont vulnérables à tous les stades de leur vie parce qu'elles sont des femmes et parce qu'elles ont une incapacité. Le fait de vieillir augmente leurs chances de se retrouver avec une limitation fonctionnelle, ce qui peut accroître la probabilité qu'elles soient victimes de mauvais traitements⁹⁵.

Les hommes et les femmes âgés ayant des incapacités doivent souvent dépendre de diverses personnes pour recevoir de l'aide afin de vivre au quotidien. Ce grand nombre d'aidants et le contact intime sur les plans physique et émotionnel engendré par les soins qu'ils fournissent augmentent grandement le risque de mauvais traitements à l'égard des personnes ayant des incapacités⁹⁶.

Les personnes qui vivent dans des milieux institutionnels et qui sont gravement handicapées sont peut-être les plus vulnérables aux mauvais traitements, car elles ont une plus grande dépendance et il leur est moins possible de s'échapper. Une incapacité peut certes faire en sorte qu'il soit plus difficile pour un homme ou une femme d'échapper aux mauvais traitements ou de les signaler, mais les attitudes sociales à l'égard des personnes handicapées peuvent constituer un facteur plus important quant à leur vulnérabilité accrue à la violence⁹⁷.

La « discrimination à l'égard des personnes ayant une incapacité » est fondée sur une hiérarchie des capacités construite selon le modèle médical des incapacités dans lequel on attribue aux personnes un ordre dans la hiérarchie en fonction de facteurs biologiques et du fonctionnement par rapport à ce qui est considéré comme normal. Le cadre impartial (BIAS FREE Framework) décrit au chapitre 3 du présent rapport remet en question la hiérarchie des capacités en contestant les concepts, les systèmes et les pratiques qui ont contribué à la discrimination et à l'exclusion des personnes handicapées⁹⁸.

La dépendance est une caractéristique des victimes comme des auteurs de la maltraitance envers les aînés. Dans le cas des victimes, la dépendance physique et cognitive peut accroître le risque de mauvais traitements. Les soignants qui infligent des mauvais traitements peuvent aussi être dépendants (p. ex., dépendance économique à l'égard de la victime) surtout s'ils sont toxicomanes, s'ils ont des compétences limitées ou s'ils ont un déficit intellectuel qui restreint leur admissibilité à un emploi rémunéré ou plus lucratif. Les documents examinés dans le cadre de la présente analyse ne fournissent pas d'information sur les aspects de la disparité selon le genre ou la diversité en ce qui concerne la dépendance.

Stress des soignants

Les tentatives pour expliquer les mauvais traitements envers les aînés ont souvent montré du doigt la nature stressante du rôle de personne soignante, qui est joué de manière prédominante par des femmes. Bien que certains agresseurs puissent avoir une capacité inadéquate à gérer leur stress, ce modèle a été critiqué en ce qu'il n'expliquait pas l'absence de mauvais traitements dans la plupart des rapports d'aide⁹⁹.

Certains chercheurs ont avancé que les personnes qui maltraitent les aînés peuvent avoir appris ce comportement soit en tant que témoins, soit parce qu'elles ont été elles-mêmes victimes de

mauvais traitements. Par exemple, les enfants adultes qui font subir des mauvais traitements à leurs parents peuvent avoir appris ce comportement de leurs parents. Cependant, les personnes soignantes ayant subi des mauvais traitements dans leur enfance ne sont pas toutes susceptibles de reproduire ce comportement à l'égard des aînés¹⁰⁰.

Les théories axées sur le stress des soignants reflètent le fait que la violence à l'égard des aînés a été définie et conceptualisée majoritairement par des professionnels qui s'occupent de populations fragiles et vulnérables. Les questions de disparité entre les genres deviennent souvent embrouillées. L'accent mis sur l'aspect des « soins » fixe l'attention sur la vulnérabilité liée à l'âge plutôt que sur le contexte de la violence familiale ou les contextes plus larges du sexisme et de l'âgisme – la discrimination et la stigmatisation des personnes âgées¹⁰¹. D'après Woolf, il faut faire preuve de plus de rigueur en ce qui a trait au langage utilisé afin de mettre au clair ce qui est entendu par les mots « soins » et « vulnérabilité »; le mot « soignant » ne doit pas être employé comme euphémisme d'agresseur et il ne faut pas confondre « prestation de soins » avec corésidence¹⁰².

Statut socioéconomique

L'auteure du présent document n'a pas été en mesure de trouver des renseignements qui relient le sexe, l'âge et le statut socioéconomique. Il est nécessaire de combler ce manque dans nos connaissances. Selon une analyse de l'Enquête sociale générale de 1999, le revenu ne constituait pas un facteur permettant de prédire les mauvais traitements envers les aînés¹⁰³. Cette analyse a montré que l'exploitation financière et la violence psychologique à l'égard des aînés se produisaient dans tous les groupes socioéconomiques et que les caractéristiques associées aux taux les plus élevés d'exploitation financière et de violence psychologique ne montraient aucune tendance claire. Ces caractéristiques comprenaient le fait d'être divorcé ou séparé, d'avoir un revenu de 30 000 à 39 999 \$ ou de 60 000 \$ ou plus, d'avoir une formation postsecondaire et d'habiter dans une région rurale¹⁰⁴. Quelques études menées aux États-Unis montrent que des taux plus élevés de signalement de la violence à l'égard des aînés sont associés à un statut socioéconomique inférieur chez la population âgée, mais il est difficile de savoir si cela est lié à une sous-déclaration chez les groupes de statut socioéconomique plus élevé et à d'autres facteurs confusionnels¹⁰⁵.

Certains auteurs affirment que les conditions de vie associées à un faible revenu, comme un logement surpeuplé, peuvent aggraver les problèmes dans les relations interpersonnelles¹⁰⁶ et qu'il se peut que les agresseurs aient un faible revenu et soient dépendants de la victime sur le plan financier.

Les femmes peuvent perdre leur statut financier après un divorce, et les femmes âgées divorcées sont plus susceptibles d'être pauvres que les veuves quand elles n'ont pas accès aux prestations

de retraite ou aux biens d'un mari décédé¹⁰⁷. Cela peut vouloir dire qu'il leur est moins possible de se sortir d'une situation de violence ou de signaler ce genre de situation si elles n'ont pas les ressources nécessaires pour vivre seules.

Relations rompues

Stratton et Moore¹⁰⁸ explorent les dynamiques des « relations rompues » et constatent de nombreuses tendances qui pourraient accroître les risques qu'un homme âgé soit négligé par ses enfants adultes lorsque son besoin de soutien augmente. Il semble que les relations rompues découlent de la distance émotionnelle ou de la sévérité du père pendant la petite enfance de ses enfants, d'une incompatibilité de caractères ou de conflits dans lesquels le père critique l'enfant adulte ou dans lesquels l'enfant n'est pas prêt à accepter le fait que le père veuf entreprenne une nouvelle union.

Bien que de nombreux hommes aient des relations très positives avec les membres de leur famille et que les auteurs fassent attention de ne pas adapter un modèle de déficit à l'ensemble des hommes âgés, ils signalent plusieurs habitudes qui ont le potentiel d'accroître les ruptures de relations, notamment :

- *Ne pas entretenir de liens avec la famille.* Les femmes sont plus susceptibles de rester en contact avec les membres de leur famille et d'organiser des activités familiales et il est plus probable qu'elles aient un sentiment de devoir filial que les hommes^{109,110}. Lawton a constaté que les relations entre le père et ses enfants à des stades plus avancés de la vie ont tendance à exister davantage par obligation que par affection¹¹¹.
- *Réduction de l'importance des événements par les hommes.* Les autoévaluations peuvent refléter la tendance qu'ont les hommes à minimiser les blessures et la portée émotionnelle des événements en raison de la culture de la masculinité qui met en évidence les attentes culturelles voulant que les hommes soient forts et en maîtrise de la situation¹¹². Boxer, Cook et Cohler ont constaté que les grands-pères idéalisent leurs relations et perçoivent moins de conflits avec leurs fils et petits-fils que ce qui est perçu par ces derniers¹¹³.
- *Ne pas chercher de l'aide.* Les hommes et les femmes ont en commun certains comportements d'adaptation lorsqu'ils vivent un traumatisme, mais il y a également quelques différences notables. Les femmes sont plus susceptibles d'aller chercher de l'aide professionnelle, tandis que les hommes sont plus susceptibles de tenter de se soigner par eux-mêmes avec de l'alcool ou de commettre de l'auto-violence, ce qui inclut le suicide^{114,115}.
- *Ne pas essayer de rebâtir les relations rompues.* Encore une fois, une tendance à éviter l'expressivité peut empêcher les hommes de tenter de rebâtir leurs relations. Le plus préoccupant est l'incapacité des hommes de faire face à la perte d'une épouse et de vivre les émotions associées au deuil. Lorsqu'une perte importante ne peut être confrontée, la rupture de relations qui s'ensuit ne peut alors pas être comprise et réglée¹¹⁶.

Vivre seul ou vivre avec quelqu'un

Les personnes âgées sont plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements de la part de ceux avec qui elles habitent; celles qui vivent seules sont peut-être plus susceptibles de subir de la négligence. En 2004, la majorité des agressions familiales signalées à la police ont eu lieu à domicile, et la victime et l'accusé vivaient souvent sous le même toit. Environ huit personnes âgées sur dix qui ont été victimes d'une agression par un de leurs enfants adultes vivaient avec l'assaillant¹¹⁷.

Par contre, l'Enquête sociale générale de 2004 a montré que le taux global de victimisation dans les foyers multigénérationnels où vivent des enfants de moins de 15 ans et des personnes âgées était trois fois inférieur à celui des foyers où il y a des enfants, mais pas de personnes âgées. Cela porte à croire que la présence de membres de la génération plus âgée peut agir comme facteur de protection contre la victimisation avec violence en général. C'est probablement plus souvent le cas lorsque les aînés plus jeunes jouent un rôle actif et de soutien dans le fonctionnement quotidien de la maison par opposition à un rôle de dépendance¹¹⁸.

Les veufs plus âgés sont plus susceptibles de se remarier que les veuves. Les remariages tardifs peuvent avoir pour conséquence que les enfants se sentent aliénés, peïnés, « amputés » financièrement et incertains de leurs responsabilités en matière de prestation de soins dans le cadre de cette nouvelle relation¹¹⁹.

Les études montrent que les relations entre le père et ses enfants se détériorent davantage après un divorce que les relations entre la mère et ses enfants, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur les rapports des pères avec leur progéniture adulte et sur leurs perceptions de leurs enfants adultes en tant que sources potentielles d'aide lorsqu'ils sont dans le besoin¹²⁰. Aussi, le divorce des parents à un âge avancé semble affaiblir le sentiment d'obligation des enfants de soutenir leurs parents, tandis que le veuvage semble le renforcer¹²¹.

2.6 Dépistage et diagnostic

Le dépistage universel signifie que tout le monde est évalué; le dépistage sélectif ne s'applique qu'à ceux qui répondent à des critères précis. En 2003, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a affirmé qu'il n'y avait pas suffisamment de données probantes pour émettre des recommandations pour ou contre le dépistage universel systématique des cas de violence à l'égard des femmes¹²². En 2004, le United States Preventive Services Task Force a fait savoir qu'il n'avait pas pu trouver suffisamment de données probantes pour déterminer l'importance relative des bienfaits et des torts découlant du dépistage des cas de violence familiale et entre partenaires intimes à l'égard des enfants, des femmes et des personnes âgées et, par conséquent, n'a émis aucune recommandation en faveur ou à l'encontre du dépistage¹²³.

Depuis, un débat s'est ensuivi parmi les professionnels de la santé en ce qui concerne le dépistage des cas de violence familiale, y compris de mauvais traitements envers les aînés¹²⁴. Les agents de soins de santé primaires sont dans une position idéale pour reconnaître, gérer et aider à prévenir les mauvais traitements envers les aînés et la négligence. Les adultes âgés victimes de violence peuvent chercher à obtenir de l'aide professionnelle pour différentes raisons. Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de dépression; les hommes âgés peuvent également être en deuil ou avoir des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Lorsqu'un homme ou une femme âgé(e) cherche à se faire traiter pour un problème de santé mentale, il peut être nécessaire d'inclure les traumatismes antérieurs et actuels dans les solutions¹²⁵.

Bien que plusieurs instruments de dépistage et d'évaluation pratiques aient été mis au point, une évaluation de ces instruments sous l'angle des disparités entre les sexes et de la diversité dépasse le cadre du présent document.

Des études montrent que la plupart des femmes (y compris les femmes âgées) considèrent le dépistage des cas de violence comme acceptable s'il est effectué de manière systématique, sensible et confidentielle¹²⁶.

Il est recommandé que l'accent soit davantage mis sur la prévention et la gestion des mauvais traitements envers les aînés grâce à une formation axée sur les compétences qui intègre des aspects liés aux deux sexes et des approches communautaires interdisciplinaires¹²⁷.

2.7 Programmes et interventions

Les critiques des interventions liées à la violence familiale à l'égard des femmes âgées affirment que ni les services de lutte contre la violence à l'égard des aînés, ni les services de lutte contre la violence familiale ne fournissent ce qui est nécessaire et que les femmes âgées passent entre les mailles du filet de sécurité pour cette raison¹²⁸.

Au Canada, les refuges d'urgence constituent la première ligne de défense des femmes et enfants qui vivent des situations de violence familiale. Les refuges fonctionnent à partir du principe de base selon lequel des femmes aident d'autres femmes¹²⁹. En plus d'offrir un endroit sûr où habiter, les refuges pour femmes battues offrent toute une gamme de services, de programmes et d'activités d'approche communautaire, notamment des groupes de soutien et des services de consultation, d'avis juridiques, de défense, d'aiguillage et d'accompagnement.

Des études ont montré qu'il y a de nombreux obstacles à l'utilisation des refuges par les femmes âgées¹³⁰: bon nombre de celles-ci ne sont pas au courant des ressources existantes en ce qui a trait à la violence familiale, et si elles le sont, bon nombre d'entre elles croient que ces ressources

n'offrent pas de services aux femmes âgées; la plupart des refuges pour femmes battues n'offrent pas de ressources ou de programmes particulièrement adaptés aux femmes âgées, et la plupart ne sont également pas accessibles aux femmes ayant des incapacités; et, les professionnels et les employés des refuges n'ont probablement aucune formation sur les besoins en matière de soutien et sur les approches féministes de travailler avec des femmes âgées.

Le nombre de refuges d'urgence pour les hommes âgés au Canada est limité et leur mise en place constitue une reconnaissance directe du fait que les maisons d'hébergement traditionnelles ne répondent pas aux besoins des hommes victimes de violence. De plus, les attentes sociétales et auto-imposées concernant le comportement des hommes peuvent avoir une incidence négative sur la capacité des hommes âgés d'aller chercher de l'aide.

Selon les quelques études portant sur les interventions auprès des femmes âgées victimes de violence familiale, les groupes de soutien destinés en particulier aux femmes âgées constituent une source importante de soutien par les pairs, de validation et d'entraide¹³¹, et les travailleurs doivent parler d'autonomisation et de choix dans un langage qu'elles comprennent¹³².

Les traitements en groupe s'avèrent également un modèle de traitement efficace pour les hommes¹³³. Un examen des résultats cliniques de la thérapie individuelle à court terme chez les hommes par rapport aux femmes a confirmé que ces dernières obtenaient de meilleurs résultats dans les thérapies de soutien caractérisées par l'empathie, l'appartenance et l'expression affective. Les hommes ont plutôt tendance à obtenir de meilleurs résultats grâce à des techniques d'interprétation et de narration qui permettent de garder une distance émotionnelle et son indépendance¹³⁴.

Les services de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés englobent des services de protection pour adultes et du soutien de la part du secteur de la santé et des services sociaux. Dans le cas de ce dernier, une approche d'équipe et un modèle de gestion des cas sont souvent utilisés et fournissent un moyen de répondre aux besoins complexes et multidimensionnels des personnes âgées victimes de maltraitance¹³⁵. Il se peut donc que les cas de violence familiale ne soient pas relevés, car les professionnels mettent l'accent sur la santé et les problèmes des soignants plutôt que de porter attention aux dynamiques de pouvoir et d'emprise dans les relations des couples de personnes âgées¹³⁶. Lorsque des interventions juridiques ont lieu, c'est habituellement dans le but de régler des questions de capacité cognitive et de tutelle plutôt que dans celui de poursuivre en justice un agresseur¹³⁷.

2.8 Lois et services de protection

Il y a quatre principaux types de lois utilisés au Canada pour protéger les personnes âgées contre la violence et la négligence. Il s'agit des lois sur la violence familiale, des lois pénales, des lois sur la protection des adultes et des lois sur la mise en tutelle d'adultes. Comme il en a été question plus tôt, le paradigme de la violence familiale est utilisé le plus efficacement lorsqu'il s'agit de contrer la violence envers les femmes. Cependant, même lorsque les provinces ou les territoires ont pris des lois sur la violence familiale, celles-ci ne sont pas utilisées très souvent dans le cas de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Par exemple, parmi les 28 000 affaires présentées devant le tribunal de la violence familiale de Winnipeg entre 1990 et 1997, seulement 1 % concernait des mauvais traitements à l'égard des aînés¹³⁸.

Comme il a été précédemment mentionné, il est moins probable que les professionnels dont les activités sont liées à la violence familiale (notamment les avocats, les juges, les agents de correction et les employés des services communautaires) aient suivi une formation portant spécifiquement sur la violence envers les personnes âgées plutôt qu'à l'égard de jeunes femmes. Un rapport de 2001 de la Nouvelle-Écosse met également en évidence les problèmes qui peuvent survenir lorsque les ressources juridiques ou autres ne sont pas adéquates pour aider à rendre fonctionnelles les lois qui existent sur la prévention de la violence familiale¹³⁹.

Les aînés peuvent être réticents à porter une accusation ou à coopérer dans le cadre des poursuites criminelles. Cela s'applique autant aux hommes qu'aux femmes, et ce, même si leurs raisons peuvent être différentes. Les hommes âgés ne voudront peut-être pas admettre qu'ils ont perdu la maîtrise d'eux-mêmes ou qu'ils ont un sentiment d'obligation envers leurs enfants, ce qui a comme résultat qu'ils ne signalent pas les mauvais traitements ou qu'ils minimisent le degré de violence¹⁴⁰. Les femmes âgées, qui ont peu de ressources financières ou qui ont été conditionnées par la société à s'attendre à occuper une position secondaire dans la famille, peuvent être incapables de signaler les mauvais traitements.

La Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et Terre-Neuve-et-Labrador se sont tous dotés de lois spéciales en matière de protection des adultes. La partie 3 de l'*Adult Guardianship Act* de la Colombie-Britannique est une autre mesure législative sur la protection des adultes. Aux termes de certaines lois sur la protection des adultes, le signalement est obligatoire, tandis que d'autres se fondent sur le signalement volontaire. Comme il en a été question précédemment, la compassion envers les soignants surmenés ou sous-évalués (qui sont en majorité des femmes) ainsi que la complexité du dépistage de la violence à l'égard des aînés peuvent avoir une incidence sur les comportements de signalement des employés des services de santé et des services sociaux qui sont confrontés à des situations pouvant indiquer la présence de violence ou de négligence à l'égard de personnes âgées.

3. Lignes directrices pour la création de politiques et pratiques impartiales en matière de mauvais traitements envers les aînés, qui tiennent compte des sexospécificités et des différences culturelles

La présente section porte sur l'utilisation de l'analyse comparative entre les sexes dans l'élaboration de politiques, de programmes et de recherches sur les mauvais traitements envers les aînés, y compris les principales questions à poser à chaque stade du processus d'élaboration des projets et des politiques.

3.1 Le processus d'analyse comparative entre les sexes

Dans le présent document, le processus d'analyse comparative entre les sexes a commencé par un examen des éléments connus et inconnus des différences entre les genres en ce qui concerne les mauvais traitements envers les aînés. Cela comprenait une étude des autres facteurs liés aux déterminants de la santé, notamment l'appartenance à un groupe, le statut socioéconomique, la culture/race et les capacités.

Un modèle de mesure des résultats voulus doit porter sur les trois facteurs suivants :

- *L'accès* : la capacité tant des hommes que des femmes âgés de différentes cultures, capacités, statut socioéconomique et appartenance à un groupe autochtone d'avoir un accès égal aux politiques, aux programmes et aux activités législatives. Cela comprend l'élimination des obstacles à l'accès et le fait de ne pas créer d'obstacles.
- *L'inclusion* : la représentation de divers groupes d'hommes et de femmes tout au long du processus d'élaboration des politiques et des programmes.
- *Les bienfaits* : les avantages et les gains prévus découlant d'une politique, d'un programme ou d'une loi sont accessibles de manière égale aux hommes et femmes âgés, aux diverses cultures, aux personnes appartenant à un groupe autochtone, aux personnes de divers niveaux de statut socioéconomique et de diverses capacités¹⁴¹.

Condition féminine Canada et Santé Canada suggèrent que chacun de ces résultats devrait être mesuré en suivant les étapes suivantes^{142,143} :

1. Évaluation préliminaire des répercussions sur l'égalité entre les genres : explorer la manière dont les politiques et les programmes existants et proposés peuvent influencer sur les résultats pour différents groupes d'hommes et de femmes. Reformuler la question de manière à éviter les suppositions et les stéréotypes.

2. Détermination des résultats, des buts, des objectifs et des indicateurs : être inclusif, mais ne pas généraliser. Prendre en considération les hommes, les femmes et les différents groupes au moment d'établir les buts, les objectifs et les indicateurs.
3. Recherche : choisir des méthodes qui tiennent compte des déterminants de la santé et veiller à ce que toutes les données soient subdivisées en fonction du sexe et de l'âge.
4. Consultation : concevoir un processus tenant compte du genre et de la diversité qui encourage la participation des personnes de tous les groupes et des deux genres.
5. Développement d'options en matière de politiques : évaluer les conséquences (en matière de santé et sur les plans juridique, social, culturel, politique et environnemental) de chaque option pour les hommes et les femmes et divers sous-groupes.
6. Recommandations : pour chaque recommandation, déterminer les suppositions implicites quant aux rôles des membres des deux sexes, expliquer la raison issue de l'analyse en fonction du sexe et de la diversité pour laquelle cette option a été choisie et proposer des mesures pour atténuer toute répercussion négative potentielle.
7. Communication : cibler les messages destinés aux femmes, aux hommes et aux divers groupes; se servir d'exemples, de symboles et de vocabulaire qui tiennent compte du genre et de la diversité.
8. Conception de programmes et de services : garder en tête les différences entre les hommes et les femmes et les divers groupes au moment de la conception des programmes et des services.
9. Prestation des programmes et des services : veiller à ce que les programmes et services soient accessibles à tous de la même manière, à ce qu'ils soient appropriés et à ce qu'ils aient l'effet voulu sur les hommes et les femmes et les diverses populations.
10. Évaluation : se servir d'échantillons de taille suffisante pour qu'ils puissent être subdivisés en fonction de l'âge, du genre et de la diversité. Relever les données manquantes et les résultats inattendus.

3.2 Une analyse comparative entre les sexes pertinente sur le plan culturel

L'Association des femmes autochtones du Canada a déterminé qu'il était nécessaire d'avoir recours à une analyse comparative entre les sexes pertinente sur le plan culturel dans l'élaboration de tous les documents législatifs, de toutes les politiques et de tous les programmes, ce qui garantit que « la diversité et les différentes circonstances des femmes autochtones fondées sur leur culture et leurs pratiques culturelles distinctives au sein des Premières Nations, des peuples Métis et des peuples inuit » sont bien saisies¹⁴⁴. Les travaux sur ce modèle soulignent le besoin essentiel d'inclure les femmes autochtones à tous les stades de l'élaboration et du suivi des projets et des politiques. Voici quelques-uns des éléments fondamentaux :

- Reconnaître les causes de l'oppression, comme les effets du racisme et du sexisme, et établir des liens entre elles;

- Honorer une approche holistique qui inclut le respect de soi, des autres et de la valeur des rôles joués par les hommes et les femmes dans la société ainsi que respecter les traditions et les relations avec la terre;
- Valoriser les enseignements traditionnels, y compris ceux qui offrent un plus grand degré d'égalité entre les rôles des hommes et des femmes comparativement aux valeurs non autochtones;
- Honorer une approche holistique envers le respect des relations, y compris les relations entre et parmi les individus, les collectivités et les Nations;
- Adopter une approche axée sur les droits en mettant fortement l'accent sur le fait d'enseigner aux jeunes ce que sont ces interdépendances¹⁴⁵.

Le cadre de l'analyse comparative entre les sexes pertinente sur le plan culturel est destiné à garantir que les programmes et les services soient mis au point de manière équilibrée et qui rend bien la réalité de l'histoire : l'égalité des hommes et des femmes ainsi que des jeunes et des aînés avant la rencontre avec les colons européens; les effets de la colonisation et de l'assimilation; les réalités actuelles (p. ex., racisme et violence sexistes, violence intergénérationnelle) ainsi que les stratégies et les solutions¹⁴⁶.

3.3 Un cadre impartial

Le cadre impartial (BIAS FREE Framework¹⁴⁷), mis au point par Burke et Eichler, est un instrument servant à déceler et à éviter les partis pris dans les recherches, les politiques et les programmes relatifs à la santé, qui découlent de trois hiérarchies sociales : le genre, la race et les capacités. Dans le titre anglais de ce cadre, « BIAS FREE » correspond à « Building an Integrative Analytical System for Recognizing and Eliminating InEquities », ce qui signifie « bâtir un système analytique combinatoire de reconnaissance et d'élimination des inégalités ». Le cadre vise à combiner, coordonner et regrouper en un tout unifié les divers angles d'analyse qui ont émergé de ces divers champs. Il se sert d'une série de questions pour signaler l'absence ou la présence d'un parti pris en fonction du genre, de la race ou des capacités. Le cadre permet de déceler trois principaux problèmes :

- Le maintien d'une hiérarchie, par exemple les efforts de maintien d'une hiérarchie du pouvoir fondée sur le genre, la race ou les capacités. Le fait de jeter le blâme sur les victimes (par exemple en demandant à une femme victime de violence ce qu'elle a fait pour provoquer son agresseur) est une façon de maintenir une hiérarchie.
- Le fait de ne pas examiner les différences, c.-à-d. examiner la pertinence de la position de quelqu'un dans la hiérarchie sans tenir compte des différences qui s'ensuivent. La décontextualisation se produit lorsque les chercheurs et les décideurs ne tiennent pas compte des différences. Cela mène à une généralisation excessive, qui semble fréquente dans les documents publiés sur les mauvais traitements envers les aînés. Les données sur

le groupe dominant (parfois les hommes, parfois les femmes) sont étendues à l'autre groupe sans s'interroger sur leur applicabilité.

- L'utilisation du principe de deux poids, deux mesures, c.-à-d. les problèmes associés au fait de traiter différents groupes de manière différente en raison de leur position dans la hiérarchie sociale. Une sous-représentation contribue à l'utilisation de ce principe; par exemple, la plupart des recherches sur les mauvais traitements envers les aînés ont traditionnellement été menées auprès des femmes, ce qui a conduit à une absence relative des données sur les mauvais traitements subis par les hommes âgés. Une autre forme de double mesure est le refus que certains groupes soient représentés, par exemple, en considérant les personnes âgées ayant une incapacité comme incapables de participer aux recherches et à l'élaboration de programmes et de politiques. Des doubles mesures sont aussi créées lorsque des stéréotypes sont traités comme un aspect essentiel de l'appartenance à un groupe plutôt que comme une construction sociale.

Le fait de ne pas examiner les différences (le problème F) et l'utilisation des doubles mesures (le problème D) sont les deux côtés d'une même médaille. La solution au problème F consiste à reconnaître les différences existantes et à en tenir compte en traitant les personnes différemment, tandis que la solution au problème D consiste à reconnaître et à éliminer le traitement différentiel non voulu. La clé pour comprendre à quel type de problème nous avons affaire est de voir si un traitement *différent* ou *identique* réduit ou renforce les différentes hiérarchies.

4. Implications en matière de recherche sur les mauvais traitements envers les aînés

Il existe des lacunes graves en ce qui a trait aux données actuelles publiées. L'accès à des données qui sont réparties en fonction du sexe et de l'âge, ainsi que de la culture/race, du statut socioéconomique, de l'appartenance à un groupe seraient bénéfique pour mieux comprendre cet enjeu. Des recherches adaptées sur le plan de la culture qui traitent des aspects liés à l'âge et au genre en ce qui concerne l'oppression et la vulnérabilité des personnes âgées seraient également pertinentes. Pour ce faire, nous devons en apprendre plus sur les points suivants :

- La manière dont les hommes et les femmes comprennent ce que sont les mauvais traitements envers les aînés.
- La manière dont les hommes et les femmes croient que les mauvais traitements envers les aînés peuvent être évités.
- La manière dont les hommes et femmes âgés victimes de violence comprennent leurs expériences, la manière dont ils y réagissent, l'endroit où ils vont chercher de l'aide, ce qui arrive lorsqu'ils demandent de l'aide et le degré d'efficacité de cette aide.
- La manière dont les politiques et les services influent différemment sur les hommes et les femmes âgés.
- La manière dont les praticiens comprennent les aspects des mauvais traitements envers les aînés liés au genre, la manière dont divers programmes, approches et interventions influent différemment sur les hommes et les femmes et la manière de créer de meilleurs instruments et moyens qui tiennent compte du genre de la personne.
- La manière dont les deux paradigmes de la violence familiale (violence commise par le partenaire intime) et des mauvais traitements envers les aînés peuvent être les mieux combinés afin de faire en sorte que les points forts de chaque approche soient intégrés dans la pratique et la formation.

RÉFÉRENCES

- ¹ Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): 251-267.
- ² Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): 251-267.
- ³ Neysmith, S. M. « Power in relationships of trust: A feminist analysis of elder abuse. » Dans *Abuse & Neglect of Older Canadians: Strategies for Change*. M.J. MacLean (éd.). Toronto, ON: Thompson Educational Publishing Inc., 1995, p. 43-54.
- ⁴ Brandl, B., et J. Raymond. « Power and control. Understanding domestic abuse in later life. » *Generations*, 24, 2 (2000): 39-45.
- ⁵ Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): p. 251-267.
- ⁶ Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): 251-267.
- ⁷ Jack, R. « Dependence, power and violation: Gender issues in abuse of elderly people by formal carers. » Dans *Old Age Abuse: A New Perspective* (2^e édition) M. Eastman (éd.). Londres, Angleterre: Chapman and Hall, 1994, p. 77-92.
- ⁸ Miller, S. L. « Expanding the boundaries: Toward a more inclusive and integrated study of intimate violence. » *Violence and Victims*, 9, 2 (1994): 183-94.
- ⁹ Schafer J., R. Caetano et C. Clark. « Agreement about violence in U.S. couples. » *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (2002): 457-470.
- ¹⁰ Kaye, L., D. Kay et J. Crittenden. « Intervention with abused older males: Conceptual and clinical perspectives. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2 (2007): 153-172.
- ¹¹ Clark J., et J. Dumont. « Intimate Partner Violence and Health. » *Canadian Journal Public Health*, 94, 1 (2003): 52-55.
- ¹² Vinton, L. « Abused older women: Battered women or abused elders? » *Journal of Women and Aging*, 34, 3 (1991): 5-19.
- ¹³ Wolf R., et Pillemer K. « The older battered woman: wives and mothers compared. » *Journal of Mental Health & Aging*, 3, 3 (1997): 325-336.
- ¹⁴ Cranswick K., et D. Dosman. « Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles. » Statistique Canada, 2008. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008002/article/10689-fra.htm>

- ¹⁵ Ducharme, F., C. Caron et D. Girouard. « The Health of Elderly Male Family Caregivers. » *Encrage*, 8, 2 (2006).
- ¹⁶ Hudson M. « Elder mistreatment: Its relevance to older women. » *Journal of the American Medical Women's Association (JAMWA)*, 52, 3 (1997): 142-146.
- ¹⁷ Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, (chapitre 5, La maltraitance des personnes âgées), 2002. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf
- ¹⁸ Santé et Bien-être Canada. *Sensibilisation et réaction de la collectivité : violence et négligence à l'égard des aînés*, Ottawa, ON : Santé et Bien-être Canada, 1993.
- ¹⁹ McDonald, L. « Abuse and neglect of elders. » *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged*. J. E. Birren (réd.), San Diego, CA: Academic Press, 1996, 1: p. 1-10.
- ²⁰ Santé Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés*, Ottawa, ON : 1999.
- ²¹ National Centre on Elder Abuse. *What are the major types of Elder Abuse?*, 1998. En ligne : www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx
- ²² National Centre on Elder Abuse. *What are the major types of Elder Abuse?*, 1998. En ligne : www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx
- ²³ National Centre on Elder Abuse. *What are the major types of Elder Abuse?*, 1998. En ligne : www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx
- ²⁴ Marshall Freeman, P. et M. Asselin Vaillancourt. *Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*. Rapport du Comité canadien sur la violence faite aux femmes. Ottawa, ON : Ministère des Approvisionnement et Services, 1993.
- ²⁵ The Aboriginal Family Healing Joint Steering Committee, 1993:10, cité dans Green, K. *Family Violence in Aboriginal Communities: An Aboriginal Perspective*. National Clearinghouse on Family Violence. Ottawa: Santé Canada, novembre 1996.
- ²⁶ Spencer, C. *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel : bibliographie commentée*. Ottawa, ON : Santé Canada, 1994.
- ²⁷ Spencer, C. *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel : bibliographie commentée*. Ottawa, ON : Santé Canada, 1994.
- ²⁸ Instituts de recherche en santé du Canada. *Analyse des influences du genre et du sexe dans la recherche en santé – Guide pour les chercheurs et les évaluateurs*, Ottawa, ON : IRSC, 2008. En ligne : www.cihr.ca/f/32019.html
- ²⁹ Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*, Ottawa, ON : le Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.

- ³⁰ Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social*, Ottawa, ON : le Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
- ³¹ Agence de la santé publique du Canada. *Qu'est-ce qui détermine la santé?*, Ottawa, ON : 2008. En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>
- ³² Condition féminine Canada. *En quoi consiste l'analyse comparative entre les sexes?*, 2008. En ligne : www.cfc-swc.gc.ca/abu-ans/faq/abu-ans-fra.html
- ³³ Condition féminine Canada. *En quoi consiste l'analyse comparative entre les sexes?*, 2008. En ligne : www.cfc-swc.gc.ca/abu-ans/faq/abu-ans-fra.html
- ³⁴ Instituts de recherche en santé du Canada. *Analyse des influences du genre et du sexe dans la recherche en santé – Guide pour les chercheurs et les évaluateurs*, Ottawa, ON : IRSC, 2008. En ligne : www.cihr.ca/f/32019.html
- ³⁵ Santé Canada. *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, Ottawa, ON : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2000.
- ³⁶ Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada. *Culturally Relevant Gender Based Analysis: Issue from the Perspective of Inuit*. National Aboriginal Woman Summit, 2007. En ligne : <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/naws/pdf/NAWSIssuePaperGBA.pdf>
- ³⁷ Association des femmes autochtones du Canada. *Culturally Relevant Gender Based Analysis. A Policy Paper*, Yellowknife, TNO : 2008. En ligne : www.nwac-hq.org/en/documents/CulturallyRelevantGenderBasedAnalysis.pdf
- ³⁸ Burke, M. A., et M. Eichler. *The Bias Free Framework*, Global Forum for Health Research, 2006. En ligne : www.globalforumhealth.org/media-publications
- ³⁹ Packota, V. *Emotional Abuse Of Women By Their Intimate Partners: A Literature Review*. Réseau canadien de la santé, « Education Wife Assault ». En ligne : <http://www.womanabuseprevention.com/html/francais.html>
- ⁴⁰ Gannon, M. « Violence familiale envers les adultes âgés. » *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, 2006, Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006. En ligne : www.mesacanada.com/Family%20Violence2006.pdf
- ⁴¹ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, 2002, p. 85-224. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2002.
- ⁴² McDonald, L., et A. Collins. *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : document de travail*, Ottawa, ON : Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2000.

⁴³ Gannon, M. « Violence familiale envers les adultes âgés. » *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2006*, Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006. En ligne : www.mesacanada.com/Family%20Violence2006.pdf

⁴⁴ Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé* (chapitre 5, La maltraitance des personnes âgées), 2002. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf

⁴⁵ Frederick, J., et J. Fast. « Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés. » *Tendances sociales canadiennes*. N° de cat. 11-008. Ottawa, ON : Statistique Canada, 1999.

⁴⁶ Podnieks, E., *et al.* *National Survey on Elder Abuse in Canada*, Toronto, ON : Ryerson Polytechnical Institute, 1990.

⁴⁷ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006.

⁴⁸ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006.

⁴⁹ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006.

⁵⁰ Brotman, S., B. Ryan et R. Cormier. « The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada. » *The Gerontologist*, 43 (2003): 192-202.

⁵¹ Ramsey-Klawnsnik, H., *et al.* « Sexual predators who target elders: Findings from the first national study of sexual abuse in care facilities. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20, 4 (2008): 353-376.

⁵² Ramsey-Klawnsnik, H., *et al.* « Sexual predators who target elders: Findings from the first national study of sexual abuse in care facilities. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20, 4 (2008): 353-376.

⁵³ Dumont-Smith, C. *Hear Their Stories - 40 Aboriginal Women Speak*, Ottawa, ON : Association des femmes autochtones du Canada, 1997.

⁵⁴ Statistique Canada. *Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques 2006*. N° de cat. 85-570-XIE.

⁵⁵ Dumont-Smith, C. *Violence contre les aînés autochtones au Canada*, 2002. En ligne : www.fadg.ca

⁵⁶ Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones : santé et guérison*, Ottawa, ON : 1996.

- ⁵⁷ Fondation autochtone de guérison. *Healing Words*, 3, 4, Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison (2002).
- ⁵⁸ Dumont-Smith, C. *Violence contre les aînés autochtones au Canada*, 2002. En ligne : www.fadg.ca
- ⁵⁹ Dumont-Smith, C. *Violence contre les aînés autochtones au Canada*, 2002. En ligne : www.fadg.ca
- ⁶⁰ Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.
- ⁶¹ Statistique Canada. *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2003. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- ⁶² Glendenning, F., et P. Kingston. *Elder Abuse and Neglect in Residential Settings: Different National Backgrounds and Similar Responses*, Londres, England : Haworth Press, 1999.
- ⁶³ MacLeod, L., et M. Shin. *Comme un oiseau sans ailes : éloge au courage et à l'endurance des femmes maltraitées qui ne parlent ni l'anglais ni le français*, Patrimoine canadien (Multiculturalisme) sous l'initiative de lutte contre la violence familiale, 1993.
- ⁶⁴ Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. « Preventing Client Abuse. » *Fiche d'information*. En ligne : www.cno.org/docs/ih/47008_fsPreventAbuse.pdf
- ⁶⁵ Spencer, C. *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel*, Ottawa, ON : Santé Canada, Division de la santé mentale, 1994.
- ⁶⁶ Spencer, C. *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel*, Ottawa, ON : Santé Canada, Division de la santé mentale, 1994.
- ⁶⁷ Hudson, M. « Elder mistreatment: Its relevance to older women. » *Journal of the American Medical Women's Association (JAMWA)*, 52, 3 (1997): 142-146.
- ⁶⁸ Nadien, M. « Factors that influence abusive interactions between aging women and their caregivers. » *Annals New York Academy of Sciences*, 1087 (2006): 158-169.
- ⁶⁹ Nadien, M. « Factors that influence abusive interactions between aging women and their caregivers. » *Annals New York Academy of Sciences*, 1087 (2006): 158-169.
- ⁷⁰ Statistique Canada. « Violence familiale envers les adultes âgés. » *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, 2006, Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006.
- ⁷¹ Testa, M. « The role of substance abuse in male-to-female physical and sexual violence: A brief review and recommendations for research. » *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 12 (2004) : 1494-1505.

- ⁷² Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2006*. Ottawa : ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006.
- ⁷³ Cohen, M., et H. MacLean. « Violence envers les femmes canadiennes. » *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, Institut canadien d'information sur la santé et Initiative sur la santé de la population canadienne, 2003.
- ⁷⁴ Statistique Canada. *Recensement du Canada : projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*, Ottawa, ON : Statistique Canada, 2005.
- ⁷⁵ Statistique Canada. *Enquête sociale générale, 2002*.
- ⁷⁶ Poirier, L. « Spare 28 hours a week? Caregiving Still in Women's Job Description. » *Network* (revue du Réseau canadien pour la santé des femmes), 1, 3 (1998).
- ⁷⁷ Cranswick, K., et D. Dosman « Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles. » *Tendances sociales canadiennes*, publié par Statistique Canada, n° de cat. 11-008-X, (21 octobre 2008).
- ⁷⁸ Cranswick, K., et D. Dosman « Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles. » *Tendances sociales canadiennes*, publié par Statistique Canada, n° de cat. 11-008-X, (21 octobre 2008).
- ⁷⁹ Statistique Canada. « Balancing career and care 2002. » cité dans *Info – aidantes et aidants naturels* de la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, 2008.
- ⁸⁰ Statistique Canada. « Balancing career and care 2002. » cité dans *Info – aidantes et aidants naturels* de la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, 2008.
- ⁸¹ Walker, J. « Reworking work: the experience of employed caregivers of older adults 2005. » cité dans *Info – aidantes et aidants naturels* de la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, 2008.
- ⁸² Santé Canada. *Profil national des personnes soignantes au Canada - rapport final*, Ottawa, ON : Santé Canada, 2002.
- ⁸³ Lowry, J. « Why having a national home care program is a woman's issue. » *Network* (revue du Réseau canadien pour la santé des femmes), 5, 2/3 (2002).
- ⁸⁴ Lowry, J. « Why having a national home care program is a woman's issue » *Network* (revue du Réseau canadien pour la santé des femmes), 5, 2/3 (2002).
- ⁸⁵ Oudshoorn, A., C. Ward-Griffin et C. McWilliam. « Client-nurse relationships in home-based palliative care: a critical analysis of power relations. » *Journal of Clinical Nursing*, 10, 4 (2001) : 583-584.
- ⁸⁶ Hallgrimsdottir, H., K. Teghtsoon et D. Brown. « Public policy, caring practices and gender in health care work. » *Canadian Journal of Public Health*, 99, supplément 2 (2008).

- ⁸⁷ Hallgrimsdottir, H., K. Teghtsoon et D. Brown. « Public policy, caring practices and gender in health care work. » *Canadian Journal of Public Health*, 99, supplément 2 (2008).
- ⁸⁸ Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s, 2009, En ligne : www.cnpea.ca/ageism.htm
- ⁸⁹ Wolf, R. et K. Pillemer. « The older battered woman: wives and mothers compared. » *Journal of Mental Health & Aging*, 3, 3, (1997) : 325-336.
- ⁹⁰ Frederick, J. et J. Fast. « Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés. » *Tendances sociales canadiennes*. N° de cat. 11-008-XPF. Ottawa, ON : Statistique Canada, 1999.
- ⁹¹ Hebert, R., *et al.* « Factors Associated With Long-term Institutionalization of Older People With Dementia: Data From the Canadian Study of Health and Aging. » *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56, (2001) : M693-699.
- ⁹² Sherri Torjman, S., et A. Makhoul. *Caregivers and Dementia*. Ottawa, ON : Caledon Institute of Social Policy, 2008,
- ⁹³ Ayres, M. « Concept analysis: Abuse of ageing caregivers by elderly care recipients. » *Journal of Advanced Nursing*, 35, 3, (2001) : 326-334.
- ⁹⁴ Sobsey, D. « Sexual Offenses and Disabled Victims: Research and Practical Implications. » *Vis-A-Vis*, 1988.
- ⁹⁵ Natalie I., and N. Migus. *Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé et Bien-être Canada, 1990.
- ⁹⁶ Agence de la santé publique du Canada. *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*, 2009. En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisab-fra.php
- ⁹⁷ Agence de la santé publique du Canada. *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*, 2009. En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisab-fra.php
- ⁹⁸ Burke, M. A., et M. Eichler. « The BIAS FREE Framework. A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. » Global Forum for Health Research, 2006.
- ⁹⁹ Anetzberger, G. J. « Caregiving: Primary Cause of Elder Abuse? » *Generations*, Journal of the American Society on Aging, 24, 2, (2000) : 46-51.
- ¹⁰⁰ McDonald *et al.*, 1991; Phillips, 1986; McDonald, 1996; Scogin *et al.*, 1992; Pillemer, 1993; Pittaway et Westhues, 1993; cités dans Santé Canada. « Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : document de travail. » Préparé par L. McDonald et A. Collins pour l'Unité de la prévention de la violence familiale. Ottawa, ON : Santé Canada, 2000.

- ¹⁰¹ Perel-Levin, S. « Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level. » Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- ¹⁰² Woolf, L. Université Webster, 1998.
En ligne : www.webster.edu/~woolfm/ageismgender.html
- ¹⁰³ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : Un profil statistique 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006. En ligne : www.mesacanada.com/Family%20Violence2006.pdf
- ¹⁰⁴ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : Un profil statistique 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006. En ligne : www.mesacanada.com/Family%20Violence2006.pdf
- ¹⁰⁵ Wolf, R. « Factors Affecting the Rate of Elder Abuse Reporting to a State Protective Services Program. » *The Gerontologist*, 39, 2, (1999): 222-228.
- ¹⁰⁶ Dumont-Smith, C. *Violence contre les aînés autochtones au Canada*, 2002.
- ¹⁰⁷ McDonald, L., et L. Robb. « The Economic Legacy of Divorce and Separation for Women in Old Age. » *Revue canadienne du vieillissement*, 23, supplément 1, (2004): 83-97.
- ¹⁰⁸ Stratton, D., et A. Moore. « Fractured relationships and the potential for abuse of older men. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2, (2007): 75-97.
- ¹⁰⁹ Stratton, D., et A. Moore. « Fractured relationships and the potential for abuse of older men. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2, (2007): 75-97.
- ¹¹⁰ Altfeld, S. J. *Caring for elderly fathers. The impact of family disruption*. Thèse de doctorat, Université de l'Illinois, Chicago, 1995.
- ¹¹¹ Lawton, L., M. Siverstein et V. Bengtson. « Affection, social contact and geographic distance between adult children and their parents. » *Journal of Marriage and the Family*, 56, 1, (Février 1994): 57-68.
- ¹¹² Kaye, L., D. Kay et J. Crittenden. « Intervention with abused older males: Conceptual and clinical perspectives. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2 (2007): 153-172.
- ¹¹³ Boxer, A. M., J.A Cook et B.J Cohler. « Grandfathers, fathers and sons: Intergenerational relationships among men. » In *Elder Abuse: Conflict in the Family*, K.A. Pillemer et R.S Wolf (éd.), Dover MA : Auburn House, 1986.
- ¹¹⁴ Kosberg, J. I., et D. Nahmiash. « The abuse of elderly men. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9, 3 (1996): 69-88.
- ¹¹⁵ Kaye, L., D. Kay et J. Crittenden. « Intervention with abused older males: Conceptual and clinical perspectives. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2 (2007): 153-172.

- ¹¹⁶ Edelman, H. *Motherless daughters: The legacy of loss*. Cambridge : Da Capo Press, 2006.
- ¹¹⁷ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : Un profil statistique 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006.
- ¹¹⁸ Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : Un profil statistique 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2006.
- ¹¹⁹ Stratton, D., et A. Moore. « Fractured relationships and the potential for abuse of older men. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2 (2007): 75-97.
- ¹²⁰ Aquilino, W. S. « Later life parental divorce and widowhood: Impact on young adults' assessment of parent-child relations. » *Journal of Marriage and the Family*, 56, 4 (1994): 908-922.
- ¹²¹ Aquilino, W. S. « Later life parental divorce and widowhood: Impact on young adults' assessment of parent-child relations. » *Journal of Marriage and the Family*, 56, 4 (1994): 908-922.
- ¹²² Wathen, C. N., et H. L. MacMillan. « Prevention of violence against women: statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 169, (2003): 582-584.
- ¹²³ United States Preventive Services Task Force. « Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. » *Annals of Internal Medicine*, 140, (2004): 382-386.
- ¹²⁴ Perel-Levin, S. *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- ¹²⁵ Kaye, L., D. Kay et J. Crittenden. « Intervention with abused older males: Conceptual and clinical perspectives. » *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2 (2007): 153-172.
- ¹²⁶ Perel-Levin, S. *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- ¹²⁷ Perel-Levin, S. *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- ¹²⁸ Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): 251-267.
- ¹²⁹ Denham, D., et J. Gillespie. *Les hauts et les bas de la lutte contre la violence faite aux femmes; Aperçu des initiatives et des ressources canadiennes, 1989-1997*. Ottawa, ON : Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, 1998.
- ¹³⁰ Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): 251-267.

¹³¹ Brandl, B., et J. Raymond. « Power and control. Understanding domestic abuse in later life. » *Generations*, 24, 2 (2000): 39-45.

¹³² Brandl, B., et J. Raymond. « Power and control. Understanding domestic abuse in later life. » *Generations*, 24, 2 (2000): 39-45.

¹³³ Kaye, L., D. Kay et J. Crittenden. “Intervention with abused older males: Conceptual and clinical perspectives.” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 1/2 (2007): 153-172.

¹³⁴ Ogrodniczuk, J. S. « Men, women and their outcome in psychotherapy. » *Psychotherapy Research*, 16, 4 (2006): 453-462.

¹³⁵ Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): 251-267.

¹³⁶ Brandl, B., et J. Raymond. « Older abused and battered women. An invisible population. » *Wisconsin Medical Journal*, 95 (1996): 298-300.

¹³⁷ Straka, S. « Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. » *Violence Against Women*, 12, 3 (2006): 251-267.

¹³⁸ Ursel, J. « Rapport sur le Tribunal de la violence familiale de Winnipeg. » dans *La violence familiale au Canada : Un profil statistique 2000*, chapitre 6.1 (juillet 2000), Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique. En ligne : www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/4064472-fra.htm

¹³⁹ Macdonald, M., et A. Collins. *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : document de travail*. Santé Canada, Unité de la prévention de la violence familiale, Ottawa, ON. Citation de Ledbetter Hancock, B. (1990). « Social Work with Older People. » (2^e édition). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1998.
En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications-fra.php

¹⁴⁰ Pritchard, J. *Male victims of elder abuse*. Londres, Angleterre : Jessica Kingsley Publishers Ltd., 2001.

¹⁴¹ Condition féminine Canada. *Gender-Based Analysis: Performance Measurement of Its Application*, Ottawa, ON : Condition féminine Canada, 2005.

¹⁴² Condition féminine Canada. *Gender-Based Analysis: Performance Measurement of Its Application*, Ottawa, ON : Condition féminine Canada, 2005.

¹⁴³ Santé Canada. *Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre, aide-mémoire*. Intranet de Santé Canada.

¹⁴⁴ Association des femmes autochtones du Canada. « Analyse comparative entre les sexes pertinente sur le plan culturel. Document d'orientation. » Yellowknife, TNO : 2008.
En ligne : www.nwac-hq.org/fr/documents/CulturallyRelevantGenderBasedAnalysisFR.pdf

¹⁴⁵ Association des femmes autochtones du Canada. « Analyse comparative entre les sexes pertinente sur le plan culturel. Document d'orientation. » Yellowknife, TNO : 2008.
En ligne : www.nwac-hq.org/fr/documents/CulturallyRelevantGenderBasedAnalysisFR.pdf

¹⁴⁶ Association des femmes autochtones du Canada. « Analyse comparative entre les sexes pertinente sur le plan culturel : Exposé. » Préparé pour le Sommet national des femmes autochtones, 20-22 juin 2007.
En ligne : www.nwac-hq.org/fr/documents/NAWSCRGBAFrancais.pdf

¹⁴⁷ Burke, M. A., et M. Eichler. « The BIAS FREE Framework. A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. » Global Forum for Health Research, 2006.