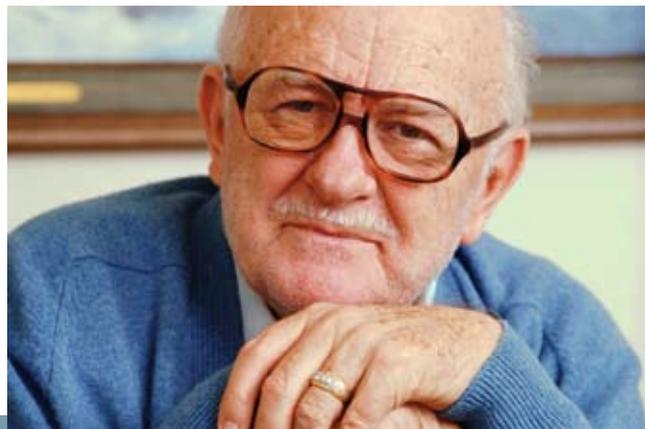


Bien vieillir en coopérative d'habitation

Guide d'accompagnement pour le soutien à l'autonomie des membres aînés

Confédération québécoise
des coopératives d'habitation (CQCH)



Le présent Guide dresse le portrait de la situation des membres aînés dans les coopératives d'habitation et présente les diverses ressources disponibles destinées à favoriser le maintien de leur autonomie.

Souvenez-vous que les personnes aînées souhaitent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Il faut leur en donner l'occasion dans les meilleures conditions possibles!



Confédération québécoise
des coopératives
d'habitation

La réalisation du Guide d'accompagnement pour le soutien à l'autonomie des membres aînés a été rendue possible grâce à la participation financière du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE) et du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM), dans le cadre du Volet IV de l'Entente de partenariat relative au développement des coopératives. Nous tenons à les en remercier.

Nous aimerions également remercier la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec pour leur collaboration et, plus spécifiquement, Monsieur Éric Martel pour ses précieux commentaires à la suite de la lecture du Guide.

Nous tenons de même à souligner l'excellent travail des personnes suivantes :

*Caroline Morin (stagiaire à la CQCH)
Isabelle Godbout (CQCH)
Christine Paré*

*Recherche et rédaction
Recherche, rédaction et graphisme
Révision linguistique*

Hélène Jacques (CQCH)

Coordination du projet

*Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH)
840, rue Raoul-Jobin, bureau 202
Québec (Québec) G1N 1S7
Téléphone : 418 648-6758
Sans frais : 1 800 667-9386*

www.cooperativehabitation.coop

Édition du printemps 2009

**Développement
économique, Innovation
et Exportation**

Québec 


**Conseil
québécois
de la coopération
et de la mutualité**

Avant-propos

Le *Guide d'accompagnement pour le soutien à l'autonomie des membres âgés* s'inscrit dans le cadre de l'étude réalisée par la Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH) intitulée *Évaluation des possibilités pour les coopératives d'habitation de maintenir une personne âgée en perte d'autonomie dans son logement*.

La forte tendance au vieillissement de la population et les besoins y afférents nécessitent l'établissement de politiques et de programmes sociaux destinés à soutenir cette demande croissante. À cet effet, pour pallier la forte demande, les différents secteurs d'activités, tels que les secteurs public, privé, communautaire ou autres, sont mis à contribution pour favoriser l'accessibilité des services, particulièrement pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie.

Le présent Guide dresse le portrait de la situation des membres âgés dans les coopératives d'habitation et présente les diverses ressources disponibles dans les secteurs public, privé, coopératif et sans but lucratif destinées à favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées ainsi que les mesures d'intervention possibles afin que les coopératives d'habitation puissent soutenir leurs membres âgés ou en perte d'autonomie.

Nous espérons que ce document facilitera l'accès aux services par les âgés et que les coopératives d'habitation sauront être attentives aux besoins exprimés par cette clientèle et trouveront des moyens afin de pallier la demande de leurs résidents.

Rappelons-le : les personnes âgées souhaitent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Il faut leur en donner l'occasion dans les meilleures conditions possibles.

Table des matières

Le vieillissement de nos membres.....	7
Les appréhensions et les désirs des membres âgés de coopératives d'habitation.....	9
Les mesures disponibles pour les coopératives d'habitation familiales et mixtes.....	10
La sécurité physique des membres âgés.....	10
Les besoins psychologiques des membres âgés.....	11
La sécurité d'occupation.....	12
De nouvelles avenues prometteuses.....	13
Les coopératives d'habitation pour personnes âgées.....	13
Les coopératives de solidarité en habitation.....	14
Le positionnement du Mouvement québécois des coopératives d'habitation quant au maintien à domicile des membres âgés ou en légère perte d'autonomie.....	15
Les mesures de dépistage et d'intervention lors de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.....	17
Le dépistage de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.....	17
Les protocoles d'intervention.....	20
La définition d'une bonne intervention.....	20
Le protocole d'intervention dans les coopératives d'habitation.....	21
Les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.....	22
Les troubles de santé mentale chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie.....	25
Le dépistage de la dépression.....	27
Les mesures d'intervention lors de dépression.....	28
Les actions à réaliser lorsqu'une personne parle de suicide.....	30
La mobilité réduite chez les personnes âgées.....	31
Le dépistage et les possibilités de prévenir les chutes.....	31
Le style de vie et le comportement.....	31
Les facteurs de risques associés au vieillissement.....	33
L'environnement et les possibilités de prévention.....	34
Les mauvais traitements envers les personnes âgées.....	38
Les mesures de dépistage et d'intervention en cas de mauvais traitements infligés aux âgés.....	39

Le profil de la victime.....	39
Le profil de l'abuseur.....	40
Les indicateurs de mauvais traitements de la part de l'abuseur envers la personne aînée.....	41
Les indicateurs de mauvais traitements chez la personne aînée.....	42
Les mesures d'interventions lors de situations de mauvais traitements.....	42
La victime.....	42
Un proche.....	43
Les mesures d'intervention lors de situations d'abus financier.....	44
La victime.....	44
Un proche.....	45
La violation des droits de la personne.....	46
Les mesures d'intervention lors de situations de mauvais traitements dans les coopératives d'habitation.....	46
Les mesures d'intervention lors de situations de mauvais traitements offertes par le milieu communautaire.....	48
Les mesures d'intervention lors de situations de mauvais traitements offertes par les centres de santé et de services sociaux (CSSS).....	49
Des conseils préventifs pour la sécurité des aînés.....	52
La sécurité chez soi et dans les déplacements.....	52
L'escroquerie et les manigances à l'égard des aînés.....	53
 Les besoins des personnes aînées ou en perte d'autonomie et le recours aux services...55	
Les politiques sociales et les ressources liées aux besoins des personnes aînées.....	55
La réorganisation des services de soins et des services sociaux.....	56
Le soutien à domicile et les programmes disponibles.....	59
La Politique de soutien et de services à domicile.....	59
Guichet et admissibilité aux services.....	60
Les programmes offerts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).....	63
Le soutien aux proches aidants.....	64
 La politique de la santé et du bien-être et les aînés.....	66
Les programmes de promotion de la santé.....	66
Les programmes de promotion des saines habitudes de vie.....	66

Les programmes de prévention des maladies.....	68
Les programmes et les mesures de protection face aux abus.....	70
Autres programmes utiles pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie.....	73
Le logement.....	73
Le transport.....	77
La vie associative, les loisirs et les activités.....	78
Les finances et les aînés.....	80
Références.....	83

Le vieillissement de nos membres

De nombreuses coopératives d'habitation sont confrontées à un défi de taille : le vieillissement de leurs membres. En effet, en 2007, l'âge moyen des membres de coopératives d'habitation était de 52 ans, comparativement à 50 ans en 2002 et à 47 ans en 1996. La proportion des membres âgés de 55 ans ou plus a pratiquement doublé au cours des 20 dernières années, passant de 24 % en 1987 à 45 % en 2007. Cet accroissement s'est fait au détriment des membres âgés de moins de 35 ans, dont la proportion a chuté de moitié, passant de 33 % à 17 % durant cette même période¹. Force est de constater que la population est vieillissante au sein des coopératives d'habitation et que la proportion de membres âgés ira en grandissant au cours des prochaines années.

Bien que certaines coopératives d'habitation aient été créées pour répondre aux besoins de clientèles spécifiques, telles que les personnes âgées, les familles monoparentales ou les immigrants, la plupart des coopératives d'habitation n'ont aucune vocation particulière et logent une clientèle dite mixte.

Le vieillissement des membres n'est pas sans conséquences pour les coopératives d'habitation. La perte d'autonomie que le vieillissement peut entraîner chez certains membres plus âgés inquiète les coopératives d'habitation puisqu'elle peut en compromettre le bon fonctionnement interne si aucune mesure adaptée n'est mise en place², d'autant plus qu'une telle clientèle présente des besoins plus grands et requiert généralement des services connexes.



¹ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH), 2007. *Enquête sur le profil socioéconomique des résidents de coopératives d'habitation - 2007*, Québec, p. 11.

² CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH), 2009. *Évaluation des possibilités pour les coopératives d'habitation de maintenir une personne âgée en perte d'autonomie dans son logement*, janvier, Québec, p. 6.

Cependant, l'offre de ces services aux aînés, comme de l'aide au maintien à domicile ou de soins de santé, ne correspondent pas à la mission des coopératives d'habitation dites mixtes ou familiales. En effet, « la coopérative d'habitation ne doit pas fournir des services de soutien, tels que les soins professionnels, les soins personnels ou médicaux. Cela dépasse son mandat.¹ » Elle peut toutefois offrir un soutien adéquat et un milieu de vie sécuritaire.



Cependant, des pertes d'autonomie surviennent inévitablement dans les coopératives d'habitation sans que l'état de santé de la personne ne justifie son emménagement à brève échéance dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou une résidence privée avec services², d'autant plus que les membres vieillissants, aux prises avec une perte d'autonomie, souhaitent demeurer dans leur coopérative d'habitation pour laquelle ils ressentent souvent un fort sentiment d'appartenance.

Vivre en coopérative et, à plus forte raison, en être membre est un choix qui implique des responsabilités et un engagement. Pour les adultes en perte d'autonomie, prendre en charge leur milieu de vie et assumer leurs obligations en tant que membres peuvent poser un problème si aucune adaptation ni aucun recours externe ne sont rendus disponibles par les coopératives d'habitation.

¹ En 2006, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) partageait dans *La voie coopérative pour des citoyens à la gouverne de leur santé, mémoire déposé à la Commission parlementaire des Affaires sociales portant sur le document Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, la vision émise par la Fédération de l'habitation coopérative du Canada (FHCC), p. 12.

Le Conseil de la coopération du Québec (CCQ) a changé d'appellation à l'automne 2006. Aujourd'hui, l'organisation porte le nom de Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM). Afin de conserver une constance tout au long du document, nous utiliserons l'appellation actuelle.

² CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH), 2009. *op. cit.*, p. 30.

Les appréhensions et les désirs des membres âgés de coopératives d'habitation

Plusieurs facteurs peuvent faire en sorte que les personnes âgées craignent de vieillir dont la perte de capacité, de mémoire, la diminution de leur revenu, la perte du conjoint ou de proches causant ainsi l'isolement, etc. Toutefois, ces craintes ne les empêchent pas de souhaiter un mieux vivre. Voici un aperçu des appréhensions et des désirs des personnes âgées. Ainsi, les membres âgés craignent¹ :

- l'apparition d'incapacités, particulièrement celles de se mouvoir seuls, de faire les courses et le ménage, de préparer les repas;
- l'isolement, le rejet, la détresse psychologique et la dépression;
- la vulnérabilité et la dépendance. Plusieurs d'entre eux éprouvent de la difficulté à reconnaître leurs incapacités et à demander de l'aide. Ils craignent d'être jugés moins autonomes qu'ils ne le sont en réalité;
- le manque d'argent et de ressources pour recevoir les soins et les services nécessaires à leur état;
- le besoin de demander de l'aide.

Plus spécifiquement, les personnes âgées ont certaines appréhensions liées à leur statut de membre de coopérative d'habitation. En effet, les membres âgés craignent :

- de devenir incapables, en vieillissant, d'effectuer correctement les tâches qu'ils doivent assumer au sein de la coopérative d'habitation;
- que leur coopérative d'habitation refuse d'aménager leur logement en fonction de leurs besoins;
- de devoir quitter la coopérative d'habitation pour laisser la place à une famille. Ils croient que leur coopérative d'habitation privilégiera les rénovations d'ordre général avant d'adapter les logements en fonction des besoins des personnes âgées.

¹ Afin de déterminer les appréhensions et les désirs des membres âgés de coopératives d'habitation, la COCH a animé trois groupes de discussion à l'automne 2005 dans les régions de Montréal, de Québec et de Drummondville. Ces groupes étaient formés de sept à dix membres résidents de coopératives d'habitation âgés de 50 ans ou plus.

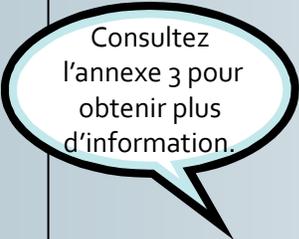
Au regard de leurs désirs, les membres aînés souhaitent :

- vivre chez eux le plus longtemps possible. Ils privilégient un environnement familial et sécuritaire;
- vivre de façon autonome et participer à la vie de leur collectivité. Ils ont besoin de se sentir utiles;
- être écoutés et ne pas se faire imposer de décisions;
- demeurer dans l'environnement dans lequel ils ont évolué au cours de leur vie.

Les membres aînés sont heureux de vivre en coopérative d'habitation. Ils s'y sentent en sécurité et peuvent facilement y développer des liens avec les autres. Ils apprécient l'entraide et la collaboration de leurs voisins. Ils regrettent toutefois que les coopératives d'habitation ne soient généralement pas conscientes des conséquences engendrées par le vieillissement de leurs membres et qu'elles semblent peu intéressées à se pencher sur ce problème.

Les mesures disponibles pour les coopératives d'habitation familiales et mixtes

Divers moyens peuvent être mis en place afin d'assurer la sécurité physique des membres aînés, répondre à leurs besoins psychologiques, leur apporter l'aide directe pouvant favoriser leur maintien à domicile et leur assurer une sécurité d'occupation¹.



Consultez l'annexe 3 pour obtenir plus d'information.

La sécurité physique des membres aînés

Certains aménagements de l'espace, tant des logements eux-mêmes que des lieux communs, peuvent être facilement réalisés pour aider les membres aînés à demeurer dans leur logement coopératif en toute sécurité et à maintenir leur autonomie le plus longtemps possible, notamment :

- l'installation de robinets à une seule manette plutôt que des robinets à deux manettes;

¹ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION, 2009. *op. cit.*, p. 27-32.

- l'installation de barres d'appui dans les salles de bain, près de la baignoire ou de la douche et à côté de la toilette;
- l'usage de la douche téléphone avec un siège de bain;
- le réglage de la température du chauffe-eau à 15 degrés Celsius (60 degrés Fahrenheit) afin d'éviter tout risque de brûlures;
- l'utilisation d'un siège de toilette surélevé;
- la pose de mains courantes le long des murs des corridors à l'intérieur, ainsi que des trottoirs ou des marches à l'extérieur;
- un éclairage suffisant des entrées, des escaliers et des chemins. En outre, il faut s'assurer qu'ils soient sécuritaires et bien dégagés;
- le remplacement des poignées de porte rondes dans les logements et à l'entrée de l'immeuble par des poignées de porte de type bec de canne;
- le déneigement des escaliers extérieurs et des chemins l'hiver.

Les besoins psychologiques des membres âgés

Les membres âgés ont non seulement le besoin de se sentir en sécurité sur le plan physique, mais ils éprouvent également le besoin d'échanger, de se sentir utiles et, surtout, de ne pas se sentir seuls. Diverses activités peuvent être organisées pour faciliter les échanges, telles que :

- la mise sur pied d'un comité ad hoc des âgés. Ce comité pourrait veiller à briser l'isolement en coordonnant, par exemple, des visites fréquentes chez les membres âgés vivant seuls, en prévoyant un appel téléphonique hebdomadaire ou en créant un système de jumelage ou de parrainage intergénérationnel;
- la tenue d'activités sociales et récréatives;
- l'accès des membres âgés à des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées, tels que les clubs de l'âge d'or, les centres de jour. Cet accès pourrait être facilité, notamment par la négociation de coûts d'adhésion moindres et, si le nombre de participants inscrits le justifie, par l'organisation du transport;



- la tenue d'un registre des coordonnées des proches des membres aînés de la coopérative d'habitation ainsi que des intervenants pouvant leur venir en aide. Ainsi, en cas d'urgence ou lors d'une situation de crise, les administrateurs de la coopérative d'habitation pourraient communiquer avec les parents ou les amis du membre concerné.



L'aide directe au maintien de l'autonomie pourrait se traduire par :

- l'organisation d'un service de transport en groupe pour faire l'épicerie;
- la mise en place d'un service d'accompagnement chez le médecin ou à l'hôpital;
- le développement de partenariats et de protocoles d'ententes formelles avec des organismes communautaires, les CLSC et des entreprises de services à domicile;
- la relocalisation des membres aînés au rez-de-chaussée, en l'absence d'ascenseur dans l'immeuble;
- l'impression des documents de la coopérative d'habitation en caractères plus gros afin d'en faciliter la lecture;
- le regroupement entre coopératives d'habitation pour bonifier l'offre de services aux aînés.

La sécurité d'occupation

Finalement, sur le plan de la sécurité d'occupation, les coopératives d'habitation devraient repenser leur contrat de membre et leur politique de participation de manière à ce que les membres aînés puissent participer à la vie de leur coopérative selon leur rythme et dans le respect de leurs capacités. Les tâches devraient être allégées pour les aînés ou devraient pouvoir être effectuées par d'autres membres.

De nouvelles avenues prometteuses

De nouvelles avenues prometteuses peuvent pallier la perte de capacités, soutenir et favoriser le maintien d'une clientèle en perte d'autonomie dans la coopérative d'habitation et, ainsi, offrir aux membres vieillissants la possibilité de demeurer dans leur milieu de vie.

Les coopératives d'habitation pour personnes âgées

Soucieuses de répondre adéquatement aux besoins de leurs membres, les coopératives d'habitation ont créé de nouvelles résidences adaptées aux besoins d'une population âgée. Il existe des coopératives d'habitation avec services aux aînés ainsi que des coopératives d'habitation pour personnes âgées, avec ou sans services, soutenues par la communauté. Ces coopératives d'habitation sont destinées à une clientèle aînée autonome ou en légère perte d'autonomie. Toutefois, l'âge requis pour accéder à ces logements varie en fonction des conventions ou des programmes en vertu desquels la coopérative d'habitation a été développée. Dans certains cas, les personnes doivent être âgées de 55 ans ou plus. Dans d'autres cas, l'âge minimal est de 75 ans.¹



À ce jour, au Québec, on dénombre une soixantaine de coopératives d'habitation destinées aux aînés. Elles encouragent les aînés à se prendre en charge et à maintenir une vie active et dynamique en leur offrant un logement et quelques services, tels que la surveillance, l'accès à un ascenseur, des espaces communautaires, des soins ou des loisirs.

Il demeure toutefois que l'offre de services dans les coopératives d'habitation pour une clientèle aînée est encore peu développée. Notons également que le Mouvement québécois des coopératives d'habitation s'est principalement développé au cours des années 1970 et 1980 et que la clientèle visée à cette époque était surtout de type familial. Les coopératives d'habitation n'ont donc

¹ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION, 2009. *op. cit.*, p. 10.

pas été conçues et restaurées pour recevoir une clientèle d'aînés. Seulement quelques-unes d'entre elles offrent un logement à des personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie.

Les coopératives de solidarité en habitation

Une autre avenue s'offre aux coopératives d'habitation. Il y a quelques années, la *Loi sur les coopératives* a été modifiée afin de faciliter la création de coopératives de solidarité en habitation. Cette formule favorise l'implication du milieu et assure le maintien des personnes âgées dans leur milieu d'appartenance. Des services de soutien aux aînés, en collaboration avec la communauté, peuvent être mis en place, notamment des services de restauration, de nettoyage ou d'accompagnement social de personnes et de groupes.

À titre d'exemple, la coopérative de solidarité La Seigneurie de Vaudreuil, a accueilli ses premiers résidents en mai 2007. Une entente de partenariat public coopératif avec le Centre de santé et des services sociaux Vaudreuil-Soulanges lui permet d'offrir des services de maintien à domicile à ses membres. Elle favorise ainsi le maintien des gens dans leur milieu de vie tout en préservant l'esprit coopératif. Il est à souhaiter que cette nouvelle formule inspire d'autres projets novateurs destinés au mieux-être des personnes âgées du Québec.

À cet égard, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) recommande que « des ressources spécialisées soutiennent les personnes âgées vulnérables lorsque les services offerts conviennent toujours pour le maintien dans leur milieu de vie dans la mesure du possible.¹ » Mais une certaine prudence est de mise. Afin de faciliter le soutien des personnes âgées et leur maintien dans leur coopérative d'habitation, des ententes et des protocoles déterminant le type de services à offrir, les personnes responsables des services et la durée de l'entente doivent être définis entre les fournisseurs de services de santé et la coopérative d'habitation.

¹ CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA COOPÉRATION ET DE LA MUTUALITÉ (CQCM), 2006. *op. cit.*, p. 15.

Le positionnement du Mouvement québécois des coopératives d'habitation quant au maintien à domicile des membres âgés ou en légère perte d'autonomie

Bien que les coopératives d'habitation dites familiales et mixtes n'aient pas comme mission première d'offrir des services d'aide à leur clientèle, tels que des services de soutien à domicile ou des soins de santé, le Mouvement croit qu'elles peuvent soutenir les âgés et leur assurer un milieu de vie sécuritaire. La formule étant assez souple, les coopératives d'habitation peuvent en effet s'adapter à cette nouvelle réalité et adopter diverses mesures.

Toutefois, actuellement, peu de coopératives d'habitation possèdent les ressources humaines et financières pour répondre à tous les besoins des personnes âgées. Le vieillissement des membres de coopératives d'habitation exige ainsi une certaine réflexion sur la taille des coopératives d'habitation. Si les besoins sont les mêmes pour tous les membres âgés, les moyens pour les combler peuvent différer grandement selon la taille des coopératives d'habitation.

Les coopératives d'habitation de plus d'une trentaine d'unités sont, en effet, mieux disposées que les coopératives d'habitation de quelques unités à accorder un statut spécial aux personnes âgées et à offrir certains services de maintien à domicile. Or, au Québec, les coopératives d'habitation comptent un nombre relativement peu élevé de logements. En effet, la moyenne provinciale s'établit à 22 unités, alors que la moyenne canadienne est d'environ 60 unités. Le regroupement de services entre les coopératives d'habitation ou la fusion de coopératives d'habitation d'un même quartier pourrait éventuellement s'avérer nécessaire pour relever le défi de l'adaptation au



vieillesse des membres. Un nombre plus grand d'unités de logement permettrait notamment aux coopératives d'habitation d'engager un employé permanent chargé de la gestion quotidienne de la coopérative d'habitation, d'adapter les logements pour personnes âgées et de bonifier les services offerts aux membres âgés. Cet employé serait également chargé d'établir un partenariat avec le CLSC afin qu'un même intervenant social et professionnel de la santé s'occupe de l'ensemble des membres âgés de la coopérative d'habitation, maximisant à la fois les services de la coopérative et ceux du CLSC¹.

¹ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION, 2009.
op. cit., p. 33

Les mesures de dépistage et d'intervention lors de la perte d'autonomie chez les personnes âgées

L'autonomie renvoie à « l'ensemble des habiletés permettant à une personne de se gouverner par ses propres moyens, de s'administrer et de subvenir à ses besoins personnels¹ ». Par conséquent, l'autonomie implique la capacité d'une personne à se procurer les ressources dont elle a besoin².

Trois dimensions sont à considérer dans le concept de l'autonomie. En effet, l'autonomie peut être d'ordres cognitif, décisionnel et physique. Lorsqu'il y a perte d'autonomie, la personne est dépourvue d'une ou de plusieurs de ces dimensions. Selon son origine, cette perte peut être temporaire ou permanente. Elle peut être causée par le vieillissement, la maladie, mais également par un accident ou un handicap, et être regagnée par la réadaptation ou à la suite d'une convalescence. Lorsque la perte est permanente, il est possible de maintenir et de gagner en autonomie par des apprentissages spécialisés.

Pour affronter les difficultés que la perte d'autonomie engendre chez les personnes vieillissantes, que ce soit lié à la santé mentale, à des mauvais traitements, à des chutes ou à une mauvaise nutrition, des mesures d'intervention sont adoptées par les établissements de soins et les milieux de vie. Dans la présente section, nous vous présentons différentes mesures et divers protocoles visant à réagir adéquatement en cas de perte d'autonomie.

Le dépistage de la perte d'autonomie chez les personnes âgées

En tant que membre d'une coopérative d'habitation, il importe d'être attentif et vigilant à l'égard des indices comportementaux³ qui peuvent révéler la perte

1 CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE TROIS-RIVIÈRES, 1988. *Lexique des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*, p. 9.

2 HARVEY, R., 2000. « Les personnes âgées. Milieux de vie et municipalités », dans *Municipalité*, août-septembre, p. 21.

3 ROY, Claude (Société d'habitation du Québec) et Danielle MALTAIS (Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal), 2002. *Guide de dépistage de la perte d'autonomie des personnes âgées habitant un logement à loyer modique*, Direction des communications de la Société d'habitation du Québec, 12 p.

d'autonomie de certains membres plus âgés. Le plus souvent, ces indices semblent anodins, mais ils peuvent annoncer une situation problématique. Si les situations perdurent ou s'aggravent de manière significative, il est recommandé d'intervenir.

Sur le plan comportemental, une modification importante et soudaine du comportement normal de la personne peut traduire des troubles psychologiques importants. Les principaux indices comportementaux sont :

- les oublis importants et fréquents comme le nom de ses proches peuvent être causés par une fatigue, un choc émotif circonstanciel, une consommation abusive de médicaments ou d'alcool ou une détérioration graduelle nécessitant une intervention et une aide externe de maintien à domicile;
- les propos incohérents, répétitifs, sans rapport avec la réalité peuvent être le signe de problèmes de santé mentale ou d'un état dépressif causé par une fatigue extrême ou un choc émotif récent;
- les pleurs fréquents peuvent indiquer un état d'extrême fatigue ou un état dépressif causé par un choc émotif soudain;
- la perte d'énergie, la fatigue ou l'apathie sont généralement des indices de problèmes de santé mentale, tels que la dépression, ou d'un état de santé déficient;
- un comportement agressif continu à l'égard des autres peut être le signe de problèmes de santé mentale ou d'un abus de substances intoxicantes, de médicaments ou d'alcool;
- l'isolement et la perte d'intérêt soudains envers les activités sociales et communautaires sont des symptômes de problèmes de santé physique, tels que la surdité, de problèmes de santé mentale, comme la dépression ou la confusion, ou la conséquence d'un rejet de la part du groupe;
- le sentiment constant de persécution conduisant à des plaintes répétées et inutiles auprès du conseil d'administration ou à un rejet complet de la part du groupe est le signe d'un trouble d'adaptation causé par un trouble de santé mentale, comme la dépression ou l'isolement;
- le sentiment d'inutilité, d'impuissance ou de culpabilité peut témoigner d'un début de dépression qui nécessite un suivi psychologique. Si le sentiment est

accompagné d'idées suicidaires, une intervention s'avère nécessaire afin de prévenir les situations plus graves;

- la livraison de denrées périssables ou de produits pharmaceutiques de façon soudaine et fréquente peut être révélatrice d'un problème de santé, d'une mobilité réduite, d'une fatigue généralisée nécessitant un examen médical afin d'en mesurer la gravité.

D'autres indices observables dans le milieu de vie de la personne âgée peuvent traduire une perte d'autonomie :

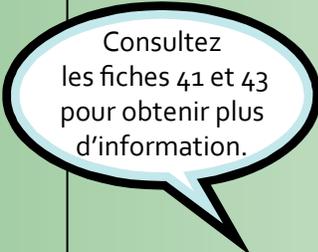
- des pièces encombrées et un logement mal entretenu sont les signes qu'une personne est aux prises avec une mobilité réduite, un état de faiblesse général, des problèmes de santé mentale, comme la confusion et la dépression. Ces indices traduisent aussi le signe possible d'abus de substances intoxicantes;
- la présence importante d'ordures ménagères dans le logement. Elles peuvent traduire un problème de mobilité réduite ou des troubles de santé mentale, tels que la dépression ou la confusion;
- la présence d'odeurs suspectes dans le logement peut être le signe d'une mobilité réduite ou de problèmes de santé mentale, tels que la confusion;
- la présence de plantes desséchées peut être le signe d'un trouble de santé mentale, tel que la confusion;
- l'interruption soudaine du paiement du loyer par une personne âgée, contrairement à ses habitudes, peut annoncer des problèmes de santé mentale ou de perte de mémoire.

Par ailleurs, certains indices dans les habitudes de vie de la personne âgée peuvent également traduire une perte d'autonomie. Au nombre de ces indices, on retrouve :

- la négligence vestimentaire ou la perte d'intérêt pour son apparence peut révéler une dépression, une certaine confusion, une faiblesse généralisée ou encore un abus de médicaments ou d'alcool;
- la présence d'hématomes, de brûlures et d'égratignures peut signifier que la personne âgée éprouve de la difficulté à préparer ses repas, à une mobilité

réduite occasionnant des chutes, ou a été agressée ou violentée dans son milieu familial. S'il s'agit d'événements qui se produisent fréquemment, on doit questionner la personne pour en connaître la cause et intervenir au besoin;

- une odeur d'urine peut révéler un abus de substances intoxicantes, une certaine confusion ou encore un problème d'ordre médical, comme l'incontinence, auquel des mesures correctives doivent être apportées;
- la perte soudaine d'appétit ou d'intérêt pour l'alimentation peut révéler un état dépressif, un choc émotif, un problème de santé physique, tel qu'une fatigue ou un épuisement extrême, ou encore un problème de mobilité rendant la consommation de repas difficile;
- une perte soudaine de poids peut révéler l'existence d'un problème de santé physique ou mentale ou encore d'un choc émotif occasionné par la mort d'un proche, le divorce d'un enfant, etc. Il est important d'en vérifier la cause auprès du locataire ou de ses proches et de suggérer au locataire de consulter un médecin.



Consultez les fiches 41 et 43 pour obtenir plus d'information.

Si un ou plusieurs de ces problèmes se produisent de manière continue et persistante, il y a alors lieu que les administrateurs agissent avec prudence et suggèrent au membre aîné ou à sa famille de consulter un médecin, un psychologue ou un travailleur social, au besoin. L'intervention du CLSC peut s'avérer nécessaire.

Les protocoles d'intervention

La définition d'une bonne intervention

Toute intervention devrait adopter une approche globale, adaptée, positive, personnalisée, participative et interdisciplinaire¹. Plus précisément, une bonne intervention devrait viser le recouvrement de l'autonomie de la personne aînée. D'une part, l'intervention devrait favoriser le bien-être physique, mental et

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, Québec, octobre, p. 10-11.

émotionnel, le développement personnel et le maintien optimal de l'autonomie de toute personne. D'autre part, elle devrait répondre aux besoins et aux attentes des personnes en adaptant leur environnement physique et en favorisant l'adaptation de l'entourage de la personne, notamment le personnel soignant, les bénévoles et la famille¹.

De façon générale, le continuum d'intervention en cas de perte d'autonomie liée au vieillissement comprend trois dimensions importantes :

- prévenir la perte d'autonomie par la promotion de mesures adaptées, la prévention et la protection des personnes;
- guérir la perte d'autonomie. Cette dimension se traduit par l'évaluation des besoins, l'élaboration de plans d'intervention en fonction des besoins et une intervention soutenue;
- soutenir par l'entremise de ressources communautaires offrant des services de soins, de soutien et d'hébergement adaptés aux besoins de la clientèle.

D'autres mesures d'intervention ont été proposées à l'égard de différentes problématiques engendrées par la perte d'autonomie.

Le protocole d'intervention dans les coopératives d'habitation

Les coopératives d'habitation bénéficient de peu de latitude quant aux interventions possibles auprès de leurs membres aînés ou en légère perte d'autonomie. En effet, le conseil d'administration de la coopérative d'habitation ne peut pas communiquer avec le CLSC et les ressources communautaires sans le consentement du membre concerné ou d'un membre de sa famille. Il est conseillé d'en discuter avec le membre ou sa famille afin de trouver une solution appropriée à la situation. Le membre qui interviendra auprès d'une personne potentiellement en perte d'autonomie devra toujours agir avec prudence en évitant d'émettre des conclusions hâtives ou encore d'ébruiter des situations qui pourraient n'être que temporaires.

Des pistes d'action et d'intervention sont proposées afin de soutenir les membres aînés ou en légère perte d'autonomie, notamment :

¹ *Ibid.*, p. 10.

- développer et adopter une philosophie de vie qui permet aux personnes d'exercer leurs choix, de prendre leurs décisions et de pratiquer leurs activités de la vie quotidienne;
- offrir des programmes d'activités qui favorisent le maintien de l'autonomie;
- encourager la participation des membres à la vie associative;
- favoriser l'accueil de personnes risquant de perdre davantage leur autonomie, faute d'encadrement et d'organisation dans leur milieu de vie;
- adopter la tolérance zéro quant aux situations d'abus ou d'exploitation dont les membres pourraient être victimes.

Plus précisément, les coopératives d'habitation peuvent intervenir dans des situations de perte d'autonomie en réalisant les actions suivantes :

- vérifier la situation ou les faits auprès de la personne elle-même ou de ses proches pour en déceler l'origine ou la cause;
- suggérer au locataire de consulter un médecin, un psychologue ou un travailleur social, au besoin;
- discuter avec la personne de la possibilité de demander le soutien ou l'intervention d'un CLSC si la situation est permanente ou s'aggrave.



À titre d'exemple, prenons le cas d'un membre aîné qui se sent inutile ou impuissant et qui présente des signes de dépression. Dans ce cas particulier, il est d'office de vérifier auprès de lui ou de ses proches si un événement grave, pouvant être à l'origine de ce sentiment, est survenu dans sa vie, dans celle d'un membre de sa famille ou de son entourage. Si ce n'est pas le cas, tenter d'inciter la personne à parler de la situation avec un ami, un professionnel ou un bénévole, et à éviter l'isolement. Bref, offrir un soutien à la personne en perte d'autonomie et la guider vers les ressources adaptées à ses besoins.

Les outils d'évaluation de la perte d'autonomie

Dépister la perte d'autonomie chez une personne aînée n'est pas simple. Certes, les indices comportementaux mentionnés ci-dessus sont très utiles lorsqu'on

soupçonne une perte de capacité. Toutefois, des outils développés par les établissements publics et les organismes communautaires servant à détecter les personnes à risque sont désormais disponibles. En fait, depuis quelques années, dans certains centres hospitaliers et CSSS du Québec, l'outil PRISMA-7 est en voie d'implantation.

Il s'agit d'un outil d'évaluation comportant sept questions permettant de repérer les aînés en perte d'autonomie. Basé sur le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), une composante de l'outil multicientèle, l'outil PRISMA-7 permet de déceler les personnes en perte d'autonomie modérée à grave dont on ne connaît pas l'état. S'il ne permet pas d'établir un diagnostic, il indique que le patient présente quelques problèmes et qu'une évaluation complète est nécessaire.

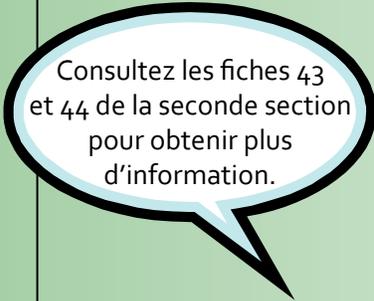
Consultez
l'outil PRISMA-7 à
l'annexe 1.

En fait, cet outil offre une occasion de détecter les personnes vulnérables avant qu'elles ne soient trop avancées dans le processus de perte d'autonomie, ce qui augmente le potentiel d'intervention. L'outil PRISMA-7 peut être utilisé par l'entremise d'un guichet unique, soit par téléphone, soit par des cliniciens ou des bénévoles formés à son utilisation, des fournisseurs de services à domicile, des membres du personnel de l'urgence ou encore les bénévoles de divers organismes communautaires.

Une version
détaillée du question-
naire se retrouve à
l'annexe 2.

Notons aussi que les CSSS offrent un programme de dépistage nutritionnel pour les personnes aînées. Les résultats obtenus au questionnaire de dépistage indiquent le degré de risque, diverses interventions sont proposées à la personne aînée par la nutritionniste et un suivi est effectué ultérieurement. Le protocole consiste en une collecte des données sur le mode de vie de l'aîné et en la suggestion de solutions comme la prise de repas en groupe, des encouragements pour augmenter les apports alimentaires, le recours aux services des popotes roulantes et autres.

Encore une fois, ces deux derniers outils ne peuvent être utilisés sans le consentement de la personne potentiellement en perte d'autonomie ou d'un membre de sa famille. Il est donc de mise de discuter avec eux de la fonction de ces outils et des possibilités s'offrant à eux.



Consultez les fiches 43 et 44 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Il est important de retenir que les établissements de santé publics font le dépistage de personnes âgées à risque et que, dans la plupart des cas, ils les réfèrent vers des ressources communautaires qui les prendront en charge. Il faut se rappeler que les établissements de santé publics offrent des services de première ligne aux personnes âgées en perte d'autonomie et que les ressources communautaires offrent des services de soutien. Toutefois, certaines pistes d'action ont été suggérées dans l'optique d'un continuum lié à la perte d'autonomie.

En ce qui a trait à la prévention, les personnes âgées en perte d'autonomie ou présentant un risque souffrent le plus souvent de diverses pathologies ou sont aux prises avec des conditions les rendant vulnérables. Le rôle de l'équipe de soins consiste donc à réduire les risques et à renforcer les capacités et le potentiel résiduel des personnes. C'est pourquoi des interventions portant sur la consommation de médicaments, l'importance de rester actif dans la communauté et d'autres volets sont offerts à cette clientèle.

Pour ce qui est de la dimension guérison du continuum d'intervention, les établissements et les organismes communautaires offrent des services médicaux de première ligne et doivent favoriser l'accès à ces services aux personnes qui en présentent le besoin. En dernier lieu, afin de soutenir l'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, les établissements publics doivent collaborer avec les organismes communautaires. Ils doivent s'assurer de favoriser l'accessibilité aux services de soutien et d'aide à domicile, aux services spécialisés et assurer la continuité, la coordination et la collaboration entre les différents partenaires du milieu communautaire.

Les troubles de santé mentale chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie

Consultez les fiches 39 à 42 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Des indices comportementaux et environnementaux peuvent nous révéler la possibilité d'une perte d'autonomie d'ordre cognitif. Sur le plan comportemental, il faut porter une attention particulière aux signaux suivants :

- la négligence vestimentaire;
 - la présence d'hématomes;
 - des pleurs fréquents;
 - l'agressivité;
 - un sentiment constant de persécution;
- la perte d'énergie;
 - la fatigue ou l'apathie;
 - l'isolement;
 - la perte d'intérêt;
 - des oublis importants et fréquents;
 - la tenue de propos incohérents.

Par rapport au milieu de vie, il est à considérer :

- les pièces encombrées ou mal entretenues;
- la présence d'ordures ménagères, d'odeurs suspectes ou de plantes desséchées;
- l'interruption du paiement du loyer de façon soudaine et contraire aux habitudes de la personne.

Des approches dites non pharmacologiques sont aussi envisageables pour aider les personnes souffrant de troubles cognitifs. Des thérapies sous forme de zoothérapie, de musicothérapie ou de thérapie occupationnelle sont proposées. Notons aussi des interventions d'enseignement et de soutien, basées sur de l'information, de la formation, du soutien, la réminiscence, l'orientation vers la réalité, la validation ou la stimulation sensorielle.



Consultez la fiche 42 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Lorsqu'une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer, la Société Alzheimer transmet de l'information supplémentaire sur les signes précurseurs, la vie au quotidien et l'aide à apporter. D'après la Société, les 10 signes et symptômes suivants sont observés chez les personnes qui reçoivent un diagnostic de la maladie d'Alzheimer :

- des pertes de mémoire qui nuisent aux activités quotidiennes (rendez-vous, numéros de téléphone, etc.);
- un problème de langage;
- une désorientation dans le temps et l'espace;
- un jugement amoindri;
- des difficultés devant les notions abstraites;
- des objets égarés;
- des changements d'humeur ou de comportement;
- des changements de personnalité;
- une perte d'intérêt.

Ces personnes ont également de la difficulté à exécuter les tâches quotidiennes, à veiller à leur hygiène et à communiquer. Pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'aide et le soutien ne suffisent pas. La personne a besoin d'être valorisée, d'avoir de la compagnie, d'être informée et rassurée quant à son avenir et à l'évolution de sa maladie. Ces personnes doivent exploiter leurs habiletés et leurs talents et s'efforcer de poursuivre une vie active et autonome.

Toutefois, il ne revient pas à la coopérative d'habitation de prendre en charge une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le conseil d'administration doit informer la famille de ses doutes quant à l'état de santé du membre en question. Des mesures adaptées devront être prises afin d'orienter la personne vers les services adéquats.



Le dépistage de la dépression

Même si certains sujets sont tabous, lorsqu'on aborde la santé mentale, on ne doit pas négliger de traiter de la dépression et du suicide. En raison de troubles physiques ou d'expériences de deuil dans leur entourage, les personnes âgées risquent la dépression et le suicide, comme toute autre clientèle. Les écrits portant sur la dépression chez les personnes âgées relèvent un certain nombre de facteurs de risques, entre autres, les maladies physiques et la prise de médicaments. Parmi les maladies pouvant mener à la dépression, nous comptons :

- l'hypothyroïdie;
- les néoplasies et les métastases;
- les accidents vasculaires cérébraux;
- la démence;
- la maladie de Parkinson;
- les maladies avec détérioration aiguë nécessitant des soins intensifs.

Au chapitre des médicaments, notons que la consommation abusive est souvent responsable ou révèle une dépression chez la personne âgée. Parmi ces médicaments, nous comptons :

- les antinéoplasiques;
- les antiparkinsoniens;
- les antipsychotiques;
- les traitements contre les maladies cardiovasculaires;
- les sédatifs;
- les hypnotiques;
- les stéroïdes;
- les hormones;
- les stimulants;
- l'alcool.



Chez les personnes âgées, les symptômes de dépression peuvent être masqués par nos préjugés âgistes. Dans l'imaginaire collectif, les personnes âgées sont souvent considérées comme étant peu actives, manifestant peu d'intérêt, se plaignant de divers maux. Or, sachez que ces éléments peuvent constituer

des symptômes d'un état de détresse psychologique majeure chez l'aîné. Des outils de dépistage de la dépression gériatrique en usage dans les milieux institutionnels existent. La dépression majeure chez la personne âgée se traduit par :

- la perte d'intérêt et de plaisir souvent plus accentuée que l'humeur dépressive;
- l'humeur dépressive souvent masquée par un dysfonctionnement physique ou social;
- la faible conscience d'être déprimée;
- des plaintes somatiques plus fréquentes;
- l'anxiété souvent associée à l'état dépressif;
- la perte de poids;
- l'insomnie;
- la baisse du rendement intellectuel qui se manifeste par :
 - o une diminution de l'attention;
 - o une diminution de la concentration;
 - o une diminution de la capacité d'abstraction;
 - o une diminution du raisonnement logique;
 - o une diminution de la mémoire des faits récents.
- le retrait social, c'est-à-dire l'évitement de certaines situations sociales, la soumission aux préjugés sociaux (vieillard apathique, dépendant);
- la présence occasionnelle de conduites régressives :
 - o l'hygiène corporelle négligée;
 - o la malpropreté du logement;
 - o l'incontinence occasionnelle;
 - o la dépendance excessive aux proches;
 - o le refus de se lever, de manger, de parler, de s'habiller ou autres.
- les idées paranoïaques, surtout en présence de problèmes de surdité ou de cécité;
- le sentiment de persécution;
- les proches qui signalent que la personne a pris un « coup de vieux ».

Les mesures d'intervention lors de la dépression

Il existe souvent plusieurs protocoles d'intervention informels en cas de dépression. Diverses approches thérapeutiques sont mises de l'avant. Dans la plupart



des cas, il est suggéré qu'un professionnel de la santé, tel qu'une infirmière ou un travailleur social, soit engagé pour offrir un soutien aux aînés. Quoi qu'il en soit, voici une description des différentes approches qui ont cours dans un contexte de dépression dans notre société.

L'approche de soutien permet de favoriser l'expression des sentiments de la personne âgée et de l'encourager à augmenter ses activités, à rétablir ses contacts sociaux et à changer sa vision du monde et d'elle-même. L'approche cognitive permet quant à elle de développer l'apprentissage de mécanismes adaptatifs pour composer avec les situations conflictuelles. Pour sa part, l'approche comportementale vise la modification d'un comportement dysfonctionnel par renforcements positifs ou négatifs. L'approche de résolution de problèmes permet de cerner les problèmes, de trouver les solutions appropriées et d'en vérifier l'efficacité.

Par ailleurs, la technique de remotivation/resocialisation consiste à développer ou à accroître l'intérêt de la personne par l'entremise d'activités à caractère social. La réminiscence consiste à encourager les personnes âgées à se remémorer leur passé. Quant à la musicothérapie et à la zoothérapie, elles permettent d'oublier les contrariétés quotidiennes en écoutant de la musique, en jouant d'un instrument de musique ou en exprimant ses émotions par un contact fréquent avec un animal.

Il arrive parfois que la dépression chez les personnes âgées s'aggrave et que l'éventualité d'un suicide soit imminente. Certains facteurs de risques méritent une attention particulière. La personne âgée nourrissant des idées suicidaires présente souvent le profil suivant :

- âgée de 75 ans ou plus;
- de sexe masculin;
- de race blanche;

- à faible revenu;
- isolée socialement;
- veuve ou divorcée;
- endeuillée;
- souffrant de maladies physiques multiples;
- souffrant de maladies psychiatriques associées, telles que la dépression et les troubles de panique;
- aux prises avec un problème d'abus, comme la dépendance à alcool;
- a tenté de se suicider dans le passé;
- a un comportement impulsif.

Consultez les fiches 48 à 51 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Les actions à réaliser lorsqu'une personne parle de suicide

Outre le fait d'utiliser les lignes d'écoute, telles que Tel-écoute et Tel-Aînés ou d'autres ressources locales, la première chose à faire consiste à écouter la détresse de la personne et de la diriger vers une personne ressource dont le champ de compétences se situe sur le plan personnel, social, communautaire ou médical pour qu'elle obtienne un soutien psychologique. En aucun cas, tenter de raisonner la personne par diverses mesures aléatoires. Il est préférable de l'orienter vers les ressources appropriées.

La mobilité réduite chez les personnes âgées

La mobilité réduite chez les personnes âgées est aussi liée à la perte d'autonomie. Les chutes sont l'une des principales causes de la réduction de la mobilité. En effet, d'après les écrits :

- les chutes représentent l'accident domestique et non domestique le plus courant chez les aînés, et constituent près de 70 % des accidents;
- les probabilités de chuter augmentent avec l'âge et sont plus importantes chez les femmes;
- dans plus de 90 % des cas, les victimes sont âgées de 65 ans ou plus;
- environ le tiers des personnes appartenant à cette catégorie d'âge chute au moins une fois par année et entre 8 % et 17 % d'entre elles sont victimes de chutes répétées;
- la situation est d'autant plus fréquente chez les personnes de 80 ans ou plus.



La majorité de ces accidents se produisent dans et autour de la maison. Ils ne sont pas associés à une activité spécifique, comme le jardinage, le bricolage, faire les courses, la pratique de sports et de loisirs. Les chutes sont plutôt causées par un ensemble de facteurs en interaction. Le comportement et le style de vie, l'individu lui-même et le processus de vieillissement ainsi que l'environnement sont autant de facteurs déterminants. Leur importance peut varier selon les personnes et la nature des chutes. Heureusement, des mesures de prévention peuvent être mises en place pour prévenir ce type d'accident.

Le dépistage et les possibilités de prévenir les chutes

Le style de vie et le comportement

Maintenir un bon degré d'activité physique est une bonne façon de prévenir la détérioration musculaire et osseuse, la diminution de la capacité cardiovasculaire et respiratoire, la perte de souplesse et d'équilibre. C'est donc dire que l'activité

Consultez les fiches 30 à 38 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

physique permet de rester autonome plus longtemps. Pour en retirer les bienfaits, la personne doit en pratiquer fréquemment, pendant une période de 30 minutes à une heure par jour, en une ou en plusieurs fois. L'activité physique doit donc devenir un élément central de l'hygiène de vie de la personne âgée.

Avec l'âge, la capacité d'absorption des protéines, du calcium et de la vitamine D de l'organisme diminue. Ce phénomène met en danger la préservation du capital osseux et musculaire de la personne. Une alimentation de qualité, en suffisance et associée à l'exercice physique est donc indispensable.

La prise de médicaments soulage et guérit, mais peut également comporter des effets secondaires. Certains médicaments augmentent le risque de chutes et de fractures chez les personnes âgées plus fragiles, souffrant de troubles de l'équilibre, de faiblesse ou éprouvant de la difficulté à se déplacer. C'est le cas :

- des somnifères;
- des médicaments contre l'anxiété;
- des médicaments contre la dépression.

Afin de réduire les risques de chutes, les médicaments doivent être consommés de façon contrôlée et modérée. Certaines mesures peuvent aider à diminuer les risques, notamment :

- connaître la fonction des médicaments : pour l'angoisse, pour mieux dormir, contre la dépression, pour diminuer la tension, etc. Il convient de s'informer auprès de son pharmacien, de son médecin ou d'une infirmière;
- limiter la prise de somnifères ou de médicaments contre l'angoisse au strict nécessaire et pendant une période déterminée. Ils sont souvent plus une habitude qu'une nécessité;
- décider avec son médecin s'il faut continuer, diminuer la dose ou arrêter de



consommer ses médicaments;

- garder en tête que plus la prise de médicaments augmente, plus les risques d'effets secondaires et d'erreurs s'accroissent. Certains sont indispensables, d'autres moins, d'autres ne sont plus indiqués;
- être conscient que les troubles de mémoire ou une vue réduite peuvent augmenter les risques d'erreurs;
- obtenir l'aide d'un professionnel de la santé si nécessaire.

D'autres mesures de prévention s'adressent aux aînés, telles que l'amélioration de la vision par le port de lunettes adaptées, l'opération d'une cataracte ou un traitement ophtalmologique, le port de chaussures soutenant adéquatement le pied et l'utilisation d'une canne, lorsque nécessaire.

Les facteurs de risques associés au vieillissement

La perte de capacités attribuable au processus de vieillissement est une cause majeure de chutes. Une personne aînée peut présenter un manque d'équilibre réduisant sa mobilité. Elle peut être aux prises avec des troubles de la vue, une alimentation déficiente ou vivre des événements affectant sa vie et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ainsi, il est de mise de demeurer à l'affût de certains signes et symptômes.

La personne aînée qui présente un risque plus élevé de chute :

- est aux prises avec un manque d'équilibre et de la difficulté à marcher. Les signes et symptômes suivants peuvent révéler un trouble si la personne :
 - o éprouve une faiblesse musculaire;
 - o éprouve des difficultés à se lever d'une chaise;
 - o manque d'équilibre;
 - o a peu d'équilibre lors des changements de direction;
 - o recherche un appui lors de ses déplacements;
 - o a peur de tomber;
 - o a peur de ramasser un objet par terre;
 - o a peur de marcher à l'extérieur et ne sort plus;
 - o éprouve des sensations de douleur lorsqu'elle marche.
- ressent des sensations de vertige et des malaises :

- o a des vertiges ou des étourdissements au lever du lit;
- o a des vertiges ou des étourdissements lors des changements de direction.
- a des troubles de la vision :
 - o a de la difficulté à voir les obstacles;
 - o se plaint du fait qu'il fait sombre malgré un bon éclairage;
 - o ne porte pas ses lunettes.
- a une alimentation déficiente :
 - o perd du poids sans le vouloir;
 - o perd l'appétit;
 - o néglige la préparation des repas.
- consomme des médicaments dits « à risque de chute » ou de l'alcool :
 - o consomme plus de quatre médicaments;
 - o absorbe des médicaments qui ont un effet sédatif (somnifères, tranquillisants, sédatifs ou antidépresseurs) ou qui baissent la tension (diurétiques, hypotenseurs);
 - o abuse de l'alcool.
- vit des événements la rendant plus vulnérable à la perte d'autonomie, dont :
 - o une dépression;
 - o un épisode aigu de fièvre, d'infection urinaire ou autre malaise courant;
 - o une incapacité à réaliser une activité courante du quotidien.

L'environnement et les possibilités de prévention

Les aînés peuvent apporter une foule de petites améliorations à leur domicile afin de le rendre plus sécuritaire. Voici quelques suggestions pour sécuriser les pièces où les risques de chutes sont les plus grands.

De façon générale, à l'intérieur d'un logement, il est conseillé d'éviter de placer des objets encombrants dans les espaces restreints : de petits meubles, des plantes ou des sacs dans les passages menant à la porte ou au téléphone. L'installation de range-fils pour éviter de se prendre les pieds est aussi souhaitable. Il est possible de recouvrir les surfaces glissantes de tapis antidérapants, de doter le domicile de points d'appui pour se soutenir, de vérifier la qualité de l'éclairage dans toutes

les pièces ou encore de laisser à portée de main les ustensiles, les vêtements ou tout objet dont on se sert souvent.

Plusieurs pièces renferment des éléments pouvant nuire à la mobilité des personnes âgées, à commencer par la salle de bain. Près de la moitié des chutes chez les aînés résidant à domicile se produisent dans cette pièce. Aussi, de nombreuses précautions sont de mise. Pour réduire les risques de chutes, on peut recouvrir les carrelages d'antidérapants et installer un tapis antidérapant au fond de la baignoire. On peut aussi fixer une barre d'appui au mur pour faciliter la sortie de la baignoire. L'installation d'un siège de toilette surélevé et de poignées pour se relever plus facilement est aussi une mesure à envisager. Il est aussi recommandé d'éviter de marcher dans l'eau savonneuse, car les surfaces glissantes sont à l'origine de nombreuses chutes.

Pour ce qui est de la cuisine, on peut ranger les casseroles lourdes à portée de main et non dans les armoires les plus hautes, où elles sont plus difficiles d'accès. On peut aussi penser à utiliser une petite table roulante pour transporter sans effort les instruments lourds et éviter de marcher pieds nus sur le carrelage.

Les chambres et le salon renferment aussi des éléments à risque. Entre autres, des fils électriques qu'il faudrait éviter de laisser traîner. Il faudrait aussi éviter de placer des objets encombrants dans les passages, placer des adhésifs antidérapants sous les tapis et éviter de cirer les planchers. Dans les chambres, on peut penser à rendre les télécommandes, telles que celle de la télévision, accessibles depuis le lit ou veiller à ce que le lit ne soit pas trop haut.

Dans les escaliers, il est important d'installer une rampe le long des murs et des plaques antidérapantes sur chaque marche. Les déplacements y seront plus sécuritaires.

En dernier lieu, il est suggéré de sécuriser l'accès à l'immeuble et la cour arrière. L'accès à l'immeuble peut comporter des escaliers sans rampe de



chaque côté, des portes difficiles à ouvrir, un mauvais éclairage ou un sol inégal, irrégulier ou glissant. L'utilisation d'outils dans la cour arrière ou le jardin comporte aussi un risque de blessures. Entre autres, l'escabeau devrait être utilisé en présence d'un tiers.

Il n'existe pas de protocole d'intervention clair et défini pour aider les gens à mobilité réduite. Le plus souvent, il s'agit plutôt d'un ensemble de mesures et de précautions suggérées à l'intention des aînés et des établissements.

En complément à ces mesures, il est possible de participer au programme de prévention des chutes offert par les organismes publics, tels que les CSSS. Il s'agit du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)¹ qui vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés autonomes préoccupés par leur équilibre. Ce programme poursuit cinq objectifs :

- améliorer l'équilibre et la force des jambes des participants;
- habiliter les aînés à aménager leur domicile et à adopter des comportements sécuritaires;
- améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle à l'égard des chutes;
- contribuer à garder les os en santé;
- favoriser le maintien d'une pratique régulière d'activités physiques.

Ce programme est offert à des groupes de 10 à 15 participants et se déroule dans des salles communautaires. À noter qu'il ne répond pas aux besoins de tous. Les personnes âgées à équilibre trop précaire ou présentant des troubles de santé pouvant être aggravés par des exercices intensifs devraient être orientés vers d'autres programmes, ou d'autres activités, comme le tai-chi ou la marche rapide.

Le programme PIED dure 12 semaines et comprend trois volets, soit les exercices en groupe d'une durée d'une heure, deux fois par semaine, les exercices à domicile, d'une durée de 30 minutes, une fois par semaine et les capsules de

¹ Direction de la Santé publique de Montréal-Centre, 2002. *Programme intégré d'équilibre dynamique* (PIED). www.santepub-mtl.qc.ca.

discussion sur la prévention des chutes, d'une durée de 30 minutes, une fois par semaine.

Les participants exécutent des exercices en groupe deux fois par semaine. Chaque rencontre est divisée en quatre parties :

- exercices de proprioception et vestibulaires;
- activités d'intégration de l'équilibre (marche à obstacles, mouvements inspirés du tai-chi);
- exercices de renforcement (avec bandes élastiques Theraband®);
- mouvements d'assouplissement.



Au cours des 12 semaines du programme, les participants sont invités à exécuter une douzaine d'exercices à la maison, une fois par semaine. Jumelé aux exercices en groupe, ce programme à domicile leur permet d'atteindre trois pratiques par semaine, ce qui constitue un degré d'entraînement jugé efficace. À la suite des 12 semaines, les participants sont encouragés à poursuivre leur entraînement à domicile, plusieurs fois par semaine, afin de maintenir les bénéfices de leur participation au programme.

Une dizaine de capsules de discussion ont lieu immédiatement à la suite des rencontres d'exercices. Les thèmes abordés sont :

- prévenir les chutes dans chacune des pièces du domicile;
- garder ses os en santé (en collaboration avec Ostéoporose Québec);
- choisir des souliers sécuritaires;
- utiliser les médicaments de façon rationnelle;
- garder la forme après le programme PIED.

Au cours de ces capsules, l'animateur utilise une approche participative et favorise les échanges dynamiques entre les participants. Des techniques d'animation, telles que des mises en situation ou des grilles d'évaluation, sont utilisées pour amener les participants à adopter des comportements sécuritaires.

Les mauvais traitements envers les personnes âgées

Les mauvais traitements sont souvent synonymes d'abus, de violence ou de négligence envers les personnes. Il en existe divers types. Tout d'abord, l'abus financier consiste en :

- un vol de biens de la personne;
- un détournement de fonds;
- une procuration frauduleuse;
- une vente forcée de la résidence;
- un contrat de services fictif;
- un refus de rembourser un emprunt;
- une réclamation d'héritage avant le décès de la personne.

Les abus financiers s'accompagnent souvent de chantage et de menaces à l'encontre de la victime. L'abus financier peut engendrer une dépression, des pensées suicidaires, un sentiment de solitude ou un manque d'intérêt à l'égard des activités de la vie quotidienne chez la personne qui en est victime.

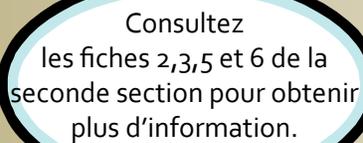
L'abus psychologique est une autre forme de mauvais traitements. Il a pour objectif de contrôler la personne en suscitant la peur, l'insécurité et la culpabilité. Les moyens utilisés sont le plus souvent l'injure, les reproches injustifiés, le dénigrement et l'intimidation.

L'abus psychologique diminue de façon significative l'autonomie de l'aîné et encourage le recours à l'institutionnalisation. Il entraîne généralement la confusion, la dépendance, la peur, la dépression. Notons aussi que la personne peut ressentir un sentiment de culpabilité et qu'une détérioration de la santé peut s'ensuivre. La peur et l'insécurité consécutives à la violence affectent le comportement, modifient de façon négative les rapports avec l'entourage et renforcent l'isolement.

En ce qui a trait à l'abus physique et sexuel, les victimes sont généralement bousculées, pincées, rudoyées et frappées. Certaines personnes subissent des sévices ou se voient contraintes de prendre des médicaments les rendant

davantage soumises. Il peut en résulter une détérioration générale de l'état de santé, la dépression, le désespoir, l'ennui, la tristesse, l'insomnie, un manque d'appétit chronique et de la culpabilité.

Notons aussi que la négligence peut constituer une forme d'abus à l'égard des personnes dont on prend soin. L'abus par négligence consiste à omettre de prodiguer des soins essentiels à une personne, la priver d'une nourriture adéquate, de médicaments essentiels, de soins hygiéniques de base et d'une vie sociale significative. La personne négligée peut développer des troubles, tels que l'insomnie ou un état dépressif, et exprimer le souhait de mourir.



Consultez les fiches 2,3,5 et 6 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Il peut également y avoir abus et négligence de la part du personnel soignant ou de proches. Ces comportements se traduisent par les signes suivants :

- l'absence de soutien adéquat pour l'alimentation;
- les pièces trop petites ou mal aérées;
- la négligence quant au soulagement de la douleur et des états dépressifs.

Les mesures de dépistage et d'intervention en cas de mauvais traitements infligés aux aînés

Se préoccupant du bien-être des personnes dont elles ont la charge, les institutions ont jugé important de dépister et d'intervenir correctement dans de telles situations. C'est pourquoi des protocoles à l'intention du personnel ont été élaborés. Ces mesures de dépistage et ces protocoles d'intervention sont adaptables et peuvent être utilisés par les coopératives d'habitation et les proches de personnes potentiellement victimes d'abus.

Le profil de la victime

La victime d'abus de toutes sortes et de mauvais traitements présente le plus souvent les caractéristiques suivantes :

- elle vit seule et est âgée de 75 ans ou plus;
- elle est mariée et a déjà vécu des problèmes de violence;
- elle est très dépendante pour ses soins de base (alimentation et hygiène);

- elle souffre d'une maladie mentale ou dégénérative;
- elle reçoit le soutien d'une même personne depuis longtemps;
- elle vit seule et reçoit rarement de la visite;
- elle souffre d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne;
- elle a peu de contacts avec sa famille;
- elle entretient des relations avec un seul membre de sa famille qui, lui, vit des difficultés économiques;
- elle n'a pas le contrôle sur ses avoirs financiers ou sur son argent;
- elle est traitée pour des symptômes de dépression;
- elle présente des troubles du comportement (déambulation, agressivité élevée, cris et plaintes);
- elle ne peut pas communiquer ses expériences ou ses émotions;
- elle souffre de douleurs chroniques peu ou pas soulagées;
- elle est désorientée dans le temps;
- elle vit sous le même toit que la personne qui la maltraite;
- elle hésite à porter plainte ou refuse de le faire.

Le profil de l'abuseur

Il existe deux profils d'abuseurs. L'abuseur peut être un membre de la famille ou un étranger. Dans chacun des cas, des caractéristiques et des comportements peuvent révéler la présence d'abus. L'abuseur membre de la famille présente les caractéristiques suivantes :

- il vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps;
- il ne reçoit aucune gratification et accepte mal la charge de soignant;
- il est une personne salariée qui ne reçoit aucun soutien ou supervision pour cette charge;
- il est isolé socialement;
- il souffre de problèmes de santé;
- il ne possède pas les compétences pour s'occuper d'une personne malade;
- il est dépendant financièrement de la victime ou éprouve des difficultés financières;
- il est alcoolique ou toxicomane ou consomme régulièrement des psychotropes;

- il souffre du syndrome d'épuisement professionnel ou d'un burn-out, d'une surcharge de travail ou vit des problèmes familiaux;
- il ne reçoit pas ou refuse l'apport de services communautaires.

L'abuseur étranger de la famille comporte un profil semblable, en plus de présenter les caractéristiques suivantes :

- il est un préposé au service des soins de santé;
- il est mal préparé à assumer la charge d'une personne dépendante;
- il manque de supervision et travaille de façon isolée;
- il est soumis à d'autres facteurs de stress, tels que l'alcoolisme, la toxicomanie, des problèmes de santé, des problèmes d'ordre social ou financier.

Il est possible de prévenir les situations d'abus à domicile. Certains indices, liés tant à l'abuseur qu'à la victime, tels que des changements d'attitudes et de comportements, peuvent laisser transparaître une situation d'abus.

Les indicateurs de mauvais traitements de la part de l'abuseur envers la personne aînée

Dans toute situation d'abus, l'abuseur cherche à camoufler ses actes. Cependant, certains de ces comportements peuvent révéler des situations d'abus envers la personne dont il a la charge. Il s'agit de divers indices comportementaux fréquemment relatés dans les situations d'abus de toutes sortes. On soupçonne une situation d'abus lorsque l'abuseur :

- dépense plus d'argent qu'à l'habitude ou refuse de rendre compte de son administration;
- harcèle ou isole la victime;
- se plaint du comportement de la personne aînée;
- montre un comportement agressif;
- déprécie et insulte la victime;
- réprimande, menace et critique constamment la victime;
- se montre inutilement exigeant;
- apparaît méfiant et soupçonneux à l'égard des étrangers;
- refuse de laisser la victime seule avec un tiers;
- prive la personne aînée de nourriture et de soins;

- menace d'interrompre ou interrompt le service à domicile;
- répond systématiquement à la place de la personne aînée.

Les indicateurs de mauvais traitements chez la personne aînée

Souvent, la victime n'osera pas dénoncer la situation d'abus parce qu'elle craint les représailles de la part de l'abuseur ou a peur de ne pas être prise au sérieux. Plusieurs indices peuvent nous aider à rester à l'affût d'une telle situation. On soupçonne qu'une personne aînée est victime d'abus lorsqu'elle :

- paraît trop calme devant l'excès;
- apparaît négligée dans son apparence;
- vit en réclusion évidente;
- paraît effrayée et méfiante;
- se plaint d'un manque de chauffage ou de ventilation dans sa chambre;
- requiert la permission d'un tiers pour répondre à des questions;
- subit une perte de poids inexplicable médicalement;
- manifeste un changement brusque d'humeur;
- exprime son intention de se séparer de son conjoint ou de déménager;
- dit qu'on lui doit de l'argent ou qu'il lui en manque;
- dit qu'on la maltraite;
- est incapable ou est embarrassée d'expliquer ses blessures;
- raconte des histoires répétitives de chutes inexplicables;
- menace de se suicider ou souhaite mourir;
- présente des symptômes de dépression : insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents.

Les mesures d'intervention lors de situations de mauvais traitements

Heureusement, il existe des avenues possibles pour affronter les situations d'abus. Les victimes, les proches et les intervenants doivent jouer un rôle proactif pour briser le cercle de l'abus. Des façons de procéder sont proposées pour briser l'isolement et mettre fin à de telles situations.

La victime

La solution la plus appropriée pour mettre fin au cycle abusif consiste à parler de la situation vécue avec un proche de confiance. Prévenir un membre de la

famille ou un ami et lui exposer la situation problématique est une bonne façon de briser le silence. Il est aussi possible de signaler le cas à un médecin ou à une infirmière à domicile. Plus les gens informés de la situation et prêts à aider sont nombreux, plus la victime est en mesure de faire cesser la situation problématique et les agissements de l'abuseur.

Des ressources communautaires sont aussi disponibles. Il est possible de demander l'avis du service social de quartier ou encore de dénoncer le cas à un organisme de retraités dont la mission consiste à défendre les droits des personnes âgées. Il ne faut surtout pas hésiter à alerter la police ou craindre de parler.

Consultez la fiche 15 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Un proche

Les proches de la victime peuvent également poser certaines actions. Il faut d'abord parler de la situation avec la victime. Elle a besoin d'être soutenue et protégée, d'autant plus qu'elle peut parfois se sentir coupable de la situation. Ensuite, il est nécessaire de clarifier la situation problématique, d'établir la séquence des événements, d'exposer les faits et de cibler les personnes impliquées. Il faut prévenir

la police si la personne âgée est en danger et consulter un avocat pour protéger les droits et les avoirs de la victime. Dans tous les cas, il faut aviser une personne de confiance pour établir la marche à suivre afin de ne pas rester seul avec le problème.

Mettre fin à ce type de mauvais traitements n'est pas toujours facile. C'est la raison pour laquelle des mesures d'intervention ont été proposées à l'intention des personnes âgées victimes d'abus. De façon générale, les mesures d'intervention consistent à écouter la victime et lui offrir son soutien, l'aider à clarifier la situation d'abus en notant les faits, les sources et les témoins des mauvais traitements infligés. Ces mesures prévoient également d'amorcer les démarches de signalement auprès des



responsables, d'accompagner la victime lors des suivis et de vérifier l'application des correctifs.

Consultez les fiches 3, 7, 13, 15, 19 et 51 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Les mesures d'intervention lors de situations d'abus financier

La victime

Les personnes âgées confrontées à des situations d'abus financiers peuvent réaliser un geste simple, mais très important, pour mettre fin à ce type d'exploitation : parler de la situation problématique. On conseille en effet à la victime de :

- parler à quelqu'un discrètement, en l'absence de la personne qui la maltraite ou l'exploite;
- parler à un membre de la famille ou à un ami de confiance. Demander de ne pas en parler avec l'agresseur avant d'avoir trouvé une solution ou de pouvoir compter sur une personne susceptible de protéger la victime;
- obtenir l'aide de quelqu'un qui saura rester discret jusqu'à ce que la victime juge important d'aller plus loin;
- parler à son médecin ou à une personne-ressource d'un CLSC et lui demander de l'aide;
- se confier ou demander conseil en téléphonant à Tel-Aînés ou à la ligne Info-Abus;
- discuter avec un responsable des plaintes en se faisant accompagner d'un membre du comité des usagers. S'il n'y en a pas, il faut communiquer avec le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de sa région;
- communiquer avec un représentant d'une institution financière, un notaire ou l'Office de la protection du consommateur.



Il est aussi conseillé de réaliser d'autres petits gestes visant à rompre le silence, à briser l'isolement ou à améliorer la sécurité du milieu de vie :

- faire partie d'un groupe d'amis qui se fréquentent régulièrement;
- apprendre à reconnaître les signes de l'exploitation financière (propriété, comptes bancaires et autres biens);
- garder son argent à la banque et non à la maison;
- faire déposer ses chèques de pension directement dans un compte au lieu de les faire poster à domicile;
- s'assurer de signer une entente précisant les modalités de remboursement lorsqu'un parent emprunte de l'argent;
- consulter un juriste pour établir une procuration;
- relire son testament de temps en temps;
- modifier son testament après mûre réflexion seulement;
- s'assurer que quelqu'un de confiance lise tous les documents juridiques et bancaires avant de les signer;
- parler à quelqu'un de confiance en cas de crainte d'exploitation financière. Cette personne peut être un ami, un parent, un membre du clergé, un directeur de banque, un médecin ou un agent de police.

Un proche

Il est aussi possible pour les membres de l'entourage de la victime d'intervenir adéquatement. Avant toute chose, il est conseillé de parler de la situation avec elle, car elle a besoin d'être soutenue et protégée. Ensuite, il faut clarifier la situation, aider à établir la séquence des événements, énoncer les faits et énumérer les personnes impliquées. Il est important d'établir l'urgence d'intervenir et de connaître les suivis à effectuer. Par la suite, il faut faire preuve de vigilance et prévenir une personne de confiance pour établir la marche à suivre et éviter de rester seul avec le problème. Enfin, avec le consentement de la victime, l'accompagner dans les démarches de plaintes ou la représenter devant les tribunaux, par exemple.

Les membres de la famille ou les amis d'un aîné peuvent également réaliser certains gestes, tels que :

- maintenir des liens étroits avec la personne aînée;
- discuter avec la personne aînée au sujet de la personne qui s'occupera de ses finances et qui aura la procuration si elle est frappée d'incapacité, c'est-à-dire

si elle ne peut plus prendre des décisions en raison de problèmes de santé physique ou mentale;

- offrir de l'aide ou de l'information sur les mesures à entreprendre;
- respecter le droit de la personne âgée à la vie privée et au secret, et n'agir que selon ses désirs.

La violation des droits de la personne

Une autre forme de violence réside dans la violation des droits de la personne. Il est possible de décrypter les signaux d'une violation des droits en observant les attitudes et les comportements de la personne âgée. Le droit à la liberté se manifeste aussi à travers la décision de la personne âgée de consommer ou non ses médicaments. Dans ces cas, les principes de base à adopter consistent à respecter l'humain et à favoriser l'indépendance de la personne dans ses choix.

Les mesures d'intervention lors de situations de mauvais traitements dans les coopératives d'habitation

Certains facteurs sont souvent associés à l'abus, à la violence et à la négligence. Parmi ceux-ci, notons le degré de dépendance affective, physique et financière entre la victime et l'agresseur, les problèmes de toxicomanie dans l'entourage, le degré de stress ainsi que l'épuisement des proches aidants et du personnel soignant. On mentionne que la perte d'autonomie engendrée par ces facteurs peut être accentuée par le manque de soutien familial ou social, par des perceptions âgistes ou par l'isolement social vécu par les personnes âgées. Conséquemment, il est important d'agir sur les facteurs de protection, par le renforcement du potentiel des aînés, le soutien aux proches aidants ainsi que l'accessibilité à un logement et à du transport adéquats.

L'instauration d'un comité des résidents est une alternative intéressante afin de venir en aide aux victimes de mauvais traitements. Ce comité a pour mission de veiller au bien-être des personnes âgées, d'assurer leur sécurité et de promouvoir leurs droits et leurs intérêts. Il est aussi souhaitable que les coopératives d'habitation se dotent d'une charte expliquant ce en quoi consiste le respect de la dignité, et ce, même si elles prônent des valeurs d'entraide et de respect. Les aînés sont aussi invités, par l'entremise des membres du conseil d'administration, à signaler

toute situation jugée inacceptable dans leur milieu de vie. Les comités de bon voisinage ont d'ailleurs le plus souvent pour mandat de régler ce type de situations problématiques.



Dans les cas où les mauvais traitements sont infligés par un membre de la famille ou par le personnel soignant, le recours possible est la *Charte des droits et libertés de la personne*, bien qu'un grand nombre de limitations quant aux interventions potentielles en découlent.

D'une part, certaines limitations freinent les moyens d'action des coopératives d'habitation, notamment la procédure d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux, qui est contrôlée par les centres de soins et de services sociaux. D'autre part, les coopératives d'habitation se butent une fois de plus à une procédure réglementée sur laquelle ils n'ont pas d'emprise, lorsque des actes professionnels qui se trouvent sous la responsabilité des ordres professionnels, sont réalisés dans des résidences privées. Il y a aussi la diminution de la couverture de l'aide juridique qui a pour conséquence de limiter l'accès des personnes âgées aux services de juristes. Enfin, il ne faut pas oublier que les âgés hésitent encore à dénoncer les mauvais traitements, souvent par crainte de représailles.

Les coopératives d'habitation peuvent toutefois tenter d'assurer la sécurité de l'environnement de la personne en adaptant les lieux par l'adoption de mesures simples comme le remplacement des poignées de portes pour réduire l'accès à l'immeuble à la personne qui maltraite, se prémunir d'un système d'alarme, etc. Mais il faut se rappeler que ces adaptations sont souvent à la charge de la victime, c'est-à-dire celle qui n'ose souvent pas dénoncer les mauvais traitements qu'on lui inflige.

Par ailleurs, notons qu'il existe des organismes à but non lucratif destinés aux personnes victimes de violence conjugale et de mauvais traitements.

Ces organismes constituent des refuges pour les victimes et offrent des services de soutien aux personnes.

Les mesures d'intervention lors de situations de mauvais traitements offertes par le milieu communautaire

Il est très difficile d'établir un protocole d'intervention dit universel dans le cas de mauvais traitements. Le secteur communautaire rassemble plusieurs organismes locaux proposant des mesures adaptées à leur milieu. Aussi, une consultation auprès des agences de la santé et des services sociaux nous permet de regrouper les actions et les programmes selon cinq catégories :

- la table de concertation relative aux abus;
- le plan d'action;
- les sessions de formation;
- les programmes;
- les politiques mises de l'avant.

La table de concertation constituée de cinq agences régionales a élaboré des mécanismes pour contrer les mauvais traitements envers les personnes âgées. Parmi eux, nous comptons :

- un guide de dépistage et d'intervention à l'intention du personnel de son réseau;
- un projet de sensibilisation aux situations d'abus vécues par les aînés et la proposition d'une méthode de suivi impliquant plusieurs ressources;
- des plans d'action visant à soutenir les milieux de vie et à renforcer le potentiel des aînés;
- des activités touchant aux thèmes de la violence et des abus;
- des sessions de formation relatives aux mauvais traitements à l'égard des aînés abordant la question des abus et de la violence, les stratégies de dépistage, d'intervention et de prévention;
- des programmes mettant l'accent sur la sensibilisation, l'information et la formation des intervenants;
- des colloques rassemblant des partenaires œuvrant auprès des aînés organisés



afin de favoriser le développement de compétences chez les intervenants et de les former sur la problématique spécifique des abus et sur les modes d'intervention pour répondre aux besoins des aînés.

D'autres programmes visent à améliorer la qualité de vie des aînés, tels que :

- l'évaluation des résidences privées;
- la surveillance de quartier;
- l'éducation à la sécurité;
- la qualité de vie en hébergement;
- l'assistance et l'aide aux personnes âgées;
- la mise en place d'une ligne téléphonique d'urgence.

Une agence s'est même dotée d'une politique précisant les règles et les principes à suivre pour la mise sur pied d'actions ou d'interventions auprès des personnes en perte d'autonomie physique ou psychique hébergées dans les résidences privées sans permis. Comme on peut le constater, les mécanismes d'intervention sont diversifiés et adaptés aux besoins de la communauté représentée.

Consultez la fiche 2 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Les mesures d'intervention lors de situations de mauvais traitements offertes par les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) se préoccupent aussi des abus à l'égard de la population vieillissante. Parfois, les actions font suite à des événements survenus sur leur territoire, parfois elles sont réalisées dans une intention de promotion et de prévention. Dans certains établissements, les interventions en matière de mauvais traitements sont encore au stade embryonnaire, se situant à l'étape de la prise de conscience ou de la sensibilisation. Pour d'autres, les interventions sont plus structurées.

Dans la plupart des CSSS, les activités de sensibilisation s'effectuent par l'entremise de brochures ou de dépliants explicatifs, de colloques ou de rencontres d'information à l'intention des personnes âgées. Certains centres fournissent des outils à leur personnel par des séances de formation. Parfois, des comités

multidisciplinaires sont formés afin de collaborer avec d'autres organismes publics et le milieu communautaire. D'autres encore offrent des services de répit aux proches aidants dans le but de prévenir les situations d'abus.

En guise d'exemple, un modèle d'intervention établi par un CSSS comporte cinq éléments :

- les groupes de répit;
- les outils;
- l'équipe spécialisée;
- l'équipe multisectorielle;
- le comité communautaire.

Consultez les fiches 21, 52 et 53 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Dans ce modèle, les groupes de répit sont divisés en quatre catégories. La première catégorie offre du répit aux victimes de la maladie d'Alzheimer et à leurs proches aidants. La deuxième s'adresse aux proches aidants en général. La troisième offre un programme de soutien et de réinsertion sociale aux proches aidants qui ont placé leur proche dans un établissement de soins de longue durée. La dernière catégorie vise à améliorer l'estime de soi des victimes d'abus.

Des outils et des protocoles d'intervention ont été conçus pour travailler avec les victimes de mauvais traitements. Ils aident les intervenants à cerner le problème et à planifier les services appropriés. L'équipe spécialisée est constituée de personnes s'occupant du maintien à domicile spécialisées dans les cas d'abus et de mauvais traitements. Cette équipe appuie les intervenants et les aide à élaborer des stratégies d'intervention appropriées pour soutenir les cas difficiles. Il s'agit donc de personnes ressources qui agissent auprès des autres intervenants.



En ce qui a trait à l'équipe multisectorielle, elle fournit l'assistance aux intervenants du maintien à domicile en leur permettant de trouver des solutions novatrices et adaptées aux besoins des victimes, tout en défendant leurs droits fondamentaux.

Le comité communautaire est, quant à lui, composé de différentes ressources; il travaille à sensibiliser le milieu aux réalités des personnes âgées victimes d'abus ou de mauvais traitements.

D'autres initiatives méritent d'être soulignées. C'est le cas notamment des services de première ligne offerts par certains CSSS. Pensons entre autres au service d'écoute téléphonique, la ligne Info-Abus, qui offre soutien, information et références au public. Notons le « counselling » individuel et familial, le projet de soutien par les pairs qui jumelle des victimes avec des bénévoles expérimentés. Les bénévoles offrent un soutien et amènent les victimes à redéfinir leur rôle, à se prendre en main dans le but d'assurer leur propre bien-être et leur sécurité. Mentionnons aussi la thérapie de groupe, qui favorise la compréhension et le changement de comportement dans les cas d'abus.

Le scénario visant à adopter des mesures extrêmes, c'est-à-dire à intervenir pour protéger une personne à risque, suit un cheminement établi à l'intérieur d'un organigramme et de documents d'accompagnement exposant les valeurs reliées à chacun des scénarios d'intervention, les pistes d'action et les enjeux auxquels les intervenants devront faire face.

Par ailleurs, l'expérience multisectorielle est une façon d'intervenir lors d'une situation de mauvais traitements. À cet effet, le groupe d'intervention contre la violence faite aux aînés et retraités (GIVAR) a le mandat de cerner la problématique des mauvais traitements à l'égard des aînés, de comprendre les dynamiques de cette communauté et de mettre sur pied des activités visant à répondre aux besoins de la communauté. Le comité travaille à élaborer un mode d'intervention qui soit proche de la communauté, qui implique les personnes visées et qui joue un rôle de soutien auprès des représentants des organismes pour assurer la réussite des activités.

Afin de connaître les services disponibles dans votre région pour contrer les situations d'abus chez les personnes âgées, communiquez avec le CSSS de votre région.

Des conseils préventifs pour la sécurité des aînés

En complément aux mesures d'intervention lors de mauvais traitements, différents moyens peuvent être adoptés par les aînés vivant à domicile pour se protéger contre d'éventuels malfaiteurs. La présente section expose les conseils à appliquer pour les aînés au sujet de différentes questions, allant de la sécurité chez soi, aux escroqueries et aux manigances à l'endroit des personnes âgées vulnérables.

La sécurité chez soi et dans les déplacements

La plupart des gens se sentent en sécurité chez eux, mais il arrive que certaines personnes, dont les aînés, soient plus craintives. Les risques de vol ou d'agression peuvent diminuer le sentiment de sécurité chez les personnes âgées. Tirés du *Guide de sécurité à l'intention des aînés* publié par la GRC, les conseils suivants contribuent à réduire les invitations au cambriolage de domicile.

D'abord, il convient d'effectuer une vérification de sécurité du domicile afin d'y déceler les points d'entrée éventuels et les faiblesses qu'ils comportent. Il est conseillé de garder les entrées et les garages bien éclairés la nuit et de ne laisser aucun signe évident d'absence. L'installation de bonnes serrures et leur utilisation est essentielle. La pose d'un microviseur à très grand champ de vision permettant de voir les visiteurs avant d'ouvrir la porte devrait être envisagée. Enfin, on conseille de ne jamais ouvrir la porte aux étrangers. Autant de conseils simples à mettre en application.

Ensuite, il est fortement recommandé de changer ses habitudes fréquemment. Il est aussi suggéré de ne pas garder de grosses sommes d'argent, ni d'objets de valeur à domicile. Il est préférable de les conserver dans une institution financière, dans un coffret de sûreté. Si un cambrioleur s'introduit dans un domicile, il faut éviter de l'attaquer. Le mieux est de noter son allure, surtout sa physionomie et, après son départ, d'appeler la police.

Des mesures de prévention sont aussi à adopter lorsque les gens quittent leur domicile. Il est conseillé de verrouiller toutes les portes et les fenêtres, avant de quitter. Aussi, laisser un poste de radio ou des lampes allumés afin de laisser croire qu'il y a quelqu'un dans le domicile est une bonne idée. En cas d'absence prolongée, il est possible de faire interrompre le courrier ou de demander à quelqu'un de confiance de le recueillir. Idéalement, il faut laisser la clé à une personne de confiance, mentionner à un voisin la durée de l'absence et lui laisser les coordonnées des personnes avec lesquelles communiquer en cas d'urgence.

Les crimes de rue demeurent un risque potentiel pour les personnes âgées et vulnérables dans certains quartiers. Il existe des moyens simples permettant de réduire les risques d'agression et d'accroître le sentiment de sécurité. D'abord, il vaut mieux sortir en groupe que seul : par exemple, faire ses emplettes à deux ou en groupe. Marcher uniquement dans des endroits bien éclairés, au centre des trottoirs, loin des ruelles et des entrées est plus prudent. Ne jamais étaler de grosses sommes d'argent à la vue de tous et éviter de transporter des paquets encombrants ou trop gros sont de bonnes façons de se prémunir contre les dangers. Ensuite, éviter les endroits à risque d'être attaqué et signaler les endroits dangereux à la police de quartier. Si une personne croit être suivie, elle doit traverser la rue, se rendre à la maison, à la station-service ou au commerce le plus près, puis appeler la police.

L'escroquerie et les manigances à l'égard des aînés

Personne n'est à l'abri des escrocs et de leurs manigances qui ne poursuivent souvent qu'un seul objectif : soustraire de l'information confidentielle à des fins de manipulation. La Gendarmerie royale du Canada (GRC) a ciblé certaines situations dont les personnes âgées doivent être à l'affût. En fait, il est important de se rappeler que l'escroc est habituellement un étranger, homme ou femme, et qu'il peut travailler seul ou en groupe. L'escroc abordera la victime lorsqu'elle est seule, de façon à ce que personne n'entende la conversation. Cela peut



survenir dans des endroits publics, comme dans la rue, mais aussi par téléphone ou à domicile. Il peut prétendre effectuer des travaux d'amélioration au domicile, se faire passer pour un inspecteur de service public ou pour l'employé d'une institution financière. Dans tous les cas, il faut être très prudent et ne pas divulguer de renseignements personnels ou de numéros de carte de crédit. Il s'agit en effet bien souvent de fraude.

Voici une liste de conseils préventifs à l'usage des consommateurs. En tout temps, il faut :

- se méfier des produits dont on fait la promotion au moyen de prix et de voyages gratuits;
- se méfier des « affaires sans risque » et des promesses de gagner d'importantes sommes d'argent;
- être prudent avec les personnes et les entreprises qui exercent à l'étranger. En cas de fraude, on ne peut pas les poursuivre;
- se donner le temps de réfléchir. Ne pas se laisser pousser à agir immédiatement;
- demander l'avis de son conjoint, d'un ami, d'un conseiller financier ou d'un avocat avant d'investir de l'argent;
- consulter le Bureau d'éthique commerciale du Québec ou un avocat avant de faire d'importants investissements;
- demander quelle part d'un don sera versée à l'œuvre avant de donner aux organismes de bienfaisance qui font de la sollicitation téléphonique;
- éviter de donner son numéro de carte de crédit au téléphone, à moins d'être tout à fait certain de l'honnêteté du solliciteur;
- éviter de donner des renseignements personnels au téléphone (nom, adresse, état matrimonial ou antécédents personnels);
- être prudent envers les personnes qui offrent la livraison à domicile. En leur faisant part du moment de la journée qui vous conviendrait le mieux, vous pourriez leur laisser savoir les heures auxquelles vous serez absent du domicile.



Les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie et le recours aux services

De nombreux besoins doivent être comblés afin de permettre le maintien à domicile de personnes âgées ou en perte d'autonomie. Ils peuvent être de divers ordres en fonction des dimensions physique, cognitive ou décisionnelle pouvant être affectées. Généralement, le maintien à domicile est axé sur le gain de capacités physiques permettant à la personne d'être fonctionnelle dans son milieu de vie. Une résidence convenable par l'entretien et l'adaptation du logement, l'aménagement d'espaces publics, des transports adaptés, des soins à domicile empreints de respect, comptent parmi les besoins liés à la santé, au soutien et à l'aide au maintien de l'autonomie des personnes âgées. Notons aussi l'importance des relations humaines, des loisirs, d'une vie démocratique par l'emprise sur le quotidien et l'avenir de la société¹.

Même s'il est établi qu'une importante diminution de la capacité de réaliser certaines activités quotidiennes et domestiques due, entre autres, à l'état physique, nécessite le recours aux services provenant des organismes communautaires, privés ou autres, les personnes en perte d'autonomie ne sont pas toujours à l'affût des services auxquels elles ont droit et les façons d'en bénéficier². De nombreuses ressources sont mises à leur disposition et des politiques sociales servent à assurer une meilleure qualité de vie. Même si les coopératives d'habitation ne peuvent pas agir directement auprès de leurs membres âgés, elles peuvent toutefois les orienter vers les services qui s'offrent à eux.

Les politiques sociales et les ressources liées aux besoins des personnes âgées

Des politiques ou des programmes sociaux ont été élaborés et mis en œuvre dans différents domaines liés au vieillissement afin de soutenir la demande des personnes âgées quant au maintien de leur autonomie. Selon le gouvernement

1 HARVEY, R., 2000. *op. cit.*, p. 20-21.

2 SÉVIGNY, A., 1996. « L'utilisation des services de soutien à domicile provenant d'organismes communautaires et bénévoles : la vision des personnes âgées », dans *Gérontophile*, vol. 18, n° 4, p. 25-28.

du Québec, la meilleure façon de maintenir l'autonomie des personnes vieillissantes consiste à :

- investir dans la prévention et l'accès à des services sociosanitaires efficaces, diversifiés et accessibles partout sur le territoire;
- prévenir et enrayer la violence et la négligence dont elles sont trop souvent victimes;
- garantir l'accès à du soutien à domicile afin que les personnes âgées puissent demeurer chez elles le plus longtemps possible en y recevant les soins ou les services que leur état exige;
- donner aux proches le répit et les congés du travail essentiels à la poursuite de leur aide;
- consolider les organismes qui les représentent, les regroupent et les soutiennent;
- mettre à leur disposition des logements adaptés, sûrs, abordables et situés à proximité des services publics;
- faciliter les déplacements en disposant de services de transport publics adaptés;
- aménager des conditions de travail souples pour celles qui désirent poursuivre leurs activités professionnelles;
- planifier la transmission de leur expérience aux générations plus jeunes;
- engager des actions énergiques pour lutter contre la pauvreté afin qu'elles puissent vivre dans la dignité et le respect.

À cet égard, le gouvernement du Québec a établi plusieurs actions à entreprendre et créé des programmes liés aux attentes exprimées par les personnes âgées. Ces mesures touchent divers sujets, tels que le système de santé, le soutien à domicile, les abus envers les âgés, le logement, le transport, la vie associative¹. Voyons plus en détail les attentes et les orientations proposées.

La réorganisation des services de soins et des services sociaux

En 1970, le gouvernement du Québec mettait sur pied les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui avaient pour mission de prendre en charge

¹ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2001. *Le Québec et ses âgés - Engagés dans l'action, Engagements et perspectives 2001-2004*, septembre.

l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale. Il s'agissait de passer d'un modèle d'organisation basé sur une approche professionnelle (offre de services médicaux de première ligne à des patients qui se présentent pour les recevoir) à un modèle d'organisation basé sur une approche communautaire (offre qui contribue à l'amélioration de la santé de la population par des services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires)¹.

Pour mieux répondre à l'augmentation des besoins de santé et de services sociaux et apporter des solutions aux problèmes connus, une importante réorganisation des services a été entreprise. À l'automne 2003, l'Assemblée nationale du Québec a voté une loi visant à modifier la structure organisationnelle des services de santé et des services sociaux intégrés. Ces changements visaient « à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau². »

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* créait, en remplacement des régions régionales de la santé et des services sociaux, des agences de développement dont la mission était de réaliser une fusion administrative des établissements pour créer des réseaux locaux de services. C'est ainsi que 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) couvrant tout le territoire du Québec ont été créés en regroupant régionalement des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des Centres hospitaliers (CH). Ces centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont l'obligation d'harmoniser les services rendus sur leur territoire. Les soins de santé de première ligne ainsi que l'évaluation des besoins demeurent toutefois sous la responsabilité des CLSC.

Par contre, nous constatons encore que l'accessibilité aux services et leur disponibilité ne sont pas toujours assurées pour la personne qui en fait la demande et qu'elles varient d'un territoire à l'autre. De plus, le mode d'accès aléatoire aux

1 CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION, 2009.
op. cit., p. 20-21.

2 *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2003, p. 2.

services médicaux d'ordre général et aux services spécialisés amène à repenser l'accès aux services et la diversification des modes de réponse aux besoins de santé. Comme les soins sont prodigués par les proches aidants dans la majorité des cas, nous notons le peu de moyens d'action et le peu d'offres de répit et de soutien psychologique aux familles et aux proches aidants. Cette situation doit aussi être considérée dans la diversification des modes de réponse et l'adaptation des pratiques et des interventions afin de répondre aux besoins grandissants dans le système de santé et de services sociaux. En fait, une meilleure accessibilité et une meilleure organisation des soins et des services sociaux sont au cœur des attentes exprimées par les personnes âgées et leur entourage.



Le gouvernement du Québec propose divers programmes sociaux et solutions pour pallier la situation. En ce qui a trait à l'accessibilité et à la disponibilité des services offerts par le réseau public, on propose le réseau de services intégrés. La porte d'entrée du réseau et l'accessibilité aux ressources consisteraient en un guichet unique et en un seul mécanisme d'orientation et d'admission pour les gens qui font des demandes de services sur un territoire donné. Une évaluation clinique permettant la collecte des données traduisant l'évolution de la situation et la classification des besoins ainsi qu'une communication efficiente entre les différents intervenants faciliteront le travail interdisciplinaire des professionnels.

On a aussi développé un outil pour favoriser l'intégration des services et des pratiques pour le mieux-être des personnes et évaluer leurs besoins. On peut ainsi déterminer les services requis, en institution ou à domicile. Cet outil est conçu pour répondre à une clientèle âgée de 65 ou plus et aux personnes ayant des incapacités ou des déficiences causant la perte d'autonomie.

La deuxième option est celle de l'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexification des besoins. La gamme de services

intégrés comprend les activités d'information, de prévention et de dépistage, l'aide à la personne, l'aide aux proches, les services professionnels de base, les services spécialisés de géronto-gériatrie, de psycho-gériatrie et de réadaptation et les soins palliatifs. À cet effet, le Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD) permet de soutenir la prestation de services à des clients ou à des usagers transitant entre les différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux.



La troisième solution réside dans l'amélioration de la qualité et l'évolution des pratiques ainsi que des interventions de soins et de services dispensés. Nous entendons fréquemment parler de déshumanisation des soins, faute de temps et d'effectifs. Les interventions doivent être guidées par l'identité de l'individu, le respect de sa dignité, l'intimité, la sécurité, le confort et le contrôle, c'est-à-dire le pouvoir de décision de la personne malgré ses incapacités.

Le soutien à domicile et les programmes disponibles

Le gouvernement reconnaît que le soutien à domicile est une nécessité pour les personnes âgées. Qu'ils soient de courte ou de longue durée, les besoins sont grandissants. Afin de répondre à la demande, une politique sur les services de soutien à domicile a été établie. Cette politique a pour mandat de répondre aux besoins des personnes ayant des incapacités, soit une clientèle en perte d'autonomie et des personnes âgées, ainsi qu'à ceux de leurs proches aidants.

La Politique de soutien et de services à domicile

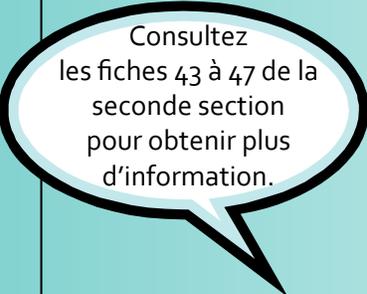
La Politique de soutien à domicile¹ mise en place, en 2003, par le ministère de la Santé et des Services sociaux remplace le Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne, adopté en 1994. Le principe de base de la Politique de soutien à domicile prend en compte les attentes et les besoins des personnes

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2003. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications, p. 16.

et de la population et reconnaît que la gestion des services à domicile est appelée à occuper une place toujours plus importante. Les actions des intervenants du système de santé devront être concertées et orientées vers les personnes ayant une incapacité ainsi que leurs proches aidants. Les services à domicile ne seront plus envisagés comme une mesure de substitution ou une solution de rechange, mais deviendront la première option à considérer. Le choix des personnes sera respecté, en autant qu'il cadre avec les conditions d'admissibilité du programme. Le proche aidant sera traité comme un partenaire et un client; il pourra bénéficier d'une formation et participer au plan d'intervention, si la personne aînée y consent.

Guichet et admissibilité aux services

Le guichet d'accès à la majorité des services demeure le centre local de services communautaires (CLSC). Ainsi, c'est par l'entremise du CLSC que les besoins sont évalués et que l'admissibilité d'une personne à des services est déterminée. En cas d'inadmissibilité, la personne peut être dirigée vers d'autres ressources.



Consultez les fiches 43 à 47 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Le soutien à domicile s'adresse « à toute personne, peu importe son âge, ayant une incapacité temporaire ou persistante, dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des services requis¹. » Les besoins de soutien à domicile sont attestés par une évaluation professionnelle. Les professionnels établissent un profil détaillé et analysent la situation personnelle du requérant.

La personne doit expliquer son état de santé physique et psychologique, décrire ses activités quotidiennes et son réseau social. Les besoins sont déterminés à partir des réponses données et un plan d'intervention est établi. Une personne ressource, un « intervenant pivot », prend le dossier en charge.

Il est important de mentionner que le cheminement des dossiers, le nombre d'heures de soins et de services attribués ainsi que les délais de traitement des

1 *Ibid.*, p. 16.

demandes varient selon les CSSS¹. De plus, la résidence doit être jugée adéquate et sécuritaire.

Les services à domicile sont de deux types : les services d'aide à la personne, généralement offerts par des professionnels, et les services d'aide domestique. Les services d'aide à la personne impliquent le toucher, les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation et l'aide à la mobilité. En principe, ces services doivent être donnés par des professionnels du CLSC et couvrent tous les soins de santé qui peuvent être offerts à domicile par le réseau public, qu'il s'agisse de soins infirmiers, de soins de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, des services de nutritionnistes ou d'intervenants psychosociaux.

Pour leur part, les services d'aide domestique comprennent, par exemple, l'entretien ménager, la préparation de repas, les courses, l'approvisionnement, l'entretien des vêtements, la lessive, etc. Les personnes en perte d'autonomie peuvent aussi bénéficier du soutien civique. Il s'agit d'un service d'aide pour remplir des formulaires, gérer un budget, etc. Elles peuvent aussi profiter, selon les régions, des services d'une popote roulante ou d'un service d'accompagnement et de visites d'amitié.



D'autres services connexes sont offerts, notamment l'aide à l'apprentissage, les services de soutien aux proches et les services de soutien technique. L'aide à l'apprentissage permet à celui qui en bénéficie d'acquérir des connaissances qui lui permettront de s'adapter à sa perte d'autonomie afin qu'il puisse vaquer de la manière la plus autonome possible aux activités de la vie quotidienne. Apprendre à entrer et à sortir d'un bain en toute sécurité constitue un bon exemple. Les services de soutien aux proches offrent du gardiennage, du répit ainsi que des services

¹ MASINGUE, Isabelle et Danny RAYMOND, 2007. « Accéder aux services. Services professionnels et aide à domicile peuvent donner un sérieux coup de main aux personnes en perte d'autonomie », dans *Protégez-vous*, janvier 2007, p. 10-14.

psychosociaux aux proches aidants. Quant aux services de soutien technique, ils couvrent les fournitures médicales de base, les équipements et les aides techniques accessibles à travers les différents programmes gérés par le réseau et la Régie d'assurance maladie du Québec.

Les premiers fournisseurs de services à domicile sont les employés de CLSC qui agissent à titre de professionnels ou d'auxiliaires familiaux et sociaux. Ces employés s'occupent des personnes qui ont des besoins complexes. Ils offrent des services d'aide à la personne et d'aide domestique.

Les bénéficiaires de services à domicile peuvent aussi engager un travailleur de gré à gré et en assumer la gestion seuls ou avec l'aide d'un proche.

Les bénéficiaires de services à domicile peuvent également avoir recours à une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD). Ces entreprises offrent des services d'entretien ménager léger et lourd, de préparation de repas, des services qui sont admissibles à une exonération financière (PEFSAD)¹. Certaines entreprises offrent d'autres services comme le répit et une gamme de services à la personne qui sont habituellement défrayés par l'utilisateur, la famille ou un CSSS. On retrouve aussi les groupes communautaires et les groupes bénévoles, qui offrent une panoplie de services de soutien, tels que le soutien civique, la livraison de repas, l'accompagnement et les visites d'amitié.



Les services professionnels sont offerts à tous gratuitement par l'entremise du réseau de la santé. Quant aux services d'aide à la personne et aux services d'aide domestique, ils sont offerts sans frais aux personnes qui ont une incapacité temporaire, une incapacité significative et persistante ou qui bénéficient de soins

¹ Consultez le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour obtenir plus d'information : www.ramq.gouv.qc.ca.

palliatifs. Pour que l'accès à ces services soit gratuit, ils doivent avoir été préalablement prévus par les professionnels du CLSC dans un plan de services individualisé ou un plan d'intervention. Les personnes atteintes d'une incapacité les empêchant d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne seront dirigées vers les entreprises d'économie sociale. Pour les personnes à faible revenu, des services d'aide domestique peuvent leur être prodigués gratuitement, dans la mesure où ils sont prévus dans leur plan de services individualisé ou leur plan d'intervention.

Dans le contexte des coopératives d'habitation avec services, des résidences privées avec ou sans but lucratif et des habitations à loyer modique avec services, la Politique de soutien à domicile prévoit que les instances locales soient responsables de l'évaluation des besoins et des services dispensés aux personnes en perte d'autonomie en fonction de leur état de santé ou de leur condition. Si des services supplémentaires sont requis, l'instance locale doit les offrir selon les modalités convenues avec les personnes, comme pour l'ensemble de la clientèle ayant besoin de soutien à domicile.

L'accès gratuit aux services de soutien à domicile couverts par le régime public n'est toutefois pas applicable lorsque ces services sont offerts à une clientèle en perte d'autonomie vivant dans les coopératives d'habitation, les OSBL et les résidences privées offrant des services à leur clientèle. En fait, les services offerts par la résidence, par l'entremise d'ententes de services entre le centre de santé et de services sociaux, le locateur et le locataire, sont exclus de l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux.

Les programmes offerts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Pour la prestation de soins et de services à domicile, il existe une gamme de programmes gérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. D'emblée, mentionnons le *Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique* (PEFSAD) offert à toute personne de 18 ans ou plus. Il couvre les services d'entretien ménager, d'approvisionnement et autres courses, d'entretien

des vêtements, de préparation de repas. L'aide financière accordée dans le cadre de ce programme est calculée selon les revenus de l'utilisateur et n'entraîne pas de réclamation et de manipulation d'argent de la part de l'utilisateur. Toutefois, le programme ne s'applique pas aux personnes qui touchent déjà une indemnité pour les services domestiques (CSST, SAAQ, anciens combattants).

Consultez la fiche 24 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Par ailleurs, les Forces armées canadiennes offrent aussi des programmes et des services de santé aux anciens combattants et aux militaires des forces régulières et de la réserve. Il existe des prestations pour l'obtention de traitements et d'autres soins de santé, un programme pour favoriser l'autonomie des anciens combattants, des avantages médicaux, un service de soins en établissement ainsi que de nombreux services de renseignements et de promotion de la santé.

Le gouvernement fédéral offre également un programme pour les personnes âgées qui ne peuvent recevoir les soins requis par leur état de santé par des professionnels de la santé du Canada. Le programme pour l'emploi d'aides familiaux résidents est destiné aux personnes qui font venir temporairement au Canada des travailleurs qualifiés chargés de donner des soins aux personnes âgées à domicile lorsque personne au pays ne peut occuper ces postes.

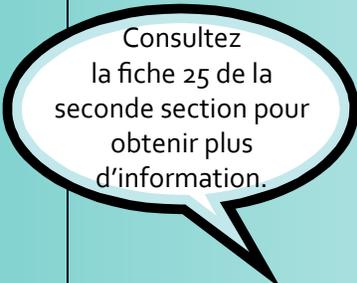
Consultez les fiches 52 à 54 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Le soutien aux proches aidants

Par ailleurs, le soutien est aussi nécessaire aux proches aidants qui prennent en charge les besoins et les soins des personnes âgées. Les proches doivent pouvoir assister les personnes sans mettre leur propre santé en jeu ou entraver leurs responsabilités professionnelles et familiales.

Selon la *Loi sur les normes du travail du Québec*, une personne aidante ayant à soutenir un proche peut obtenir jusqu'à 10 jours sans salaire par année. De plus, en guise de soutien financier aux proches aidants, le gouvernement canadien offre une prestation de compassion. Cette prestation

d'une durée de six semaines est offerte aux Canadiennes et aux Canadiens admissibles à l'assurance emploi¹. La prestation prévoit un soutien de revenu temporaire aux travailleurs admissibles qui prennent congé pour prodiguer des soins ou offrir du soutien à un proche parent qui risque fortement de décéder dans les six prochains mois. Aux fins d'établir l'admissibilité à la prestation, un certificat médical provenant du médecin traitant est demandé et une demande d'assurance emploi doit être déposée en direct ou au Centre de ressources humaines Canada de votre localité dès l'arrêt du travail.



Consultez la fiche 25 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

De plus, mentionnons qu'un membre de coopérative d'habitation qui héberge un proche admissible et qui lui prodigue soins et assistance continus peut demander un crédit d'impôt remboursable pour aidant naturel pouvant atteindre 1 033 \$ pour chaque proche hébergé.

Le gouvernement du Québec propose aussi un cadre de référence sur l'hébergement temporaire en CHSLD. Ce cadre de référence précise les conditions d'utilisation de ces ressources. Des services de gardiennage et des ressources d'hébergement temporaire pour le répit des proches aidants, le dépannage, la convalescence et les situations d'urgence sociale sont disponibles. Dans plusieurs régions du Québec, les CSSS, les CHSLD et la Société Alzheimer offrent des services de répit-accompagnement pour les proches aidants, des ateliers de soutien, d'information et de formation pour les proches aidants ainsi que des outils pour mieux affronter les situations problématiques qu'ils peuvent vivre.

¹ Consultez le site Internet de Service Canada pour obtenir plus d'information : www.servicecanada.gc.ca.

La politique de la santé et du bien-être et les aînés

Les personnes aînées demandent que toutes et tous aient accès aux services de santé, sans égard à leur âge ou à leur milieu de vie. De plus, elles souhaitent que les services sociaux et les soins de santé soient adaptés en fonction de leur état.

Pour le gouvernement du Québec, il appert que la prise en charge de la santé passe par une meilleure qualité de vie. La prévention, la promotion de la vie active et l'information sur des sujets liés au vieillissement se situent au cœur des orientations ministérielles proposées. Favoriser la participation des aînés aux actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, tant lors de leur élaboration que dans leur implantation : tel est l'objectif énoncé dans la politique de la santé et du bien-être. La politique est conçue dans une optique de promotion de la santé et de prévention des maladies. Selon ces orientations, le gouvernement du Québec entend « fournir des moyens qui aident les personnes aînées à vieillir en santé »¹.

Les programmes de promotion de la santé

La promotion de la santé vise à rendre les personnes, les communautés et la collectivité aptes à exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Selon le système de santé et des services sociaux, la santé est issue d'un équilibre dynamique entre la compétence individuelle, les ressources fondamentales dont dispose la personne et les conditions économiques et sociales.

L'équilibre dynamique passe par l'adoption de modes de vie sains afin d'atteindre le bien-être dans son ensemble. Il s'appuie sur la participation des citoyens, l'accès pour tous et l'adaptation des milieux. À cet égard, différents programmes gouvernementaux visent l'adoption de modes de vie sains.

Les programmes de promotion des saines habitudes de vie

On ne le répétera pas assez : de bonnes habitudes de vie et une saine alimentation contribuent au bien-être physique et psychologique de la personne. Le programme

¹ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2001, *op. cit.*, p. 45.

*Vas-y, fais-le pour toi*¹ vise l'intégration d'au moins 30 minutes d'activité physique au quotidien et l'adoption des principes du *Guide alimentaire canadien*. Les personnes à revenu modeste peuvent recourir aux services de banques alimentaires ou de popotes roulantes qui préparent des mets santé à coûts abordables.



Consultez les fiches 30 à 38 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

La Fondation des maladies du cœur du Québec contribue aussi à la promotion de saines habitudes de vie par l'entremise du programme nutritionnel *Visez Santé*². Mentionnons également le programme gouvernemental *Vie active*³ offert aux regroupements d'aînés du Québec. Ce programme permet de sensibiliser les personnes âgées à la pratique régulière d'activités physiques.

Pour sa part, le *Programme National Nutrition-Santé* (PNNS)⁴ a pour objectif d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population par la nutrition. Les principaux objectifs de ce programme consistent à :

- informer la population, l'éduquer et l'orienter vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant;
- prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins;
- favoriser l'implication des consommateurs et des professionnels de la nutrition dans le programme;
- mettre en place un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population;

1 Consultez le site Internet du gouvernement du Québec pour obtenir plus d'information : www.vasy.gouv.qc.ca.

2 Consultez le site Internet de la Fondation des maladies du cœur pour obtenir plus d'information : www.healthcheck.org.

3 Consultez le site Internet *Vieillir de façon active et autonome* pour obtenir plus d'information : www.falls-chutes.com.

4 Consultez le site Internet de la Fondation des maladies du cœur pour obtenir plus d'information : www.healthcheck.org.

- engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques.

Pour sa part, le Secrétariat québécois au loisir et au sport soutient les propriétaires de résidences pour aînés et les habitations à loyer modique (HLM) dans la création d'un environnement favorable à la pratique d'activités physiques et de loisirs. Selon le groupe de réflexion portant sur le loisir et les personnes de 50 ans ou plus, les intervenants se butent à certaines problématiques lorsqu'ils veulent assurer une offre de loisirs et favoriser son accessibilité aux personnes de 50 ans ou plus. Ces problématiques renvoient au financement, à la politique et à la participation. Le groupe de réflexion déplore que : « les politiciens et les propriétaires de résidences préféreront investir dans le « curatif » plutôt que dans le « préventif »¹.

Des ateliers de formation destinés aux intervenants municipaux en loisirs visent à les conscientiser aux besoins d'activités physiques et de loisirs des personnes de 55 ans ou plus. Ces ateliers et la diffusion d'un document d'accompagnement ont pour but d'inciter les municipalités à adapter leur offre de services en fonction de ce groupe d'âge et de soutenir les regroupements d'aînés qui s'adonnent à la pratique d'activités physiques.



Les programmes de prévention des maladies

Divers programmes sont destinés à prévenir la perte d'autonomie pouvant être causée par le vieillissement ou les accidents. En voici quelques-uns qui ont été mis sur pied par le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Mentionnons d'abord le programme de vaccination des personnes aînées et du personnel soignant. Ce programme a démontré une certaine efficacité pour réduire la contagion par l'influenza. En effet, les résultats révèlent qu'au cours de la campagne 2005-2006 du MSSS, environ 45 % des Québécois âgés

¹ FORUM QUÉBÉCOIS DU LOISIR, 2005. *Loisir et personnes de 50 ans ou plus*, Compte rendu du groupe de réflexion, p. 8.

de 50 ans ou plus ont été vaccinés contre l'influenza. Cette proportion a augmenté de façon significative depuis la campagne 2001-2002 (38 %). Plus spécifiquement, cette proportion est passée de 27 % chez les Québécois âgés de 50 à 59 ans, à 49 % chez les personnes âgées entre 60 et 64 ans et à 64 % chez les personnes de 60 ans ou plus¹.

Ensuite, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS)² s'adresse aux femmes de 55 à 74 ans. Il permet de réduire l'incidence de cancer du sein et la mortalité.

Le programme *Info-Stop Pharmaprix*³ s'adresse aux personnes de plus de 50 ans vivant seules qui consomment des médicaments sur une base régulière ou qui souffrent d'allergies. Le programme vise à améliorer l'efficacité des ambulanciers appelés à prodiguer les premiers soins au domicile de la personne. Il vise l'identification rapide d'une personne en difficulté par les intervenants grâce à des outils faciles à repérer qui donnent de l'information sur l'état de santé et les personnes ressources avec lesquelles communiquer en cas d'urgence.

Le nécessaire, qui comprend un contenant de plastique, un formulaire de renseignements médicaux à remplir et une vignette magnétique, est disponible gratuitement dans les pharmacies Pharmaprix, à la Sûreté du Québec (SQ) ou dans la plupart des postes de police et des CLSC. Il s'agit de remplir le formulaire, de l'insérer dans le contenant, de le placer bien en vue dans la porte du réfrigérateur et d'apposer la vignette magnétique Info-Stop sur la porte du réfrigérateur. Il est important que les renseignements inscrits sur le formulaire soient mis à jour régulièrement.

1 INSTITUT DE STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque*, 2005-2006, p. 17.

2 Consultez le site Internet du ministère de la Santé et Services sociaux du Québec pour obtenir plus d'information : www.msss.gouv.qc.ca.

3 Consultez le site Internet de Pharmaprix pour obtenir plus d'information : www.pharmaprix.ca.

Consultez la fiche 34 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

La Fondation des maladies du cœur du Québec contribue à la prévention des maladies par des outils de gestion du stress servant à réduire les maladies cardiovasculaires.

La Régie de l'assurance maladie du Québec¹ offre également de nombreux programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. Notons les programmes d'aide financière pour l'achat d'aides auditives, visuelles, de prothèses oculaires, les services d'optométrie, les appareils aux stomisés permanents ou les appareils suppléant à une déficience physique.

Les programmes et les mesures de protection face aux abus

Les aînés sont préoccupés par la violence physique ou psychologique, matérielle ou sociale, voire émotive, la négligence et les abus financiers dont plusieurs sont victimes. Ils ont réclamé que le gouvernement adopte des mesures pour assurer la protection des aînés plus vulnérables vivant à domicile, en milieu hospitalier et en milieu d'hébergement².

Des programmes de dépistage et d'intervention ont été mis en place afin de contrer les abus de toutes sortes. L'un d'entre eux, le programme *Vieillir en liberté*, du Réseau Internet Francophone, consiste à informer et à sensibiliser afin de prévenir et d'intervenir auprès des victimes de tous âges. Les objectifs du programme consistent à :

- savoir utiliser des définitions simples, efficaces pour décrire les situations d'abus et de négligence;
- connaître les profils et les comportements des abuseurs et des victimes potentielles;
- savoir reconnaître les indicateurs d'abus dans l'environnement et le comportement des victimes;
- intervenir adéquatement selon les particularités des milieux et les ressources disponibles.

1 Consultez le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour obtenir plus d'information : www.ramq.gouv.qc.ca.

2 MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2001, *op. cit.*

Le programme *Vieillir en liberté* a été repris et adapté par divers services de protection de la population, notamment par la Sûreté du Québec (SQ). Par exemple, en 1999, la SQ a mis sur pied le programme *Vieillir en liberté en toute sûreté*¹.

Le programme *Vieillir en liberté en toute sûreté* s'adresse aux personnes âgées et vise la prévention des crimes et des situations à risques. Il a pour objectif de maintenir l'écoute des demandes de protection et de sécurité des personnes âgées, tout en leur offrant des outils et des conseils pratiques sur les grandes problématiques de sécurité qui les touchent.

Dans la même optique, la SQ a développé le *Programme d'assistance individuelle aux retraités* (PAIR). Cette initiative assure la sécurité et la prévention à domicile pour les personnes âgées, isolées physiquement et socialement, vulnérables et impuissantes, et les incite à communiquer en situation d'urgence. Le programme PAIR consiste en un système d'appel informatisé qui, quotidiennement à une heure prédéterminée, compose le numéro de téléphone d'une personne inscrite au programme. Si la personne ne répond pas, un deuxième appel est effectué quelques minutes plus tard. Si personne ne répond, une intervention au domicile de cette personne s'ensuit. À noter que le programme PAIR est en vigueur dans certaines municipalités du Québec, dotées de l'équipement requis



et assurant la mise à jour de leurs fichiers. Pour adhérer au programme, il faut communiquer avec les CSSS, les services d'entraide, les centres d'accueil, les services de police, les centres hospitaliers et les centres de jour ou un groupement de personnes âgées de votre région.

La SQ a également conçu un programme de prévention destiné aux femmes de tous les âges, le programme *CAP sur la sécurité des femmes*, CAP signifiant Capacité Action Prévention. Basé sur une approche d'autonomisation, il mise sur la force et la capacité d'agir des femmes

¹ Consultez le site Internet de la Sûreté du Québec pour obtenir plus d'information : www.suretequebec.gouv.qc.ca.

pour accroître leur sécurité dans diverses situations de la vie quotidienne. Il couvre notamment l'agression et le harcèlement, seule à pied, seule à la maison, lors du retour à la maison, etc. Sur demande, des policiers rencontrent des groupes de femmes et abordent les volets choisis par le groupe. Les présentations peuvent être faites à l'aide d'un logiciel de présentation ou d'une vidéocassette.

Le programme *Échec aux invasions de domicile* a aussi été développé et lancé par la SQ en mai 2008. Ce programme vise à prévenir la criminalité, à réduire les risques d'être victime d'une violation de domicile avec agression et à inciter la population à adopter des comportements plus sécuritaires au regard de possibles invasions de domicile. Sur demande, des policiers rencontrent des groupes de personnes et, à l'aide de divers outils, tels que des signets aide-mémoire et des capsules vidéo, ils diffusent des consignes de sécurité qui traitent des invasions de domicile.

De plus, des policiers de la SQ formés comme préposés aux activités de relations communautaires (PARC) jouent le rôle d'animateurs lors de différentes activités afin de fournir, notamment aux personnes âgées, des moyens pour mieux se protéger.

Pour sa part, la GRC a développé un *Guide de sécurité à l'intention des aînés*¹. Ce guide donne des conseils sur les mesures de protection à adopter afin de prévenir les situations dangereuses.



La problématique des abus envers les personnes âgées a aussi donné naissance à des projets dans les milieux communautaires et le réseau de la santé par l'entremise des CLSC. Il va sans dire que ces projets sont différents d'une région à l'autre parce qu'ils sont basés sur les besoins spécifiques de la population. Toutefois, il existe des publications produites par des organismes provinciaux portant sur les abus envers les personnes âgées. Notons les documents québécois publiés par le Conseil des aînés du Québec, le Conseil de la santé et du bien-être, la Commission des droits de la personne et des droits de

¹ Consultez le site Internet de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) pour obtenir plus d'information : www.rcmp-grc.gc.ca.

la jeunesse et le Curateur public, qui fournissent des renseignements à l'intention des personnes âgées victimes d'abus.

Consultez la fiche 1 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Les victimes d'actes criminels et leurs familles ayant souvent besoin de ressources et d'assistance, le gouvernement du Québec a mis sur pied, en 1972, le programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). Selon les spécifications de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, si une personne est admissible, elle peut recevoir les indemnités et les services nécessaires à son ré-

tablissement. La victime peut bénéficier de mesures de réadaptation physique et sociale, et participer à des programmes de réadaptation professionnelle. Les indemnités et les services offerts sont établis en fonction du type d'incapacité, temporaire ou permanente, du décès de la victime, des besoins de réadaptation et d'assistance médicale.

Il y a aussi la possibilité de résilier un bail pour motifs de violence ou d'agression sexuelle. Le ministère de la Justice du Québec permet à un locataire de résilier un bail en cours si, en raison de la violence d'un conjoint ou d'un ancien conjoint ou en raison d'une agression à caractère sexuel, même par un tiers, sa sécurité ou celle de l'enfant qui habite avec lui est menacée¹.

Autres programmes utiles pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie

Le logement

Les aînés sont préoccupés par la problématique du logement. Ils souhaitent demeurer dans leur domicile ou dans un milieu de vie qui leur convient. Pour certains, il s'agit d'un logement plus petit et moins dispendieux faute de ressources financières. Pour d'autres, un logement situé à proximité des services sera plus adapté à leurs besoins. D'autres encore font le choix ou se voient contraints de quitter leur maison ou leur logement pour vivre dans une résidence pour

¹ MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 2006. Tiré le 26 juillet 2006 dans www.formulaire.gouv.qc.ca.

personnes âgées. Le gouvernement maintient que des mesures doivent être prises pour assurer des logements décents, sécuritaires et adaptés afin de répondre aux besoins engendrés par la perte d'autonomie, et ce, plus particulièrement aux personnes plus démunies¹.

Consultez les fiches 22 et 23 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Le programme *AccèsLogis Québec*, de la Société d'habitation du Québec (SHQ), est un programme d'aide financière qui favorise la création de logements sociaux et communautaires pour des ménages à faibles ou à modestes revenus ou pour des clientèles en difficulté, ayant des besoins particuliers. Ce programme favorise le regroupement des ressources communautaires, privées et publiques pour financer la construction de logements sociaux. *AccèsLogis* s'adresse aux offices et aux coopératives d'habitation ainsi qu'aux organismes ou aux sociétés acheteuses à but non lucratif désirant créer des logements sociaux et communautaires.

La SHQ offre aussi le programme *Logement abordable Québec*. S'inscrivant dans la même veine que le programme *AccèsLogis*, il offre du soutien financier aux coopératives d'habitation, aux sociétés acheteuses à but non lucratif, aux sociétés municipales et aux offices d'habitation. Le programme vise la construction de logements neufs, la transformation ou le recyclage d'immeubles non résidentiels en logements et la rénovation de logements. Les logements rénovés ou construits avec l'aide financière doivent être abordables et destinés à des ménages à revenu faible ou modeste, à des aînés en perte d'autonomie ou à des personnes en difficulté ayant des besoins particuliers de logement.



Des programmes d'adaptation du domicile pour les personnes handicapées et des programmes de rénovation résidentielle sont aussi offerts par la SHQ. Notons les

¹ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2001, *op. cit.*

programmes *Réno-Village* pour les propriétaires-occupants à faible revenu vivant en milieu rural ainsi que le programme de réparation d'urgence pour les ménages les plus défavorisés vivant en milieu rural et dont la maison présente une défectuosité représentant une menace à la sécurité ou à la santé des occupants.

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) offre, pour sa part, différents programmes de remise en état des logements (PAREL), dont les programmes d'aide pour les personnes handicapées et les réparations d'urgence. Ce sont des programmes d'aide financière destinés aux ménages à faible revenu qui possèdent ou habitent un logement d'une qualité inférieure aux normes exigées. Ces programmes servent d'aide pour la rénovation afin que leur logement satisfasse aux normes minimales de salubrité et de sécurité.

La SCHL offre également un programme de financement destiné aux locataires âgés qui veulent réaliser de légères adaptations à leur logement. Pour être admissible, la personne doit satisfaire certains critères et exigences. La SCHL établit comme admissible :

- toute personne de 65 ans ou plus qui a de la difficulté à accomplir certaines activités quotidiennes à domicile;
- un ménage qui n'a pas bénéficié de ce programme pour le logement occupé actuellement depuis les trois dernières années.

Les critères à respecter pour bénéficier de ce programme d'aide sont les suivants :

- occuper, à titre de résidence principale, le logement faisant l'objet de l'aide financière pendant au moins six mois;
- le propriétaire doit donner son accord par écrit pour l'exécution des travaux;
- les revenus totaux du ménage ne doivent pas dépasser les revenus maximums admissibles à ce programme. Ils varient selon la taille du ménage et la municipalité où il habite. Pour connaître les revenus maximums admissibles, communiquez avec votre ville ou votre municipalité régionale de comté.

Notez cependant que certaines restrictions s'appliquent au programme. Le logement n'est pas admissible s'il est situé dans une résidence pour personnes âgées ou dans une coopérative d'habitation à loyer modique gérée par un office municipal d'habitation. Est aussi exclu le logement qui appartient à une coopérative d'habitation ou à un organisme à but non lucratif si le déficit d'exploitation est assumé par la SCHL ou la SHQ.

Des restrictions s'appliquent aussi quant aux types d'adaptations admissibles. En effet, la SCHL admet les adaptations qui permettent d'atténuer les difficultés vécues dans l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne à domicile. Les adaptations doivent être intégrées au logement et être permanentes. Elles peuvent aider à entrer et à sortir plus facilement du logement et à utiliser plus aisément la cuisine ou la salle de bain.

Les programmes d'aide au logement, *L'allocation-logement* et le *Programme de supplément au loyer* (PSL) mis en place par la SHQ, s'adressent aux personnes vivant dans les HLM, aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ainsi qu'aux personnes vivant une situation difficile, comme les victimes de violence conjugale. Les programmes d'aide au logement et de supplément au loyer permettent à ces personnes d'avoir accès à un logement à loyer modique. *L'allocation-logement* s'adresse quant à elle aux familles à faible revenu qui ont au moins un enfant à leur charge et qui n'ont pas accès à un HLM. Ce programme s'adresse également aux personnes seules âgées de 55 ans ou plus ou aux couples à faible revenu dont l'un des conjoints est âgé de 55 ans ou plus. Pour être admissibles, les familles doivent satisfaire les critères suivants :

- compter au moins un enfant de moins de 18 ans ou un enfant de 18 ans ou plus aux études à temps plein;
- avoir un loyer supérieur au loyer minimum prescrit selon le nombre de personnes dans la famille;
- avoir un revenu familial (de l'année précédente) inférieur au revenu d'admissibilité maximum;
- consacrer plus de 30 % du revenu familial de l'année précédente au logement;
- le demandeur et son conjoint ont résidé au Québec au 31 décembre de l'année précédente;

- le demandeur ou son conjoint a résidé au Canada au moins un an au 31 décembre de l'année précédente.

Lancé par le Mouvement des aînés du Québec (FADOQ), le programme *Roses d'Or* permet l'appréciation des résidences privées pour aînés autonomes du Québec. Implanté dans 12 régions, le programme a facilité le recensement des résidences reconnues. Un des objectifs poursuivis par le programme consiste à améliorer la qualité de vie des aînés demeurant en résidence privée. Il permet aussi d'évaluer et de juger du milieu de vie qu'offrent les résidences privées pour personnes aînées autonomes. Il en résulte un bottin servant d'outil de référence pour les aînés, les organismes et le public en général à la recherche d'un lieu d'hébergement privé de qualité.

Consultez les fiches 57 et 58 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Le transport

L'accès au transport public et à des transports adaptés pour les personnes à mobilité réduite permet de briser l'isolement, de prendre part à la vie de la communauté, d'accéder aux services de santé, de loisirs, de faire les courses. Bref, cela favorise le maintien

de l'autonomie de la personne. Les aînés demandent des moyens de transport adaptés à leurs besoins, que ce soit en ville ou en région, où les distances sont longues et les services à proximité du domicile, peu nombreux¹.



Comme les services de transport en commun ne parviennent pas à combler tous les besoins, la *Loi concernant les services de transport par taxi*, adoptée en 2001, prévoit des éléments visant à favoriser une plus grande utilisation de ce mode de transport par les personnes aînées et les personnes à mobilité réduite. La Commission des transports du Québec (CTQ) délivre des permis de taxi à tous les requérants qui démontrent la nécessité de répondre de façon particulière

¹ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2001, *op. cit.*

aux besoins des personnes âgées, des personnes à mobilité réduite et des personnes handicapées. Plusieurs compagnies de taxi offrent un service adapté aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant. De plus, le ministère des Transports du Québec dispense une formation obligatoire aux chauffeurs de taxi sur l'adaptation des services à la clientèle âgée. Le Ministère favorise également l'achat d'autobus à plancher bas afin d'améliorer l'accessibilité du transport en commun aux personnes à mobilité réduite.

Mis en place par le ministère des Transports du Québec en 1985, le *Programme d'aide gouvernementale au transport adapté aux personnes handicapées* fournit également un soutien financier aux sociétés de transport en commun et aux organisations municipales désirant se doter d'un service de transport répondant aux besoins des personnes handicapées.

Pour sa part, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) offre un programme d'évaluation et d'intervention à l'intention des conducteurs âgés aux prises avec des problèmes de santé limitant leur capacité de conduire et tout autre conducteur ayant des problèmes similaires. À la reconduction du permis de conduire, la SAAQ exige une évaluation médicale pour tous les conducteurs âgés de 75 ans ou plus. Par la suite, une évaluation médicale est obligatoire tous les deux ans.

Le programme fédéral *Le bon sens au volant* donne des renseignements aux conducteurs de tous âges, dont des conseils écoénergétiques utiles lors de l'achat, de la conduite et de l'entretien d'un véhicule ainsi que de l'information sur les moyens d'économiser du carburant et de l'argent tout en protégeant l'environnement.

La vie associative, les loisirs et les activités

Les aînés désirent demeurer actifs et continuer à occuper la place qui leur revient dans la collectivité. Ils souhaitent recevoir les appuis et les ressources nécessaires pour continuer leurs actions de concertation intersectorielle et intergénérationnelle¹.

¹ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2001, *op. cit.*

Consultez les fiches 59 et 62 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

À cet effet, le programme *Nouveaux Horizons pour les aînés*¹ finance les organismes des secteurs bénévole et sans but lucratif, ainsi que les secteurs de l'économie sociale travaillant auprès des aînés ou encore les administrations municipales et les organisations autochtones pour le développement de projets communautaires. Ce programme incite les personnes aînées à demeurer actives et engagées dans leur collectivité en aidant les personnes

dans le besoin, en faisant preuve de leadership et en partageant leur expérience et leurs compétences avec les autres. Les projets ne doivent pas poursuivre de visées lucratives, engager les aînés dans la planification et le déroulement de nouvelles activités dans l'organisation ou la collectivité. Une gamme d'activités est jugée admissible, dont les projets qui favorisent :

- l'établissement ou le renforcement de réseaux et d'associations favorisant l'habilitation et l'intégration des aînés à leur collectivité;
- l'intervention auprès des aînés plus vulnérables;
- l'amélioration et l'élaboration de programmes de participation sociale, de développement des connaissances;
- l'apprentissage et l'établissement de relations intergénérationnelles;
- l'organisation, la promotion et la participation à des activités de recherche et de développement pouvant servir la cause des aînés;
- l'échange de connaissances et de pratiques.



S'adonner à des loisirs fait aussi partie du désir des aînés de maintenir une vie sociale active. Un service de loisirs peut exercer un effet positif sur l'état général de santé des personnes aînées et retarder d'autant certaines limitations fonctionnelles liées à une perte équivalente d'autonomie.

¹ Consultez le site Internet des Ressources humaines et développement des compétences Canada pour obtenir plus d'information : www.hrsdc.gc.ca.

Consultez la fiche 25 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Les finances et les aînés

De nombreuses ressources en matière de finance sont mises à la disposition des aînés. À commencer par les programmes assurant un revenu supplémentaire aux personnes aînées ayant des revenus modestes. Notons la pension de la Sécurité de la vieillesse offerte par le gouvernement provincial à toute personne âgée de 65 ans ou plus résidant au Canada. Cette pension n'étant pas très élevée, le gouvernement lui ajoute le Supplément de revenu garanti. Cette prestation mensuelle vise à assurer un revenu décent aux personnes aînées qui reçoivent leur pension de la Sécurité de la vieillesse et qui ont un faible revenu.

Il y a aussi l'*Allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées*. Cette mesure compensatoire est destinée aux personnes âgées entre 60 et 64 ans, dont le conjoint de fait ou l'époux reçoit une pension de la Sécurité de la vieillesse et est admissible au Supplément de revenu garanti.

Le *Programme d'allocation au survivant* sert également à augmenter le revenu et à améliorer les conditions de vie des personnes aînées veuves. Cette mesure est destinée à toute personne âgée de 60 à 64 ans à faible revenu dont l'époux ou le conjoint de fait est décédé. Cette prestation assure un revenu plus élevé jusqu'à l'âge de 65 ans.

Consultez la fiche 24 de la seconde section pour obtenir plus d'information.

Pour leur part, les Forces armées canadiennes offrent des programmes de soutien du revenu pour les anciens combattants et les militaires. Des pensions d'invalidité, des allocations d'anciens combattants et un fonds de secours offrant jusqu'à 1 000 \$ par an pour un abri, des vêtements et des soins d'urgence figurent parmi les aides disponibles.

Divers arrangements financiers peuvent également permettre des économies d'impôts. D'une part, pour les personnes mariées ou vivant en union de fait, le partage des pensions peut permettre des économies d'impôt. Il est possible pour les couples de 60 ans ou plus de présenter une demande de

partage de pensions de retraite du Régime de pension du Canada. D'autre part, pour les personnes séparées ou divorcées ou lorsqu'une union de fait prend fin, les cotisations versées par l'un ou l'autre au Régime de pension du Canada peuvent être divisées à parts égales. Ce partage s'applique aux contributions faites au cours de l'union et pourrait permettre d'augmenter leur prestation au Régime de pension du Canada. Pour les personnes ayant vécu ou travaillé dans l'un des 50 pays avec lequel le Canada a conclu des accords de sécurité sociale, la personne et sa famille pourraient être admissibles aux prestations de vieillesse, de retraite, d'invalidité ou de survivant du pays en question, du Canada ou des deux.

Pour les personnes incapables de travailler en raison d'une invalidité jusqu'à 65 ans, une prestation d'invalidité peut leur être accordée à eux ainsi qu'à leurs enfants à charge par la RAMQ. De plus, les parents qui ont élevé des enfants de moins de sept ans nés après le 31 décembre 1958 peuvent être admissibles à une prestation en demandant la clause d'exclusion pour élever des enfants du Régime de pensions du Canada (RPC). Cette clause tient compte des périodes pendant lesquelles les parents ont été absents du marché du travail en raison de l'éducation de leurs enfants.



Un programme communautaire de bénévoles en matière d'impôt est offert par l'Agence du revenu du Canada. Il s'agit d'un service gratuit de préparation des déclarations de revenu pour les Canadiens à faible revenu qui présentent une situation fiscale simple. Il est aussi possible de payer ses impôts par des acomptes provisionnels. Cette mesure s'applique aux personnes qui ont un revenu sur lequel l'impôt n'est pas retenu ou dont l'impôt retenu est insuffisant. Ce peut être le cas pour les

personnes bénéficiant de certaines prestations de pension, de revenus de location, de placements ou d'un travail indépendant ou les personnes occupant plus d'un emploi.

Références

CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH), 2009. *Évaluation des possibilités pour les coopératives d'habitation de maintenir une personne âgée en perte d'autonomie dans son logement*, janvier, Québec, 54 p.

CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH), 2007. *Enquête sur le profil socioéconomique des résidents de coopératives d'habitation – 2007*, Québec, 92 p.

CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH), 2006. *Programme de formation d'intégration et d'accueil des employés des fédérations des coopératives d'habitation à Québec*.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA COOPÉRATION ET DE LA MUTUALITÉ (CQCM) (anciennement le Conseil de la coopération du Québec [CCQ]), 2006. *La voie coopérative pour des citoyens à la gouverne de leur santé, mémoire déposé à la Commission parlementaire des Affaires sociales portant sur le document Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, 35 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE TROIS-RIVIÈRES, 1988. *Lexique des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*, Trois-Rivières, 37 p.

FORUM QUÉBÉCOIS DU LOISIR, 2005. *Loisir et personnes de 50 ans ou plus*, Compte rendu du groupe de réflexion, 10 p.

HARVEY, R., 2000. « Les personnes âgées. Milieux de vie et municipalités », dans *Municipalité*, août-septembre, p. 20-21.

INSTITUT DE STATISTIQUE DU QUÉBEC, 2006, *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, 2005-2006*, décembre, 33 p.

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2003.

MASINGUE, Isabelle et Danny RAYMOND, 2007. « Accéder aux services. Services professionnels et aide à domicile peuvent donner un sérieux coup de main aux personnes en perte d'autonomie », dans *Protégez-vous*, janvier 2007, p. 10-14.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, 2001. *Le Québec et ses aînés - Engagés dans l'action, Engagements et perspectives 2001-2004*, septembre, 59 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 2006. Tiré le 26 juillet 2006 dans www.formulaire.gouv.qc.ca.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, Québec, octobre, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2003. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications, 45 p.

ROY, Claude (Société d'habitation du Québec) et Danielle MALTAIS (Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal), 2002. *Guide de dépistage de la perte d'autonomie des personnes âgées habitant un logement à loyer modique*, Direction des communications de la Société d'habitation du Québec, 12 p.

SÉVIGNY, A. 1996. « L'utilisation des services de soutien à domicile provenant d'organismes communautaires et bénévoles : la vision des personnes âgées », dans *Gérontophile*, vol. 18, n° 4, p. 25-28.