



AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES AÎNÉS DU CANADA :

L'établissement d'un cadre d'action

Approuvé par les
Ministres Responsables des aînés

Septembre 1999

AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES AÎNÉS DU CANADA :

L'établissement d'un cadre d'action

Approuvé par les Ministres Responsable des aînés

Jurisdictions participantes :

Gouvernement de la Colombie-Britannique
Gouvernement de l'Alberta
Gouvernement du Saskatchewan
Gouvernement du Manitoba
Gouvernement de l'Ontario
Gouvernement du Québec
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Edouard
Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador
Gouvernement des Territoires du Nord-ouest
Gouvernement du Territoire du Yukon
Gouvernement de Nunavut
Gouvernement du Canada

Préparé par le Comité FPT des hauts fonctionnaires (Aînés)

Lead jurisdiction: Colombie-Britannique

Office for Seniors



**BRITISH
COLUMBIA**

Ministry of Health and
Ministry Responsible for Seniors

Table des matières

Chapitre 1 Antécédents et objet	1
1.1 Introduction	1
1.2 Utilisations envisagées du présent document de référence	1
1.3 Importance de la question de la sécurité	2
Chapitre 2 Vulnérabilité en fin de vie	4
2.1 Vieillesse de la population	4
2.2 Conditions de risque influant sur la sécurité des aînés	4
2.3 L'âgisme en tant que risque pour la sécurité des aînés	6
Chapitre 3 Les blessures chez les aînés	8
3.1 Incidence et prévalence	8
3.2 Conséquences	8
3.3 Questions à suivre	9
Chapitre 4 Mauvais traitement des aînés	16
4.1 Incidence et prévalence	16
4.2 Conséquences	16
4.3 Questions à suivre	17
Chapitre 5 Actes criminels à l'endroit d'aînés	23
5.1 Incidence et prévalence	23
5.2 Conséquences	24
5.3 Questions à suivre	25
Chapitre 6 Liste de vérification pour l'accroissement de la sécurité des aînés	30
Bibliographie	41

Chapitre 1

Antécédents et objet

1.1 Introduction

Le présent rapport porte sur la sécurité des Canadiens âgés. Il aborde trois volets précis de la sécurité : les blessures (particulièrement celles liées aux chutes), les mauvais traitements et les actes criminels. Le chapitre 1 renferme une introduction ainsi que des renseignements généraux sur le document et il décrit à quel auditoire il s'adresse. On y aborde également l'importance de se préoccuper de cette question. Le chapitre 2 livre un aperçu de ce qui influe sur la vulnérabilité en fin de vie. Les chapitres 3, 4 et 5 ont pour objet de fournir des données sur l'incidence, les conséquences et les mesures à prendre en ce qui a trait aux blessures chez les aînés, au mauvais traitement des personnes âgées et aux actes criminels commis envers les aînés. Quant au chapitre 6, il renferme des listes de vérification que peuvent utiliser les administrations pour vérifier les progrès qu'elles réalisent au chapitre de l'accroissement de la sécurité dans les trois secteurs abordés aux présentes.

Le document s'appuie sur des travaux déjà en cours au Canada. En 1994, les ministres FPT responsables des aînés, à l'exception de celui du Québec qui a toutefois donné son accord de principe, ont proposé l'élaboration à des fins d'application volontaire au Canada d'un cadre national sur le vieillissement. L'un des volets de ce cadre a été publié en mars 1998 dans un document intitulé *Principes du Cadre national sur le vieillissement – Guide d'analyse des politiques*. Ce document renferme un énoncé de vision et cinq principes approuvés par les aînés et les gouvernements de tout le Canada. Ces principes sont les suivants : sécurité, autonomie, dignité, participation et équité. Bien que le présent document intègre les questions liées à l'ensemble de ces principes, il porte surtout sur la sécurité, particulièrement sur les blessures, les mauvais traitements et les actes criminels.

1.2 Utilisations envisagées du présent document de référence

Ce document s'adresse aux ministres responsables des aînés, aux planificateurs stratégiques et aux analystes de tous les paliers de gouvernement (fédéral, provincial-territorial et municipal). Il renferme également des suggestions d'initiatives qui pourraient être mises sur pied au niveau communautaire ou à celui des services.

Le document se veut un outil de référence plutôt qu'un recueil de directives. Il peut servir de document de planification et fournir un cadre aux gouvernements, aux organismes et aux administrations locales de la santé pour l'évaluation de leurs capacités de promouvoir la sécurité des aînés.

1.3 Importance de la question de la sécurité

L'intérêt récent des décideurs et du public pour les questions de sécurité des aînés tombe à point. On compte un pourcentage de plus en plus élevé de personnes âgées au sein de la société canadienne et, de ce nombre, de plus en plus appartiennent au groupe des plus de 85 ans. Ainsi, alors que beaucoup d'aînés vivent pleinement et sans encombre, le nombre de personnes âgées frêles et vulnérables est appelé à s'accroître.

Les Canadiens ont été témoins de la tendance à encourager les aînés à finir leur vie dans leur propre foyer. La construction de logements avec services de soutien et la mise en place de services de soutien à domicile ont rendu possible cette transition, mais bien qu'il s'agisse d'une tendance favorable, elle s'accompagne de risques plus élevés pour la sécurité, tout particulièrement pour les aînés frêles qui vivent seuls. Ces personnes sont moins susceptibles d'avoir du soutien 24 heures sur 24 à la maison que leurs homologues qui vivent en établissement et leurs résidences ne sont pas adaptées à leurs besoins changeants. Les gens qui vivent chez eux ont aussi besoin d'avoir accès à leur quartier et à leur collectivité. Lorsqu'ils s'aventurent à l'extérieur, ils découvrent souvent que nos villes et municipalités n'ont pas été modifiées pour tenir compte des besoins de notre société vieillissante.

Les valeurs et les conditions qui caractérisent la société canadienne accroissent également les risques chez les personnes qui vieillissent. Le facteur le plus évident est le maintien d'une attitude âgiste et dépréciatrice. La société a encore une attitude paternaliste envers les aînés, les tenant fréquemment à l'écart des grandes décisions qui

touchent directement leur vie. Certains problèmes sociaux actuels, comme le chômage, la pauvreté et l'abus de drogues et d'alcool, peuvent avoir des retombées sur la sécurité des aînés.

Les blessures, les mauvais traitements et les actes criminels coûtent cher à nos services sociaux et de santé ainsi qu'à notre système judiciaire, aussi bien en termes de services directs assurés par des professionnels que de coûts personnels pour les particuliers et les familles. Les chutes constituent la blessure la plus fréquente chez les Canadiens âgés. Chez les 71 ans et plus, elles sont responsables de 75 % de l'ensemble des décès et de 89 % de l'ensemble des hospitalisations pour blessures accidentelles au Canada en 1994 (Source : Sauve-qui-pense, 1998). Dans toutes les catégories d'âge, les chutes sont également la cause d'incapacités partielles permanentes chez plus de 27 000 personnes et d'incapacité totale permanente chez 2 000 personnes (Source : Sauve-qui-pense, 1998). Au sein de la population âgée, on estimait en 1994 le coût des chutes à 2,8 milliards de dollars (Source : Ash, C. et al, 1999)

On n'a pas encore établi ce qu'il en coûte au total à la société pour traiter les victimes de mauvais traitement. Environ un Canadien de 65 ans et plus sur 25 déclare qu'un ami de confiance, un dispensateur de service ou un membre de la famille lui fait ou lui a fait subir une quelconque forme de mauvais traitement (Podnicks, 1999). Les pertes financières associées au mauvais traitement sont nettement sous-déclarées. Beaucoup d'aînés sont intimidés par le système de justice pénale. D'autres peuvent ressentir de la honte ou hésiter à déclarer les vols dont ils sont victimes parce qu'ils dépendent des soins ou du soutien émotif de l'agresseur.

L'acte criminel dont les aînés sont le plus fréquemment victimes est le télémarketing frauduleux. Deux victimes canadiennes sur cinq de ce type de fraude ont plus de 60 ans. De ce nombre, 67 % sont des femmes. Les pertes annuelles totales que causent aux consommateurs canadiens toutes les formes de télémarketing trompeur sont estimées à 4 milliards de dollars. Cela inclut les fausses présentations de prix et les offres trompeuses de prêts, de placements, de levées de fonds et de loteries.

La promotion de la sécurité des aînés doit être une grande priorité de nos gouvernements. Les blessures, les mauvais traitements et les actes criminels coûtent très cher aux contribuables et peuvent miner sérieusement la qualité de vie et le bien-être mental, affectif, physique et spirituel durant les dernières années de la vie.

Chapitre 2

Vulnérabilité en fin de vie

2.1 Vieillesse de la population

Qui sont les Canadiens âgés d'aujourd'hui et qui seront-ils demain? Le Canada subit de grands changements démographiques. Alors que les 65 ans et plus ne constituaient que 5 % de la population en 1921, ils en représentaient 12 % en 1991. Et les changements que l'on entrevoit pour l'avenir sont encore plus marqués. Le tableau 1 montre les prévisions démographiques des vingt prochaines années. Selon ces prévisions établies par Statistique Canada, plus de 15 % de la population aura 65 ans et plus d'ici à 2026.

Tableau 1 Prévisions démographiques pour le Canada (en milliers)

	1996			2001			2026		
	Les deux sexes milliers	Hommes	Femmes	Les deux sexes milliers	Hommes	Femmes	Les deux sexes milliers	Hommes	Femmes
Tous les âges	29 969,20	14 847,30	15 122,00	31 877,30	15 781,20	16 096,10	37 119,80	18 387,50	19 732,20
65-69	1 130,30	536,9	593,4	1 154,00	554,2	599,7	1 971,60	949,4	1 022,20
70-74	981,4	433,9	547,5	1 027,10	470,6	556,6	1 420,60	664,2	756,4
75-79	704,9	289,3	415,6	831,9	345,9	486,1	989,8	439	550,7
80-84	467,6	174,8	292,8	541,8	201,3	340,5	714,1	291,2	422,9
85-89	239,5	77,6	161,8	308,5	98,3	210,2	466,5	164,4	302
90 et plus	120	31,9	88,1	167,4	39,8	127,6	331,7	83	248,7

Source : Statistique Canada, 1999

2.2 Conditions de risque influant sur la sécurité des aînés

Les aînés de demain seront peut-être plus en santé et en meilleure forme physique parce qu'ils auront bénéficié de meilleurs soins de santé et d'une meilleure information tout au long de leur vie, mais il demeure que les personnes âgées sont plus susceptibles que les jeunes d'avoir une incapacité. Cela touche principalement les plus de 75 ans, de sorte qu'à l'âge de 85 ans, environ la moitié des Canadiens ont au moins une incapacité liée à la vision, à l'audition, à l'état cognitif, à la mobilité ou à la dextérité manuelle. Même le simple processus naturel du vieillissement se répercute sur la sécurité. Les conditions fondamentales associées au vieillissement, comme la baisse de l'acuité visuelle, la perte auditive,

les incapacités motrices et une diminution de l'équilibre, de la force et de la flexibilité amènent toutes un plus grand risque pour la sécurité des aînés. Bien d'autres facteurs et conditions de risque peuvent accroître la vulnérabilité en fin de vie. Ils sont résumés dans le tableau 2 sous les quatre aspects suivants : biologique, comportemental, environnemental et socio-économique.

Ce ne sont pas tous les aînés qui connaissent de tels changements, dont l'ampleur varie d'ailleurs selon les gens. Il importe de souligner que bien souvent, ces changements ne se produisent pas seuls et que plus une personne en vit, plus grands sont les risques que cela menace sa sécurité. On sait également que les facteurs de risque ont un effet additif, c'est-à-dire que la présence de deux facteurs amène un risque plus que le double comparé à chacun des facteurs pris indépendamment. Le processus de vieillissement est une transition vers une période de la vie qui présente des défis spirituels et affectifs et au cours de laquelle les aînés sont confrontés à des pertes personnelles, y compris au deuil, mais aussi à une diminution de leurs capacités physiques ou mentales.

Tableau 2 Aperçu des facteurs et des conditions de risque qui influent sur la sécurité des aînés

Biologique	Comportemental	Environnemental	Socio-économique
Âge avancé) Sexe féminin Maladie chronique Accident vasculaire cérébral Ostéoporose Arthrite Déficience cognitive Incapacités chroniques Arthrose Changements dans la mobilité Difficulté à marcher Mauvais équilibre Force musculaire réduite Changements sensoriels Mauvaise vision ou audition Port de lunettes bifocales Sensation réduite au toucher	Comportements à risque ou préventifs (p. ex., exercice) Médicaments inappropriés ou consommation d'alcool Consommation de tranquillisants, somnifères antidépresseurs hypotenseurs antidiabétiques Port de chaussures inadéquates Refus d'utiliser une canne ou une autre aide nécessaire à la mobilité Inactivité	Conception ou entretien inadéquat des immeubles Escaliers dangereux Manque de : salle de toilettes mains courantes rampes d'accès aires de repos éclairage adéquat barres d'appui Surfaces glissantes ou inégales Obstacles : carpettes désordre pôles finition des trottoirs Aides à la mobilité dangereuses Manque de transport approprié	Niveau de revenu inadéquat Faible niveau de scolarité Logement inadéquat Milieu social Valeurs et règles de la société Collectivités cohésives Réseaux de soutien social Relations insatisfaisantes avec les soignants Isolement social Facteurs psychologiques Peur de tomber Peur du crime

Adapted from V. Scott, PhD Dissertation, University of Victoria, 1999.

Tel qu'illustré dans le tableau 2, la pauvreté est considérée comme une condition de risque du point de vue de la sécurité. Les personnes qui disposent de peu de ressources en fin de vie, qui sont dans bien des cas des femmes vivant seules, n'ont pas nécessairement les moyens d'apporter les modifications nécessaires à leur domicile. Mentionnons par exemple l'ajout de dispositifs de sécurité qui réduiraient les risques de chute ou l'installation d'un système d'alarme qui les protégerait des intrus. Les personnes à faible revenu ne peuvent souvent pas se permettre de participer à des programmes d'information ou de conditionnement physique et il y a moins de chances qu'elles s'y connaissent en informatique et qu'elles puissent accéder sur l'Internet à des renseignements précieux sur la sécurité. Le tableau 3 montre la

Tableau 3 Pourcentage de personnes âgées vivant sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, selon l'âge, le sexe et les conditions de logement, 1991

Groupe d'âge	Femmes (%)			Groupe d'âge	Hommes (%)		
	Vivant seules	Avec le conjointe	Avec d'autres		Vivant seuls	Avec la conjointe	Avec d'autres
55-59	39.0	10.3	22.3	55-59	32.0	8.6	20.2
60-64	40.7	11.7	20.6	60-64	37.3	12.2	21.1
65-69	39.4	8.5	19.0	65-69	31.8	9.6	18.0
70-74	39.3	8.1	17.5	70-74	28.5	7.9	18.9
75-79	42.9	10.1	17.3	75-79	30.5	9.7	12.2
80-84	47.5	11.7	18.5	80-84	36.3	12.3	18.5
85+	53.0	9.0	17.2	85+	39.5	13.2	18.7

Source: Statistics Canada, 1999

mesure dans laquelle la pauvreté touche les femmes et les hommes âgés au Canada. Tel qu'illustré, le groupe le plus touché est celui des femmes de 75 ans et plus qui vivent seules. On entend par faible revenu un revenu qui ne permet pas d'acheter des aides auditives, de nouveaux verres correcteurs, des souliers convenables ou des aides qui réduiraient les risques de chute.

2.3 L'âgisme en tant que risque pour la sécurité des aînés

L'âgisme compte parmi les plus grands défis que nous devons relever dans la promotion de la sécurité auprès des Canadiens âgés. L'âgisme est subtil et se manifeste sous bien des formes. L'âgisme transparaît dans les stéréotypes qui dépeignent les personnes âgées de façons extrêmes.

L'image prédominante est un stéréotype négatif qui décrit les aînés comme étant des personnes confuses ou encore réticentes ou inaptés à accueillir de nouvelles idées ou à essayer de nouveaux comportements. À l'autre extrême, les médias ont commencé à dépeindre les aînés comme des super héros, capables de courir des marathons, riches et prospères, plus en santé que jamais jusqu'au jour où ils décèdent. De toute évidence, aucun de ces stéréotypes ne correspond à la réalité. Ces images ne servent qu'à marginaliser les personnes âgées et à les tenir à l'écart de la société, ce qui contribue au paternalisme, à l'isolement, à la perte d'autonomie et aux risques de victimisation.

Ces valeurs deviennent entre autres une menace pour la sécurité puisque l'on néglige de consulter activement les personnes âgées en ce qui a trait aux produits, aux politiques et aux pratiques qui les touchent. En tant que société, nous posons souvent des gestes envers eux ou pour eux, mais il nous arrive moins souvent de travailler avec eux en tant que consultants et que partenaires actifs.

Les aînés ont besoin d'une voix pour faire connaître leurs désirs et leurs besoins. Ce point de vue devrait imprégner tous les processus décisionnels, touchant par exemple la conception des immeubles, la planification des systèmes de transport ou la révision des codes du bâtiment. Au niveau local, il faut tenir des rencontres publiques dans des lieux et à des moments qui incitent les aînés à y participer.

Chapitre 3

Les blessures chez les aînés

3.1 Incidence et prévalence

Selon la U.S. National Academy of Science, les blessures constituent probablement le grand problème de santé le plus méconnu à travers le monde de nos jours. L'étude des blessures offre une occasion sans précédent de réduire la morbidité et la mortalité tout en réalisant des économies considérables au plan financier et humain – tout cela pour un investissement relativement modeste (Raina et Torrance, 1996).

Les blessures accidentelles posent un sérieux problème chez les personnes âgées du Canada. Les chutes, les accidents de la route, les incendies et les empoisonnements occasionnent la presque totalité des blessures accidentelles chez les aînés. Les chutes sont la plus importante cause puisqu'elles sont responsables de 74,6 % de l'ensemble des blessures accidentelles chez les personnes de 71 ans et plus. Viennent ensuite les accidents de la route, avec 13,2 % (Angus et al., 1998). Environ 30 % des Canadiens de 65 ans et plus qui résident dans la collectivité font au moins une chute par année (O'Loughlin et al., 1993).

3.2 Conséquences

On estime qu'entre 6 % et 25 % des chutes chez les 65 ans et plus donnent lieu à des blessures de modérées à graves (fracture, luxation ou laceration) et que 55 % produisent des blessures mineures des tissus mous (Alexander et al., 1992; Nevitt et al., 1991). Les chutes sont la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour cause de blessure et, en 1995-1996, elles ont occasionné 78 % des décès pour cause de blessure chez les Canadiens de 65 ans et plus (Institut canadien d'information sur la santé, 1998; Langlois et al., 1996).

Les blessures découlant de chutes occasionnent notamment des coûts considérables, tant en termes de souffrance humaine que de dépenses au chapitre des soins de santé. Les coûts humains que subissent les personnes âgées qui survivent à des blessures découlant d'une chute sont souvent très élevés; ils peuvent alors occasionner une perte d'au-

tonomie, des difficultés financières, de la douleur, des incapacités permanentes, des limitations d'activité et, chez certains, une grande peur de chuter de nouveau (Grisso et al., 1990; Nevitt et al., 1991; Tinetti, Mendes de Leon et al., 1994).

La peur et l'anxiété découlant de blessures causées par une chute peuvent amener une diminution de la stimulation sociale et mentale et une baisse de la qualité de vie qui risque d'ébranler l'estime de soi de la personne et de la plonger dans la dépression (Craven et Bruno, 1986). Les retombées sur la famille sont souvent lourdes, aussi bien en termes de soins supplémentaires à dispenser aux parents âgés que de tensions causées par la crainte d'autres chutes et de leurs conséquences (Orlando, 1988; Patla, Frank et Winter, 1990). Bien des familles sont incapables de composer avec les exigences de tels soins et environ 40 % des admissions en foyer de soins infirmiers sont directement liées au fait qu'une personne âgée a fait une chute (Adler-Trains, 1994, cité dans Rawsly, 1998).

Les coûts que représentent pour les Canadiens le traitement et les soins à ceux qui subissent des blessures accidentelles posent un problème de plus en plus grand étant donné que l'on prévoit que l'augmentation du nombre de blessures équivaldra à celle du nombre de membres de ce groupe d'âge. En 1995-1996, il y a eu 72 472 admissions pour cause de blessures dans les hôpitaux du Canada chez les 65 ans et plus et les blessures imputables à des chutes représentaient 84 % (60 486) de ces cas (Institut canadien d'information sur la santé, 1998). Dans le cadre du North Shore Falls Prevention Project (1994), on a estimé le coût de l'hospitalisation d'une personne à la suite d'une chute à quelque 9 700 \$ en dollars de 1992.

3.3 Questions à suivre

Stratégies gouvernementales

Recherche nécessaire : Relativement à son importance, la recherche portant sur les blessures n'est pas suffisamment financée au Canada. Comme le démontre la figure 1, en 1993, les « blessures de toutes sortes » représentaient 11 % du total des coûts directs et indirects de toutes les maladies et se classaient parmi les trois principaux facteurs contribuant à l'ensemble des frais généraux liés à la maladie. Néanmoins, elles se situaient au 23^e rang (voir figure 2) en termes de pourcentage des fonds alloués à la recherche par le gouvernement fédéral (Herbert, 1998). Sur le total des fonds affectés à la recherche dans ce domaine, les blessures des aînés ont obtenu une priorité beaucoup moins grande que celles des

Figure 1 : Répartition des coûts directs et indirects, selon la catégorie de diagnostic, Canada, 1993

(Source: Moore, R., et al., 1997)

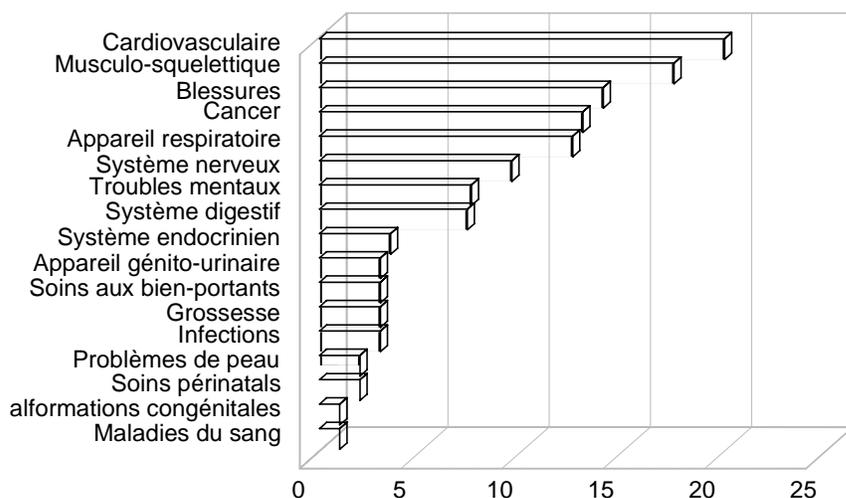
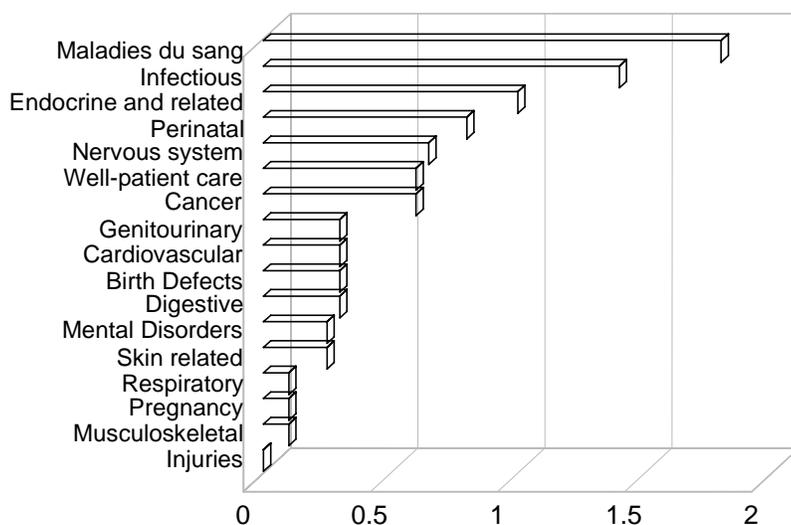


Figure 2 : Proportion du coût total consacré à la recherche, selon la catégorie de diagnostic, Canada, 1993

(Source : Moore, R., et al., 1997)



enfants et des adultes en milieu de travail. Il est donc clair qu'il faut effectuer davantage de recherches sur les blessures chez les aînés.

Codes et normes du bâtiment : Les codes du bâtiment constituent un important aspect de la sécurité des aînés. Des documents publiés aux États-Unis montrent que les gens sont 35 fois plus susceptibles de se blesser dans un escalier qu'au cours d'un incendie (Pauls, 1993). Bien que le Système canadien hospitalier d'information de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), n'ait qu'une petite proportion d'aînés dans son échantillon, certaines caractéristiques de construction d'une maison ou d'un immeuble, comme les escaliers, les planchers et les seuils, sont plus souvent rapportées comme étant cause dans les chutes que font les aînés. Nous avons besoin de codes et de normes qui reflètent le pourcentage de plus en plus élevé de personnes âgées qui vivent au sein de la communauté.

Il faudrait reconnaître les besoins des groupes d'utilisateurs au moment d'élaborer les normes du bâtiment. Il est reconnu que le processus d'élaboration de ces normes est compliqué par l'utilisation d'un langage complexe et par l'existence de multiples paliers de responsabilité. Il est rare que le processus de décision fasse appel aux aînés et aux autres groupes d'utilisateurs ayant des besoins spéciaux. Par conséquent, le Conseil national de recherches a parrainé la mise sur pied d'un groupe de travail responsable du processus de révision et d'élaboration des codes. Il s'agit d'un projet mené conjointement par la Commission canadienne des codes du bâtiment et de prévention des incendies et le Comité provincial-territorial sur les normes du bâtiment. Il serait bon que ce groupe adopte le point de vue des aînés, en se fondant par exemple sur les *Principes du Cadre national sur le vieillissement – Guide d'analyse des politiques* et en intégrant à ses travaux le point de vue des aînés en tant que consommateurs.

Produits et services pour les aînés : On s'efforce d'améliorer les produits et services pour les aînés. L'Association canadienne de normalisation (CSA) a réalisé une enquête portant sur les normes applicables à une société vieillissante. La conclusion de cette enquête est qu'il faut adopter des normes et des lignes directrices qui soient adaptées à tous les groupes, y compris aux aînés. L'étude a porté sur le besoin de normes relatives aux services qu'utilisent les aînés, comme les réparations domiciliaires, le soutien à domicile et les services bancaires. Il en ressort que le coût des produits et des services est un important facteur qui est susceptible de décourager les personnes âgées. Selon les participants à l'étude, des démarches d'information, de sensibilisation et de formation s'avèrent nécessaires pour accroître la sécurité des aînés. Il importe

de continuer à surveiller les activités de la CSA, étant donné qu'elle s'emploie à accroître la sécurité et le bien-être de notre société vieillissante. Dans son rapport de 1996, le Bureau de la sécurité des produits de Santé Canada mentionne plusieurs produits de consommation qui sont cause de blessures et de décès chez les aînés. Par ordre décroissant de fréquence, il s'agit des suivants : échelles, tables, chaises, lits, couteaux, tabourets, baignoires, scies et aides à la marche ou à la mobilité (marchettes, cannes et fauteuils roulants). On y souligne qu'il est souhaitable d'améliorer la conception des produits et que bon nombre d'innovations sont maintenant disponibles sur le marché. Plusieurs centres au Canada ont conçu et mis à l'essai des produits, avec l'aide des aînés. Le Bureau souligne toutefois qu'il n'existe aucun centre d'échange d'information sur les nouveaux produits, de sorte que cela prend du temps avant qu'ils parviennent aux gens qui en ont le plus besoin et qu'il y a risque de dédoublement. La mise sur pied d'un centre national d'information sur la sécurité des produits de consommation pour les aînés serait utile pour compiler et diffuser de l'information sur les centres de recherche et les résultats des recherches, la conception des produits, les normes, les brevets disponibles et les organismes de défense des droits des consommateurs.

Diffusion d'information sur la prévention des blessures : On met à l'essai au Canada et dans d'autres régions du globe un vaste éventail de programmes liés à la prévention des blessures chez les personnes âgées. Les résultats de ces essais ne sont toutefois communiqués dans bien des cas que dans des journaux scientifiques, des revues spécialisées, des procès-verbaux de conférence ou des « documents gris », c'est-à-dire des rapports internes et des rapports à l'intention des commanditaires des recherches. Il importe que des données fiables sur les schèmes de blessures et les stratégies efficaces de prévention soient mises à la disposition de toutes les personnes qui travaillent avec des aînés afin de les aider à identifier les personnes à risque et à choisir les stratégies appropriées de prévention.

Stratégies communautaires : L'intervention au niveau communautaire local est importante pour prévenir les blessures chez les aînés. Les stratégies communautaires efficaces sont celles qui découlent d'efforts de collaboration entre les aînés, les dispensateurs de services communautaires, les agences et organismes qui représentent les aînés, les entreprises et les gouvernements locaux.

- **Meilleures campagnes de sensibilisation du public :** La prévention des blessures est l'affaire de tous au sein d'une collectivité. Tout le

monde peut signaler un risque ou apporter une aide en cas d'urgence à un aîné qui s'est blessé. Une collectivité bien informée et perspicace sert aussi bien les intérêts privés que les intérêts publics. De telles campagnes de sensibilisation peuvent permettre d'informer la collectivité sur les facteurs qui contribuent aux blessures chez les aînés. Les aînés et leur famille, le grand public et certains employés, comme les facteurs et les livreurs de journaux, les éboueurs ou les gestionnaires d'immeubles, sont bien placés pour relever les signes de danger au sein d'une collectivité. Ils peuvent déceler une personne dont l'entrée n'a pas été déblayée depuis longtemps ou qui est trop malade pour entrer son courrier ou le journal, ou encore observer certaines choses qui nécessitent réparation, comme un escalier endommagé ou un trottoir fissuré. Les campagnes de sensibilisation du public peuvent aussi être axées sur le secteur des entreprises, afin de les informer des risques que peuvent poser leurs services et leurs produits. Des vendeurs de chaussures bien informés pourraient par exemple aider leurs clients âgés à choisir les modèles avec lesquels ils risquent le moins de trébucher, de glisser ou de tomber.

- **Coalitions et réseaux de prévention des blessures chez les aînés :**

La structure et la fonction des coalitions de prévention des blessures chez les aînés mises sur pied dans les différentes collectivités varieront selon la nature du problème à régler, les intervenants en cause et la disponibilité des ressources communautaires. Ces ressources peuvent prendre diverses formes : information, aide financière, personnel ou salles de réunions. Il importe que toutes les perspectives soient représentées, puisqu'un changement qui règle le problème d'un groupe peut créer un nouveau problème pour un autre groupe. Les gouvernements municipaux et les administrations ou conseils locaux de la santé sont bien placés pour coordonner les efforts communautaires visant à réduire les blessures et à promouvoir la sécurité des aînés. Les gouvernements locaux peuvent travailler de concert avec les organismes d'aînés en place à la définition mutuelle des besoins et des ressources.

Stratégies du secteur des services et des agences

- **Évaluation des personnes à risque :** Nous avons besoin d'outils d'évaluation des risques qui soient faciles à utiliser, qui produisent des résultats fiables et qui facilitent une planification individualisée de la gestion des risques. De tels outils s'avèrent nécessaires pour pallier aux principales causes de blessures, y compris aux chutes,

aux accidents de la route, aux incendies et aux empoisonnements. Quiconque travaille avec un aîné et décèle une situation de risque peut se servir d'outils d'évaluation. Les médecins, les infirmières en soins à domicile, les ambulanciers, les physiothérapeutes, le personnel des salles d'urgence et les autres travailleurs de la santé devraient avoir des outils d'évaluation à leur disposition. Idéalement, il faudrait adopter une approche multidisciplinaire vis-à-vis de l'évaluation et de l'intervention, en accordant la même attention aux facteurs de causalité intrinsèques et extrinsèques.

- **Information et formation du personnel des organismes et des agences :** Il faudrait dispenser à tous ceux qui travaillent auprès d'aînés de l'information et de la formation sur les facteurs de risque, les compétences en évaluation et les techniques d'évaluation des stratégies de prévention. Il y aurait lieu, par exemple, d'informer le personnel des établissements de soins prolongés sur l'augmentation – plutôt que la diminution – des risques de blessures occasionnées par des chutes associée à l'utilisation de contraintes physiques ou chimiques.
- **Planification et intervention d'urgence :** Des stratégies de planification d'urgence s'avèrent nécessaires pour assurer l'évacuation en cas d'incendie, la coordination des services d'urgence (pompiers, ambulance et services policiers) et la formation des équipes de premiers soins. Les aînés peuvent être fragiles, sourds ou atteints de démence – autant de facteurs qui entravent leur capacité à réagir en situation d'urgence. Les dispositifs de prévention doivent être correctement installés et entretenus, ce qui peut poser un problème pour ceux qui vivent seuls ou dont les revenus sont limités. Les détecteurs de fumée, les systèmes d'extinction automatique, les alarmes-incendie et les systèmes d'alerte en cas d'urgence peuvent, bien sûr, sauver des vies. Il faudrait diffuser de l'information sur la façon de réduire les risques de blessures en utilisant divers médias, y compris les stations locales de télévision, les journaux, les bulletins d'organismes d'aînés, les brochures, les aimants pour le réfrigérateur ou les vignettes autocollantes à conserver près du téléphone.

Conclusion

La prévention des blessures accidentelles chez les aînés est un problème complexe qui nécessite le recours à diverses approches stratégiques. La population canadienne vieillit et les personnes âgées ayant une incapacité ou une maladie chronique peuvent de plus en plus se déplacer de façon autonome grâce aux aménagements pour accès facile et aux progrès technologiques dans le domaine des aides à la mobilité. Un plus grand nombre de Canadiens que jamais sont donc exposés à subir des blessures. Ces changements font ressortir la nécessité d'appliquer sur une large échelle des stratégies rentables qui tiennent compte des déterminants sociaux, économiques et de la santé qui placent les gens en situation de risque et le fait que toute la gamme d'intervenants doit y mettre du sien si l'on souhaite apporter à l'organisation du milieu des changements qui favorisent la sécurité. Les personnes les plus touchées par ces politiques doivent participer au processus entourant leur élaboration.

Chapitre 4

Mauvais traitement des aînés

4.1 Incidence et prévalence

On dispose encore de nos jours au Canada de très peu de statistiques sur l'ampleur et la gravité du problème du mauvais traitement des aînés. La seule étude nationale faisant appel à des méthodes d'enquête au hasard a été réalisée par Podnieks en 1989. Selon cette enquête, au moins 4 % de la population des 65 ans et plus avait déjà subi une ou plus d'une forme grave de mauvais traitement de la part d'un membre de la famille ou d'une autre personne proche. L'exploitation financière représentait près de la moitié de l'ensemble des cas, tandis que la violence verbale (parfois appelée violence « psychologique » en représentait environ le tiers. D'autres études canadiennes ont laissé entendre que ce pourcentage était extrêmement bas et que l'incidence réelle pouvait être plus importante (Rompre le silence, 1993). Plusieurs facteurs viennent compliquer la recherche sur l'incidence et la prévalence du mauvais traitement : faible taux de réponse aux sondages, erreurs possibles dans la mémoire des faits, incapacité de déceler les cas signalés en double par des professionnels, absence de définition opérationnelle du mauvais traitement et tendance des gens à ne pas déclarer systématiquement les cas observés (Maclean, 1995).

4.2 Conséquences

Tout comme on dispose de peu de preuves de la nature et de l'ampleur véritables du mauvais traitement au Canada, on manque de données relatives à l'incidence du problème sur les personnes âgées, leur famille et la société. Les retombées psychologiques sur les aînés incluent à coup sûr le stress émotionnel, dont les manifestations vont d'une sensation de malaise à la dépression grave, voire au suicide. Les conséquences économiques du fait de perdre de l'argent aux mains d'un ami ou d'un associé de confiance constituent une autre conséquence réelle, bien que non mesurée encore. Le mauvais traitement peut aussi occasionner des coûts en matière de soins de santé applicables au traitement des séquelles mentales et physiques. Finalement, si la personne porte plainte et intente des poursuites, cela occasionne des frais de justice. Par con-

séquent, bien qu'il soit difficile d'évaluer en dollars l'incidence du mauvais traitement, il est clair que ses coûts directs et indirects sont élevés.

4.3 Questions à suivre

Stratégies gouvernementales

- **Examen des recommandations et des rapports actuels** : Depuis 1992, le Canada a produit un certain nombre d'excellents rapports sur la question du mauvais traitement des aînés. Ces rapports renfermaient de la théorie sur les causes du mauvais traitement, des recommandations de mesures de prévention et de traitement ainsi qu'un programme-cadre pour l'éducation des professionnels. Bien que certaines des recommandations qu'il contenait aient été adoptées, ces premiers efforts n'ont pour la plupart pas débouché sur autant de nouvelles politiques, de nouveaux programmes et de nouvelles initiatives de recherche que prévu. Les exceptions notables sont la création du Centre national d'information sur la violence dans la famille et Comité FPT sur la violence familiale.

Par conséquent, nous avons besoin maintenant d'un effort coordonné à tous les niveaux d'intervention (administrations nationales, provinciales, régionales et communautaires, organismes et particuliers) pour mettre en oeuvre les politiques et les « meilleures pratiques » visant à régler la question. Un réseau national pour la prévention du mauvais traitement des aînés a été mis sur pied dans ce but. Chacune des administrations FPT pourrait supporter cette coalition en débloquant des fonds pour l'aider à réaliser ses objectifs, qui consistent à effectuer des recherches et en communiquer les résultats ainsi qu'à trouver des façons d'utiliser ces résultats pour améliorer les politiques et les pratiques en vigueur au Canada.

- **Lois sur la protection des adultes vulnérables** : Un certain nombre de provinces ont adopté des lois précises pour assurer la protection des adultes vulnérables. Mentionnons par exemple l'Adult Protection Act entrée en vigueur en Nouvelle-Écosse en 1985. D'autres provinces canadiennes, comme l'Ontario, l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, et la Colombie-Britannique, et Terre-Neuve possèdent également des lois connexes qui peuvent venir en aide aux personnes âgées en situation de violence.

- **Règlements sur la déclaration obligatoire :** Les opinions diffèrent quant à la mesure dans laquelle les lois qui rendent obligatoires la déclaration des cas de mauvais traitement de personnes âgées s'avèrent efficaces pour les dépister et y mettre un frein. Bien des aînés ont peur de dire à un membre de leur famille ou à un travailleur qu'ils sont victimes de mauvais traitements. En obligeant quiconque soupçonne un problème de mauvais traitement à le signaler, on pourrait permettre aux organismes en mesure d'offrir une aide proactive d'être informés d'un nombre beaucoup plus grand de cas. Par ailleurs, les personnes âgées sont autonomes et il pourrait sembler condescendant de laisser entendre qu'elles ne sont pas responsables de déclarer elles-mêmes leur situation. La déclaration obligatoire peut aussi soulever un autre problème, en ce sens que les personnes qui préfèrent ne pas être mêlées à des situations juridiques qui risquent de devenir complexes seront moins portées à faire du dépistage. Il serait donc avisé que la déclaration ne soit obligatoire que dans les situations où des aînés vivent à risque ou ne sont pas libres de se déplacer ou de prendre des décisions, s'il s'agit par exemple de personnes vivant en établissement de soins. Certaines provinces, comme la Colombie-Britannique, ont déjà adopté pareille politique.

Stratégies communautaires

- **Accroissement de la sensibilisation du public :** N'importe qui au sein d'une collectivité peut être le premier à déceler des signes de mauvais traitement d'un aîné et fournir de l'information au sujet des ressources communautaires disponibles. La mise sur pied de vastes campagnes de sensibilisation peut permettre de mieux informer le public. Le fait d'établir des relations avec les médias locaux et de leur fournir de l'information de base et des documents à jour peut y contribuer. Il est important que les médias, lorsqu'ils relatent des cas de mauvais traitement, le fassent d'une façon délicate et précise. On peut aussi mettre sur pied des campagnes de sensibilisation s'adressant à certaines personnes en particulier qui ont des contacts réguliers avec les aînés, comme les pharmaciens, les chauffeurs d'autobus et de taxi, les coiffeurs et les facteurs. On pourrait aussi élargir le concept des programmes de surveillance de quartier afin

d'y inclure les citoyens de tous les âges, y compris les aînés.

- **Planification régionale et intégration des services** : Toutes les collectivités doivent déployer un effort concerté en vue de cerner les services actuels d'aide aux victimes de mauvais traitement et les lacunes qui existent sur ce plan. Nous devrions nous efforcer de coordonner les services offerts par les divers organismes. Ce processus devrait faire appel à un vaste éventail d'intervenants possibles : les aînés eux-mêmes, les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les banquiers, les agents de police, les avocats, les membres d'administrations régionales de la santé et toute autre personne intéressée à la question.
- **Identification des populations à risque** : Les collectivités prennent des mesures proactives en vue de cerner les conditions qui contribuent au mauvais traitement des personnes âgées (p. ex., pauvreté et chômage, isolement, consommation d'alcool et de drogues, analphabétisme, moyens de transport inadéquats) et peuvent mettre sur pied des programmes visant à régler ces grands problèmes sociaux. Certaines populations peuvent être à risque en raison d'obstacles culturels ou linguistiques et peuvent avoir plus de difficulté à accéder aux services. Les membres des groupes minoritaires hésitent parfois à rapporter un cas de mauvais traitement si les travailleurs ou les interprètes en cause ont des liens étroits avec leur réseau d'associés ou d'amis, parce qu'ils craignent que la confidentialité ne soit pas respectée ou parce qu'ils ressentent de la honte. Toutes les collectivités devraient donc exercer une planification intersectorielle qui tienne compte des obstacles locaux à la détection et à la gestion efficaces du mauvais traitement des aînés. Il est essentiel de refléter dans cette démarche de planification la mosaïque culturelle de la population cible.

Stratégies du secteur des organismes et des agences

- **Questions organisationnelles et professionnelles :** Les associations et organismes professionnels doivent adopter des normes éthiques et juridiques relatives au mauvais traitement des aînés. Ces normes fourniraient un minimum de connaissances sur les points suivants : nature et type des mauvais traitements, lignes directrices entourant l'adoption d'une éthique qui décourage les comportements abusifs de la part des professionnels, attentes relatives à la connaissance des facteurs de risque et des signes de mauvais traitement, protocoles de déclaration des cas, stratégies de déclaration et mesures à prendre lorsque des membres du personnel sont soupçonnés ou trouvés coupables de mauvais traitement. Il importe que les membres de ces associations et organismes soient au courant des aspects légaux rattachés aux situations de mauvais traitement et qu'ils reçoivent du soutien s'ils sont appelés à la barre des témoins dans le cadre d'une action en justice.
- **Agences responsables de la coordination des efforts de prévention et de gestion de la question du mauvais traitement :** Il est essentiel que les collectivités planifient de façon à prévenir le mauvais traitement des aînés et à y mettre fin. Elles peuvent désigner une agence responsable de la coordination de ces efforts. Cette agence peut offrir ou concevoir un éventail de services tels la surveillance communautaire, le dépistage, l'évaluation, le counselling, l'aiguillage, le règlement des différends et l'aide à la réinstallation. Des programmes doivent être mis en place à l'intention des victimes aussi bien que des agresseurs. Une telle agence peut jouer un rôle important en intervenant pour obtenir les ressources nécessaires au sein d'une collectivité et en mettant sur pied des programmes d'assurance de la qualité au sein des organismes partenaires qui desservent les aînés.
- **Programmes coordonnés d'éducation et de soutien :** Les collectivités peuvent également coordonner l'information offerte dans la région aux agents de police, employés des banques, bénévoles, pairs consultants, professionnels de la santé, dispensateurs de programmes de garde de jour et de garde d'un jour et autres personnes ayant

besoin d'être davantage sensibilisées. Il faut assurer une formation de base, de même qu'une formation et un soutien particuliers en présence d'une situation de violence. Le fait d'aborder la question dans le cadre des programmes d'études secondaires et collégiales pourrait constituer un moyen de prévention primaire utile. La participation des aînés à ces efforts peut être des plus pertinentes. Ici encore, il serait utile de documenter et de diffuser largement à travers le Canada des exemples de « meilleures pratiques » innovatrices. Les pièces de théâtre, les films, les études de cas, les biographies et les productions télévisées ne sont que quelques-uns des moyens que l'on peut utiliser pour transmettre de l'information sur cette question délicate.

- **Protocoles et procédures des diverses agences** : Toute agence qui dessert des aînés devrait être dotée de politiques et de procédures claires pour régler les cas soupçonnés ou confirmés de violence. Cela inclut les établissements formels comme les maisons de soins infirmiers et les agences de soins à domicile et les plus informels comme les centres de l'âge d'or et les services de repas sur roues. Les dispensateurs de services qui sont témoins de situations de violence ont besoin de soutien puisqu'il se peut qu'ils subissent un traumatisme indirect.
- **Services à l'intention des dispensateurs de soins familiaux** : Les membres de la famille qui assument le rôle de dispensateurs de soins primaires ne sont habituellement pas les personnes que l'on cite comme agresseurs en situation de violence. Cependant, dans certains cas, on croit que le stress causé par le fait de dispenser des soins à quelqu'un 24 heures sur 24 peut mener à de mauvais traitements. Il faut accorder plus d'attention aux besoins des membres de la famille qui décident de prendre soin de leurs êtres chers à domicile. Il faudrait notamment leur donner la possibilité d'obtenir du soutien social, de pratiquer des loisirs à l'extérieur, de prendre du répit, de recevoir de la formation et d'obtenir une compensation financière pour leurs dépenses et leur perte de revenus.
- **Programmes de surveillance policière communautaire** : Les agents de police sont parfois confrontés à des cas de mauvais traitement. Pour bien faire leur travail, ils doivent être parfaitement informés sur

les types de mauvais traitements, leurs facteurs de risque possibles et leurs signes. Ils doivent aussi être sensibles aux besoins de communication des personnes âgées en général (c'est-à-dire être conscients de la nécessité de prendre plus de temps pour réaliser les entrevues et pour communiquer avec les personnes qui ont un problème de vision ou d'audition). Les services de police doivent être perçus comme étant accessibles dans les quartiers. Les services de police communautaire constituent une façon efficace d'appliquer ce concept.

- **Services d'intervention en cas de crise :** Il peut arriver que les personnes âgées en situation de violence aient besoin de façon urgente de services de counselling et d'un refuge. De tels services devraient être faciles d'accès et leur numéro de téléphone devrait être facile à trouver. Certains aînés peuvent hésiter à faire appel aux services policiers, tout comme ils sont souvent réticents à intenter des poursuites judiciaires contre un ami, un parent ou un travailleur. Alors que bien des collectivités offrent des refuges d'urgence aux jeunes femmes victimes de violence, ces endroits ne sont pas nécessairement adaptés aux femmes âgées et il y a de fortes chances qu'ils soient tout à fait inappropriés pour les hommes âgés. Par conséquent, toutes les collectivités devraient offrir un large éventail de programmes en vue de régler le problème du mauvais traitement des aînés et des modèles de « meilleures pratiques » en matière de planification intersectorielle devraient être conçus, documentés et communiqués.

Chapitre 5

Les actes criminels à l'endroit d'aînés

5.1 Incidence et prévalence

Bien que les personnes âgées craignent généralement d'être victimes d'actes criminels comme les agressions ou le vol, les statistiques montrent que de façon générale, ils sont moins susceptibles que les plus jeunes de subir des crimes violents. Cette peur du crime pose toutefois un problème en elle-même, étant donné qu'elle peut porter certaines personnes à s'isoler. Les personnes âgées sont à risque lorsqu'il est question de vol, d'intimidation, de vandalisme et de contrefaçon ou de fraude (Bachman, et al., 1989). Au Canada en 1996, 16 % des Canadiens avaient 60 ans ou plus, mais seulement 3 % des crimes violents mettaient en cause des personnes de cette catégorie d'âge (dans la mesure où l'âge des victimes était connu)¹. Parmi ces 3 % de crimes violents, environ la moitié étaient rattachés à une agression, comparativement à 68 % dans le cas des victimes plus jeunes. Les aînés constituent 7 % des victimes de vol qualifié.

Le télémarketing frauduleux est l'un des types d'actes criminels les plus fréquemment perpétrés à l'endroit de personnes âgées. Au Canada, deux victimes de télémarketing frauduleux sur cinq ont plus de 60 ans et 67 % sont des femmes. Le télémarketing frauduleux prend bien des formes, mais il met habituellement en cause des marchandises ou des placements.

Le schème le plus sophistiqué et le plus complexe est celui de « l'investissement mondial », qui constitue également le type de télémarketing frauduleux qui croît le plus rapidement. Les fraudeurs mettent tout en oeuvre pour s'emparer de l'argent des consommateurs : acheter des entreprises disponibles sur le marché; embaucher des avocats; ouvrir des comptes de banque; se joindre au Bureau d'éthique commerciale; faire imprimer de la papeterie, des cartes d'affaires et des

¹ Statistics reported by Stats Canada based on Uniform Crime Reporting Survey.

brochures impressionnantes; envoyer des contrats, des curriculum vitae et des bandes vidéo; et solliciter des investisseurs par le bouche à oreille dans des cercles d'affaires légitimes. La victimisation répétée, provoquée par les efforts que déploie la victime pour récupérer son investissement, constitue un important aspect de ce type de fraude (Chapman- Michael, 1993).

5.2 Conséquences

Le tableau ci-après illustre les diverses estimations annuelles disponibles sur le coût des crimes économiques au Canada. Comme on peut le constater, le télémarketing frauduleux est le type de crime économique qui génère les coûts les plus élevés pour les Canadiens.

Tableau 6 Coûts estimés des crimes économiques au Canada

Type de fraude	Année	Coût estimé
Assurance	1996	1 - 2,5 milliards \$
Téléphone cellulaire	1995	650 millions \$
Cartes de crédit	1997	127 millions \$
Marché boursier	1997	3 milliards \$
Télémarketing	1997	4 milliards \$

Source : Association canadienne des individus retraités, 1998

Impact socio-politique des crimes économiques : Au Canada, le taux de poursuites pour crimes économiques est relativement faible. Cela signifie que les victimes perdent beaucoup d'argent et peuvent nourrir le cynisme du public et la peur accrue chez les personnes âgées. L'une des grandes préoccupations liées au crime économique est qu'à l'heure actuelle, le rapport risque-avantages est en rupture d'équilibre. Cela peut avoir provoqué aux États-Unis comme au Canada une situation dans laquelle le crime économique, selon bien des gens, est devenu une façon d'agir « rationnelle ».

Le projet Phonebusters, un groupe de travail national dont le mandat important est de combattre le télémarketing frauduleux au Canada, a permis de découvrir qu'entre janvier et mai 1997, plus de la moitié des victimes déclarées de ce type de fraude étaient âgées de plus de 60 ans et que 73 % des victimes ayant perdu plus de 5 000 \$ se trouvaient au sein de ce groupe. D'après l'expérience du Bureau de la politique de

concurrence d'Industrie Canada, les auteurs de telles pratiques frauduleuses ciblent les segments soi-disant « vulnérables » de la société, comme les personnes âgées.

5.3 Questions à suivre

Stratégies gouvernementales

- **Politique et législation** : Nous devons coordonner les efforts d'application de la loi, de prévention du crime et d'information du public en ce qui a trait aux actes criminels. Le ministre du Solliciteur général et Industrie Canada ont mis sur pied un groupe stratégique national sur le télémarketing frauduleux pour examiner des stratégies qui permettent de coordonner les efforts de ces secteurs de service et d'échanger de l'information dans le but de lutter plus efficacement contre le problème, y compris de combler les lacunes sur le plan de la législation et des meilleures pratiques. Des modifications sont en outre proposées au projet de loi C-20 (la Loi sur la concurrence) afin de régler le problème de la prolifération des pratiques de télémarketing trompeur et de faire en sorte que les communications téléphoniques interactives illicites deviennent une infraction criminelle.
- **Surveillance et déclaration** : Bien qu'il existe des statistiques canadiennes sur les crimes à l'endroit de personnes âgées, il y a des problèmes en ce qui concerne le signalement de ces crimes. Une enquête nationale pourrait déterminer avec précision la fréquence, la nature et l'endroit de ces crimes, de façon à dissiper les mythes et à cerner les problèmes réels. On sait peu de choses au sujet des crimes commis dans les établissements de soins. La création d'un registre national des actes criminels à l'endroit d'aînés et d'un registre des contrevenants amorcerait la résolution du problème. Phonebusters a créé un registre volontaire pour tous les types de télémarketing frauduleux.
- **Besoins d'information et de sensibilisation du public** : Les personnes âgées ont besoin de trois types d'information pour se protéger contre le télémarketing frauduleux : ils doivent saisir bien clairement que cela constitue un crime, être conscients de l'omniprésence, de la gravité et de la nature de ce type de fraude

et avoir accès à des lignes directrices concises sur la façon de reconnaître tout baratin illégitime (c'est-à-dire disposer d'information sur la façon de déceler la fraude). On pourrait diffuser le nom des entreprises qui contreviennent actuellement aux lois sur le télémarketing en même temps que de l'information au sujet de ces lois.

À cette fin, un partenariat gouvernement-secteur privé formé du Comité des mesures en consommation d'Industrie Canada et du Forum sur la prévention du télémarketing trompeur a lancé une campagne de sensibilisation du public portant sur ce type de fraude.

Stratégies communautaires :

- **Coordination à l'échelle communautaire des efforts de prévention du crime** : Un vaste éventail d'intervenants peuvent jouer un rôle dans le dépistage et la déclaration des crimes au sein des collectivités. Mentionnons notamment les agents de police, les agences de soins à domicile, les services sociaux, les groupes d'aînés, les associations de dispensateurs de soins, les facteurs, les travailleurs des postes, les avocats et les employés des banques. L'organisation de forums communautaires sur la prévention du crime à l'endroit des aînés permettrait de réunir ces intervenants et d'assurer un échange d'information et d'expérience.
- **Initiatives de protection des consommateurs** : Les consommateurs âgés pourraient bénéficier d'initiatives régionales visant à examiner les ressources et les pratiques en matière de protection des consommateurs. On pourrait déployer un effort coordonné en vue de cerner et de rendre publiques ces pratiques et d'en déceler les lacunes. Cette démarche pourrait faire appel aux partenaires suivants : le Bureau d'éthique commerciale, les chambres de commerce, la GRC, les forces policières locales et d'autres intéressés.
- **Programmes de sécurité dans les rues** : La plupart des crimes à l'endroit de personnes âgées surviennent à domicile. Néanmoins, en raison de leur plus grande vulnérabilité, beaucoup d'aînés craignent de sortir, particulièrement le soir. La mise sur pied de campagnes communautaires en faveur de rues sûres pour les aînés pourrait

atténuer leurs craintes tout en décourageant les comportements criminels dans les lieux publics. Une telle campagne pourrait porter sur l'amélioration de l'éclairage, la mise sur pied d'un programme de surveillance de quartier ou l'amélioration de l'accès à l'aide policière d'urgence.

- **Projets de surveillance policière communautaire :** Bon nombre de collectivités découvrent la valeur des initiatives de surveillance policière communautaire pour les aînés et reviennent aux patrouilles à pied. Les résidents de ces collectivités ont tendance à se sentir plus en sécurité grâce à une présence policière locale et ils sont plus aptes à utiliser certains services policiers comme les programmes d'identification des biens personnels; ils se sentent aussi plus à l'aise de signaler les activités criminelles dont ils sont témoins. Toutes les collectivités devraient également offrir des programmes d'aide aux victimes et de soutien des témoins qui soient adaptés aux aînés. Les académies de police et les programmes de recyclage devraient prévoir une formation spéciale sur la façon de traiter avec la population âgée.

- **Occasions d'améliorer l'entente entre les générations :** Pour réduire la peur du crime chez les personnes âgées et accroître le respect entre les aînés et les jeunes, il faut favoriser la communication, les rencontres et l'entente entre les générations. Une localité du Canada organise chaque année un « festival des âges », une activité planifiée conjointement par les aînés et les jeunes. L'Année internationale des personnes âgées a offert en outre beaucoup d'occasions de favoriser l'harmonie et l'entente entre les générations.

- **Services de prévention du crime et services connexes adaptés à la culture :** Il importe que les services disponibles tiennent compte des besoins et des problèmes des personnes des différentes cultures. La documentation sur la prévention du crime devrait être facile à obtenir dans d'autres langues que l'anglais ou le français; il faut recruter des agents de police provenant des divers groupes ethniques de la région, et les aînés des Premières nations doivent jouir du même accès à la justice que les autres Canadiens âgés.

- **Sensibilisation communautaire visant à réduire la peur du crime :**

Il se peut que les personnes âgées aient une mauvaise perception de leur risque d'être victimes d'un acte criminel. Cela est particulièrement vrai dans le cas des crimes violents. Parfois, la description de l'effet indirect d'une agression présentée à la télévision ou dans les journaux fait naître chez les personnes âgées la crainte de la victimisation. Pour éviter la peur inutile et la victimisation indirecte, nous devons établir avec les médias des relations qui permettent d'éviter les comptes rendus sensationnalistes et de promouvoir une communication adéquate des statistiques sur le crime.

Stratégies des organismes et des agences

- **Banques et autres institutions financières :** Les banques et les autres institutions financières ont un rôle de plus en plus important à jouer dans le dépistage et la prévention de la fraude et du vol mettant en cause des personnes âgées. Il y aurait lieu que ces institutions déploient dans toutes les collectivités un effort concerté visant à informer leurs employés et le public à ce sujet.
- **Vol et fraude dans les établissements de soins prolongés :** Les personnes âgées qui vivent dans un établissement de soins sont parmi les plus exposées à la fraude ou au vol de leurs biens personnels. La vérification des casiers judiciaires de chaque employé est une option viable. Il faudrait aussi faire en sorte de signaler tous les crimes de cette nature et d'y appliquer la loi de la même façon que s'ils survenaient hors d'un établissement. On pourrait établir un registre national des personnes ayant perpétré des actes criminels au sein d'établissements, ce qui permettrait de retracer celles qui cherchent tout simplement un emploi similaire dans un autre établissement. L'industrie et les organismes d'application de la loi pourraient collaborer à l'élaboration d'approches vis-à-vis de ce problème. Un modèle de programme est fourni ci-après.

Un programme innovateur a été conçu dans le but de fournir aux dispensateurs de soins prolongés les outils nécessaires pour réagir de façon proactive aux actes criminels – particulièrement au vol – survenant en établissements de soins infirmiers. Ce programme fait

appel à un partenariat entre Senior Crimestoppers, Crimestoppers International et une entreprise de gestion des soins prolongés. Les foyers de soins infirmiers participants deviennent membres de Senior Crimestoppers au coût de 50 cents par lit, par mois; cela leur donne

accès à un service téléphonique sans frais, disponible 24 heures par jour, pour signaler les crimes, de même qu'à des documents de formation et à des programmes à l'intention des résidents, des familles et du personnel, à la possibilité de signaler des incidents tout en conservant leur anonymat et à des récompenses en argent pour toute information permettant de retracer des articles manquants.

Chapitre 6

Liste de vérification pour l'accroissement de la sécurité des aînés

Il existe toute une gamme de stratégies qui peuvent permettre d'accroître la sécurité des aînés. Le présent chapitre traite de celles qui pourraient s'appliquer dans chacun des secteurs de la prévention des blessures, du mauvais traitement et des actes criminels. Bon nombre de ces stratégies sont peut-être déjà en place dans certaines administrations et il se peut aussi que certaines ne s'appliquent pas à l'ensemble. Ces suggestions peuvent plutôt servir de guide pour l'examen de ce qui est déjà en place et des autres mesures qu'il serait possible d'adopter. Elles sont énoncées sous forme de résultats visés, afin que les administrations puissent comparer leurs pratiques actuelles à ce qui est proposé aux présentes.

Liste de vérification pour la prévention des blessures

Niveau gouvernemental

- On soutient la réalisation de recherches qui :
 - identifient et examinent les meilleures pratiques,
 - sont interdisciplinaires,
 - contribuent à la conception de produits,
 - s'appuient sur des partenariats avec d'autres organismes de financement,
 - font appel à la participation des aînés, et
 - définissent les facteurs associés aux chutes.

- Les codes et les normes du bâtiment reflètent la proportion de plus en plus grande d'aînés qui vivent dans la communauté.
 - Les normes du bâtiment et celles qui s'appliquent à la construction et à la réparation des trottoirs sont établies en fonction des besoins des groupes d'utilisateurs, en consultation des planificateurs et des corps de métier.
 - Les concepteurs des codes, les architectes et les constructeurs sont encouragés à adopter des principes universels de conception.

- Des règlements relatifs au déneigement et au déglacage des trottoirs sont en vigueur.
- On soutient la mise à l'essai de nouveaux produits et services pour les aînés.
- On élabore des normes entourant les services et les produits principaux (p. ex., réparations domiciliaires, services de soutien à domicile, services bancaires et fauteuils tricyles).
- On surveille les activités de l'Association canadienne de normalisation en ce qui a trait aux nouvelles initiatives qui accroissent la sécurité et le bien-être de notre société vieillissante.
- Les consignes de sécurité qui accompagnent bon nombre de produits sont imprimées en plus gros caractères.
- On diffuse de l'information sur la prévention des blessures.
 - Des données sur les types courants de blessures et les stratégies de prévention sont mises à la disposition de tous ceux et celles qui travaillent avec des aînés, afin de les aider à cerner les personnes qui risquent de se blesser et à choisir les stratégies appropriées de prévention.

Niveau communautaire

- Les initiatives mises de l'avant à l'échelle communautaire en ce qui a trait à la prévention des blessures font appel à la participation d'aînés, de fournisseurs de services communautaires, d'agences et d'organismes qui représentent les aînés, les entreprises et les gouvernements locaux.
- On met sur pied des campagnes visant à sensibiliser davantage le public à la prévention des blessures:
 - Les campagnes de sensibilisation du public s'adressent aux aînés et à leur famille, au grand public et à certains employés, comme les facteurs et les livreurs de journaux, les éboueurs ou les gestionnaires d'immeubles, qui sont bien placés pour déceler les signes de danger au sein d'une collectivité.
 - Des efforts sont déployés en vue d'enrayer les stigmates liés à l'utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels d'aide à la mobilité.

- Il est possible d'obtenir de l'information sur la réduction des risques de blessures sous diverses formes : stations de télévision locales, journaux, bulletins d'organismes pour les aînés, dépliants, aimants pour le réfrigérateur ou vignettes autocollantes que l'on appose près du téléphone.
 - L'information sur certains services qui visent à réduire les risques de blessures (comme Lifeline ou Medic-Alert) est largement diffusée.
- Les coalitions et les réseaux de prévention des blessures chez les aînés reçoivent du soutien.
 - Les ressources fournies aux coalitions prennent la forme d'information, d'aide financière, de personnel auxiliaire ou de salles de réunion.
 - On encourage l'expression d'un large éventail de points de vue afin de s'assurer qu'un changement qui règle le problème d'un groupe ne crée pas un nouveau problème pour un autre groupe.
- Les gouvernements municipaux et les administrations locales de la santé sont encouragés à coordonner les efforts communautaires en vue de réduire les blessures et de promouvoir la sécurité chez les aînés.
- Des services de transport sûrs et abordables sont mis à la disposition des aînés frêles ou de ceux qui ont une incapacité.

Niveau des organisations

- Les professionnels et les organismes contribuent à la prévention des blessures chez les aînés dans certains domaines comme :
 - l'identification des populations à risque,
 - l'évaluation des facteurs de risque,
 - la planification d'urgence, et
 - conception d'outils d'évaluation des risques.
- On utilise des outils d'évaluation des risques qui :
 - sont faciles à utiliser, produisent des résultats fiables et facilitent une planification individualisée de la gestion des risques,
 - couvrent les principaux types de blessures, y compris les chutes, les accidents de la route, les incendies et les empoisonnements, et

- sont mis à la disposition des médecins, des infirmières en soins à domicile, des conducteurs d'ambulance, des physiothérapeutes, du personnel des salles d'urgence et d'autres travailleurs en soins de santé.
- Les aînés à risque ont accès à des services de loisirs et de promotion de la santé.
- On appuie l'information et la formation du personnel des agences et des services.
 - Le personnel peut obtenir de l'information et de la formation sur les facteurs de risque, les compétences en évaluation et les techniques d'évaluation des stratégies de prévention.
 - Le personnel des établissements de soins prolongés est informé de l'augmentation des risques de blessures occasionnées par des chutes associée à l'utilisation de contraintes physiques ou chimiques.
- Les efforts en matière de planification et d'intervention d'urgence tiennent compte des besoins spéciaux des personnes âgées.
 - Les pompiers, les ambulanciers, les agents de police et le personnel des équipes de premiers soins reçoivent une formation spéciale sur la prévention des blessures chez les aînés.
 - Les dispositifs de prévention sont correctement installés et entretenus.
 - Les détecteurs de fumée, les systèmes d'extinction automatique, les alarmes-incendie et les systèmes d'alerte en cas d'urgence sont faciles d'accès pour les aînés.

Liste de vérification pour la prévention du mauvais traitement des aînés

Niveau gouvernemental

- On peut obtenir des renseignements sur le Centre national d'information sur la violence dans la famille à tous les échelons à travers le Canada.
- Un effort coordonné est déployé à tous les paliers d'intervention (administrations nationale, provinciales-territoriales et régionales-communautaires, organismes et particuliers) en vue de mettre en oeuvre les politiques nécessaires et de définir et de communiquer les « meilleures pratiques » en matière de prévention du mauvais traitement.
- On soutient la création d'un réseau national pour la prévention du mauvais traitement des aînés.
- Des lois sur le mauvais traitement des aînés sont en vigueur, pour définir ce qu'est le mauvais traitement ainsi que les responsabilités qui incombent aux différents secteurs de compétence à ce chapitre, selon le cas.
- Il existe des protocoles de déclaration obligatoire des situations dans lesquelles des aînés, par exemple des personnes vivant dans un établissement de soins, se trouvent à risque ou ne sont pas libres de se déplacer ou de prendre des décisions.
 - Les résidents sont informés, dans la mesure du possible, de leurs droits.

Niveau communautaire

- On s'efforce de sensibiliser davantage le public aux signes de mauvais traitement des aînés et aux ressources communautaires.
 - Les médias locaux reçoivent de l'information de base précise.
 - Les médias relatent les cas de mauvais traitement d'une façon délicate et précise tout en transmettant les messages importants.
 - Des campagnes de sensibilisation s'adressent à certaines personnes en particulier qui ont des contacts réguliers avec les aînés (comme

- les pharmaciens, les chauffeurs d'autobus et de taxi, les coiffeurs et les facteurs).
- On met sur pied des programmes de surveillance de quartier pour les aînés.
 - Des mécanismes de planification régionale et d'intégration des services aux victimes de mauvais traitement sont en place.
 - On s'efforce de cerner les services actuels et les lacunes à combler sur ce plan.
 - La coordination fait appel à un vaste éventail d'intervenants possibles : les aînés, les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les banquiers, les agents de police, les avocats, les membres de conseils régionaux de la santé et d'autres personnes directement intéressées à la question.
 - Les collectivités prennent des mesures proactives en vue de cerner les conditions qui contribuent au mauvais traitement des personnes âgées (p. ex., pauvreté et chômage, isolement, consommation d'alcool et de drogues, analphabétisme, moyens de transport inadéquats) et s'efforcent de régler ces grands problèmes sociaux.
 - On s'efforce de rejoindre les populations particulièrement à risque en raison d'obstacles culturels ou linguistiques.
 - Les groupes régionaux de planification reflètent la mosaïque culturelle de la population pour laquelle et avec laquelle se fait la planification.

Niveau des organisations

- Les associations et organismes professionnels ont adopté des normes éthiques et juridiques liées au mauvais traitement des personnes âgées.
- Des directives sur l'exercice professionnel fournissent un minimum d'information de base sur les points suivants :
 - nature et types des mauvais traitements,
 - lignes directrices favorisant une éthique exempte de comportements abusifs de la part des professionnels,
 - facteurs de risque et signes de mauvais traitement,

- protocoles de déclaration des cas,
 - stratégies entourant la déclaration des cas de mauvais traitement et l'attitude à prendre avec les membres du personnel soupçonnés ou trouvés coupables de mauvais traitement envers les aînés, et
 - aspects légaux liés aux situations de mauvais traitement.
- Les professions informent et soutiennent leurs membres qui sont appelés à comparaître comme témoins.
- Il existe des organismes responsables de la coordination des efforts de prévention et de traitement ainsi que de la prestation ou de la conception d'une gamme de services, comme les suivants :
 - surveillance et dépistage communautaires,
 - évaluation, counselling et aiguillage,
 - règlement des différends,
 - aide à la réinstallation,
 - programmes à l'intention des victimes et des agresseurs,
 - intervention en vue d'obtenir les ressources nécessaires, et
 - établissement de programmes d'assurance de la qualité au sein des organismes partenaires qui desservent les aînés.
- Les collectivités fournissent des programmes coordonnés d'information et de soutien des fournisseurs.
 - La question est abordée dans le cadre des programmes d'études secondaires et collégiales.
 - Les aînés participent activement à ces efforts.
 - Des exemples de « meilleures pratiques » innovatrices sont documentés et largement diffusés à travers le Canada.
- Toutes les agences qui desservent des aînés sont dotées de politiques et de procédures claires pour régler les cas soupçonnés ou confirmés de mauvais traitement.
- Des services de soutien sont mis à la disposition des dispensateurs de services qui sont témoins de situations de violence étant donné qu'il se peut qu'ils subissent un traumatisme indirect.

- Des services à l'intention des dispensateurs de soins familiaux sont en place au sein des collectivités.
Le soutien aux aidants inclut la possibilité d'obtenir du soutien social, de pratiquer des loisirs à l'extérieur, de jouir d'un répit, de recevoir de la formation et d'obtenir une compensation financière pour leurs dépenses et leur perte de revenus.
- Il existe des programmes de surveillance policière communautaire et ses membres sont conscients de l'importance de déceler les cas de mauvais traitement et de faire enquête.
- Les personnes âgées qui ont été victimes de mauvais traitements ont accès à des refuges et à des services de counselling d'urgence.

Liste de vérification pour la prévention des actes criminels à l'endroit d'aînés

Niveau gouvernemental

- Il y a coordination des efforts d'application de la loi, de prévention du crime et de sensibilisation du public à cet égard.
 - Les administrations surveillent les activités du ministre du Solliciteur général et du Groupe stratégique national sur le télémarketing frauduleux d'Industrie Canada.
 - Les administrations surveillent les amendements proposés au projet de loi C-20 (la Loi sur la concurrence), dont l'objet est de régler le problème de la prolifération des pratiques de télémarketing trompeur et de faire en sorte que les communications téléphoniques interactives illicites deviennent une infraction criminelle.
- Des mécanismes de soutien sont en place pour la réalisation d'une enquête nationale visant à déterminer la fréquence et la nature exacte des actes criminels à l'endroit d'aînés.
 - On songe à établir un registre national des actes criminels à l'endroit d'aînés ainsi qu'un registre des contrevenants.
 - Les administrations sont au courant des activités des Phonebusters, un groupe de travail national qui a pour mandat important de combattre le télémarketing frauduleux au Canada.
- Il est possible d'obtenir du soutien pour effectuer des recherches sur le télémarketing frauduleux qui permettent de déterminer l'ampleur et la nature de cette activité criminelle.
- On répond aux besoins en matière de sensibilisation et d'information du public sur les crimes à l'endroit d'aînés.
- Le public a accès à de l'information sur le télémarketing frauduleux qui lui permet :
 - de saisir bien clairement que cela constitue un crime,
 - d'être conscient de l'omniprésence, de la gravité et de la nature de ce type d'activité criminelle,
 - d'avoir accès à des lignes directrices concises sur la façon de reconnaître tout baratin illégitime, c'est-à-dire à de l'information

- sur la façon de déceler la fraude, et
- de connaître le nom des entreprises qui contreviennent actuellement aux lois sur le télémarketing.
- Les administrations connaissent et soutiennent le partenariat gouvernement- secteur privé formé par le Comité sur les mesures en consommation et le Forum sur la prévention du télémarketing trompeur, qui a mis sur pied une campagne de sensibilisation du public au problème de télémarketing frauduleux.

Niveau communautaire

- On encourage la coordination à l'échelle communautaire des efforts de prévention du crime.
 - Au niveau local, les agents de police, les agences de soins à domicile, les services sociaux, les groupes d'aînés, les associations de dispensateurs de soins, les facteurs, les travailleurs des postes, les avocats et les employés des banques, pour ne nommer que ceux-là, collaborent au chapitre de la prévention des actes criminels à l'endroit d'aînés.
 - Des forums communautaires sur la prévention des activités criminelles à l'endroit d'aînés réunissent ces intervenants et assurent un échange d'information et d'expérience.
- Les efforts en vue de protéger les consommateurs sont encouragés; ils peuvent faire appel à la collaboration du Bureau d'éthique commerciale, des chambres de commerce, de la GRC, des forces policières locales et d'autres intéressés. Mentionnons à titre d'exemple la surveillance de la fraude chez toutes les personnes qui travaillent auprès d'aînés.
- Des campagnes communautaires en faveur de rues sûres pour les aînés sont mises sur pied dans le but d'atténuer leurs craintes tout en décourageant les comportements criminels dans les lieux publics. De telles campagnes peuvent porter sur l'amélioration de l'éclairage, la mise sur pied d'un programme de surveillance de quartier ou l'amélioration de l'accès à l'aide policière d'urgence.
- Des initiatives de surveillance policière communautaire, des programmes d'aide aux victimes adaptés aux aînés et des initiatives de soutien des témoins sont offerts dans toutes les collectivités.

- Des initiatives de surveillance policière communautaire, des programmes d'aide aux victimes adaptés aux aînés et des initiatives de soutien des témoins sont offerts dans toutes les collectivités.
- On favorise les occasions d'améliorer l'entente entre les générations (p. ex., dans les écoles).
- Il existe des services de prévention du crime et des services connexes adaptés à la culture.
- Les collectivités mettent sur pied des campagnes pour les personnes âgées.

Niveau des organisations

- Les banques et autres institutions financières participent au dépistage et à la prévention de la fraude et du vol mettant en cause des personnes âgées.
- Des programmes sont en place pour prévenir et déceler le vol et la fraude au sein des établissements de soins prolongés.
 - On exige que tous les employés soient soumis à des vérifications du casier judiciaire.
 - Les crimes de cette nature sont signalés aux forces policières.
 - On songe à établir un registre national des personnes ayant perpétré des actes criminels en établissement afin de retracer celles qui cherchent un emploi similaire dans un autre établissement.
 - L'industrie et les organismes d'application de la loi collaborent à l'élaboration d'approches vis-à-vis de ce problème.
 - Les syndicats participent au processus de règlement des cas soupçonnés de vol ou de fraude.

Bibliographie

- Asche, C., Gallagher, E. & Coyte, P. (2000). Economic Impact of Falls Among Canadian Seniors. *Canadian Journal on Aging*. (in press)
- Bachman, R., Dillaway, H. & Lach, M. (1989) Violence against the elderly: a comparative analysis of robbery and assault across age and gender groups. *Research on Ageing*, 20(2), 183-198.
- Canada. Chambre des communes. Comité permanent de la Santé et du Bien - Être social, des Affaires sociales, du Troisième âge, et de la Condition féminine. Rompres le silence sur les mauvais traitements infligés aux canadiens âgés. (1993) Ottawa : Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Chapman Michael, L., (1993). Telemarketing fraud: a network of lies. *Consumers' Research Magazine*, 76 (4), 10-14.
- Craven, R. & Bruno, P. (1986). Teach the elderly to prevent falls. *Journal of Gerontological Nursing*, 12 (8), 27-33.
- Gallagher, E & Scott, V. (1996). *Taking Steps: Modifying Pedestrian Environments to Reduce the Risk of Missteps and Falls*. Victoria, BC: University of Victoria,
- Grisso, J. et al. (1990). Injuries in an elderly inner-city population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38 (12), 1326-1331.
- Howe, V. (1996). *Identification of Consumer Products Causing Injury and Death to Seniors*. Unpublished Report Presented to the Product Safety Bureau, Health Canada.
- Lachs, et al; (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist*, 37 (4), 469-474.
- Langlois, J., Smith, G., Nelson, D., Sattin, R., Stevens, J. & DeVito, C. (1995). Dependence in activities of daily living as a risk factor for fall injury events among older people living in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(3), 275-278.
- MacLean, M. (1995). Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement. Montréal : Éditions Saint-Martin
- Marcus, M.; Vourc'h C. (1996). Personnes âgées et sécurité urbaine. Paris : Forum Européen pour la Sécurité Urbaine.
- National Research Council. (1998). *Towards an Improved Code Development System for Canada*. Final Report of the Joint CCBFC/PTCBS Task Group on the Code Review and Development Process.

- Nevitt, M., et al (1991). Risk factors for injurious falls: A prospective study. *Journal of Gerontology*, 46(5), M164-170.
- Patla, A., Frank, J. & Winter, D. (1990) Assessment of balance control in the elderly: Major issues. *Physiotherapy Canada*, 42, 89-07.
- Pauls, J. (1993). Personal Communication.
- Podnieks, E; Dow, E. (1998). Creation d'un réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements des aînés. Ottawa : Santé Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille
- Podnieks, E.et al. (1990). Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada.. Toronto : Ryerson Polytechnical Institute.
- Principles of the National Framework on Aging: A Policy Guide (1998). Division of Ageing and Seniors, Health Canada, Ottawa, Ontario. ISBN: 0-662-26597-1.
- Raina, P. & Torrance, V. (1996). Injury Mortality and Morbidity in Canadian Seniors 1979-1991. Unpublished report submitted to Aging-Related Diseases LCDC, Bureau of Cancer, Health Canada.
- Rawsley, E. (1998). Review of literature on falls among the elderly. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 47-52.
- Santé Canada. Division du vieillissement et des aînés (1998). Les principes du Cadre national sur le vieillissement : guide d'analyse des politiques. Ottawa
- Scott, V. (1999). An Analysis of Falls Among Older Canadians. Ph.D. Dissertation Proposal, University of Victoria, Victoria, BC.
- Hygeia Group. (1998). The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada. Smartrisk.
- Tait, H., Brazeau-Meahan, K.. (1993). Les traumatismes chez les personnes âgées : la situation au Canada. Ottawa : Consommation et affaires commerciaux Canada.
- Tinetti, M., et al. (1994b). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology*, 49(3), M140-147.