

# Mémoire

Pour la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité

La violence psychologique étatique  
envers les personnes retraitées, âgées et fragilisées :

**une violence subtile.**

(Version publique)

Par Christian Duchesne

Étudiant en Gériatrie

Université Laval

19 mars 2011

# La violence psychologique étatique envers les personnes retraitées, âgées et fragilisées : **une violence subtile.**

## **Préface**

Le présent mémoire est le résultat préalable d'une recherche universitaire en gérontologie<sup>1</sup> (novembre 2010) qui avait pour but de dénoncer la violence psychologique étatique et médiatique exercée contre les personnes retraitées et âgées du Québec. Cette recherche sommaire de premier cycle met en évidence un faisceau d'éléments troublants qui laisse apparaître un doute raisonnable au sujet de l'existence d'une idéologie eugéniste bien présente au cœur des appareils gouvernemental et ministériel. Des modifications ont été apportées à cette recherche afin qu'elle cadre mieux avec le but de la présente Commission spéciale. Il existe, depuis 1964, une sorte de conformisme malsain au Québec. Si nous n'en sortons pas, les générations qui nous suivent se retrouveront dans l'indigence et l'inanition par l'occultation de l'information intergénérationnelle, car elles auront perdu les liens (tradition orale) qui les unissent aux générations précédentes<sup>2</sup>. Pour ces raisons et devant l'urgence de la situation, vous comprendrez que ce mémoire se devait de sortir des sentiers battus.

---

<sup>1</sup> « L'âgisme étatique envers les personnes âgées : une violence subtile ». Université Laval, remis le 19 novembre 2010. Par la suite, une version modifiée a été produite le 8 décembre 2010.

<sup>2</sup> Celles qui ont connu le Québec d'avant 1964.

## Introduction

Les médias nous ont récemment rapporté des cas spectaculaires de violence physique chez les personnes âgées. Souvenons-nous, entre autres, de ce cas de maltraitance maintenant célèbre de la famille Contant, qui avait placé une caméra cachée dans le Centre d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD) où leur père de 78 ans, Léandre, était logé à l'Assomption près de Montréal<sup>3</sup>. Dans ce cas, il s'agissait d'une violence physique facilement quantifiable, démontrable, puisque la technologie permet d'agir comme témoin pratiquement infaillible d'un événement passé. Malheureusement, ce ne sont pas tous les bénéficiaires qui peuvent accéder à de tels systèmes de surveillances électroniques. On a compris, avec toute la couverture médiatique, que les cas de maltraitance où le physique est impliqué sont plus médiatisés et ont plus d'impact dans la population. Il est notoire que ce qui touche le sens de la vue provoque des sentiments plus intenses... une confirmation du vieil adage qui dit qu'une image vaut mille mots!

Malheureusement, ce surtraitement de la violence physique par les médias<sup>4</sup> occasionne indubitablement un sous traitement de la violence psychologique... c'est une question de choix de temps d'antenne – surtout par l'absence d'images « spectaculaires » – et de complexité de sujet. Outre la volonté de dénoncer la maltraitance contre des personnes vulnérables de notre société, la présente recherche montre sommairement que la violence psychologique est non seulement insidieuse, mais largement utilisée. Dans maints cas elle est plus destructrice que la violence physique. « Pour certaines personnes la violence psychologique est la pire de toutes... » (Weinehall 1999).<sup>5</sup> Elle a comme but de contrôler la personne, voire de la mener à l'autodestruction, et cela, même si ce but est quelquefois inconscient. Le présent mémoire a comme objectif de dénoncer puis de proposer des correctifs pour un type très particulier de violence psychologique dirigée contre les retraités, les aînés et les personnes fragilisées.

---

<sup>3</sup> Source : <http://www.radio-canada.ca/radio/maisonneuve/12102006/78657.shtml> où on pouvait y voir leur père âgé, trainé sur le sol de force par une employée désaxée.

<sup>4</sup> Voir l'annexe C.

<sup>5</sup> Dre Katarina Weinehall, Université d'Umeå (Suède); <http://www.euowrc.org/13.institutions/3.coe/fr-violence-coe/08.actes-oct99.htm>

Cette recherche utilisera l'expression « vieillissement de la population », et tout ce qui y est rattaché (maladies chroniques), comme référentiel de base pour la conclusion et la dénonciation de cet âgisme. Le terme « âgisme » est utilisé dans cette recherche parce qu'il y a une forte corrélation entre les personnes atteintes de maladies chroniques et dégénératives et l'âge (le vieillissement). Le terme « âgisme » a été introduit par le gériatre Robert Butler en 1969. La définition est la suivante : « L'âgisme est un terme – au même titre que le racisme (...) – qui décrit l'ensemble des attitudes préjudiciables et les pratiques discriminatoires envers les personnes âgées. »<sup>6</sup> Cependant, dans le contexte actuel du « débat » à propos de l'euthanasie et du suicide assisté (s.a.)<sup>7</sup>, il est nécessaire d'inclure dans le terme âgisme, toutes les personnes qui comportent une invalidité partielle ou totale, chronique et cela quelque soit leur âge.

L'expression « vieillissement de la population » est régulièrement servie par nos instances gouvernementales et médiatiques, cela en supposant constamment un cataclysme économique à venir, et avec comme arrière-pensée que les retraités ou les malades chroniques seront la cause de ce cataclysme. Récemment on utilisait même l'expression « Tsunamis gris » dans un journal populaire au Québec. Un manque de délicatesse navrant. Puisque l'argent semble la cause apparente de cet âgisme, la présente recherche tiendra donc pour acquis que ce début d'âgisme commence à l'âge de la retraite; c'est-à-dire « au moment considéré, à tort, comme improductif »<sup>8</sup> (Prager 2003). Dans cette catégorie considérée comme « improductive », j'inclus évidemment les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes et particulièrement les personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

---

<sup>6</sup> Jean Vézina, Philippe Cappeliez et Philippe Landreville; « Psychologie gérontologique », 2<sup>e</sup> édition, page 11. ISBN 978-2-89105-957-2.

<sup>7</sup> L'abréviation « s. a. » signifie « suicide assisté ». Idem pour la suite du texte.

<sup>8</sup> Yankelovich, Skelly et White 1985. Étude citée dans « La productivité des travailleurs âgés » de Joel Prager (2003); page 174 à 183; (175).

## Des parias?

« La société traite les aînés comme des parias »?<sup>9</sup>

Simone De Beauvoir

Le type de violence psychologique dénoncé est insidieux parce qu'il est relayé par les gouvernements, dans toutes les couches de la société, sans que personne ou presque ne se questionne sur sa validité (les médias ne sont que des vecteurs, pas toujours innocents, de cette information). Une violence est toujours plus insidieuse lorsqu'elle porte le sceau de l'autorité. Peut-être est-ce pour cette raison que les articles scientifiques en français qui devraient en traiter sont pratiquement introuvables. Y-a-t-il un lien de cause à effet dû au fait que les pays francophones développés sont tous fortement socialistes? Dans une société où la dissimulation et la technique Broughton<sup>10</sup> sont massivement utilisées, la méthode que j'utiliserai pour pallier l'inexistence d'articles scientifiques spécifiques est une série d'interviews auprès de six retraités et aînés (annexe A). De plus, des articles de revues ou de journaux compléteront l'information.

## Déni de la violence psychologique?

Étant ex-enseignant et coordonnateur de département, de par mon expérience, j'ai trop souvent constaté que la violence psychologique était sournoise et plus difficilement quantifiable. J'ai même déjà eu des collègues (et membres de directions) qui ne voyaient pas

---

<sup>9</sup> Source : WEBCT de l'Université Laval : Reportage Radio-Canada : *Simone de Beauvoir* (années 70). <http://archives.radio-canada.ca/IDC-0-106-1474-10187/annees70/1970-02-13/>

<sup>10</sup> La Presse; Pierre Foglia; 9 novembre 1999; au sujet de la technique de la « langue de bois ».

la violence psychologique. Pire même, dans certains cas certains fermaient les yeux devant les incontestables évidences.<sup>11</sup> Les exemples de la marginalisation de la violence psychologique sont nombreux dans notre société... et comme cette violence est difficilement condamnable (juridiquement), elle devient par le fait même plus séduisante comme méthode de domination et de contrôle.

### **Violences physiques et psychologiques**

Pour constater qu'une personne est victime de cette forme d'âgisme, il est nécessaire d'observer les actions physiques et/ou psychologiques quantifiables et discriminatoires qui peuvent lui être préjudiciables (annexe C). Tous les « agir » réductionnistes issus de l'âgisme, qu'ils soient volontaires ou non, peuvent causer des sentiments de rejet ou une gravissime dévalorisation de l'estime de soi chez la personne fragilisée. Dans ces cas, la personne peut voir son état de santé décliner rapidement sans nécessairement d'explications pathologiques. Et finalement, dans les cas extrêmes, se laisser mourir devient pratiquement la seule alternative pour la personne (Bizzini et Rapin)<sup>12</sup>.

### **L'Âgisme étatique : une gravissime violence psychologique**

Six entrevues auprès de personnes retraitées et ou âgées ont été réalisées. Je leur lisais cinq courts textes (un à connotation positive et les quatre autres négatives) provenant de documents gouvernementaux et un de Radio Canada. De plus, je leur posais une question en lien avec l'expression « vieillissement de la population » (consulter l'annexe A). Quatre des

---

<sup>11</sup> Bien que les écoles aient fait des progrès dans le bon sens (mesure contre le harcèlement par exemple), la tendance, dont l'idée était louable au départ, s'est transformée en un subtil système de protection et de récompense des délinquants. Ce manque flagrant de justice, qui est mal perçu par les jeunes victimes, augmente le cynisme et l'incitation à imiter les délinquants futés. C'est ce que j'ai constaté dans plusieurs écoles étudiées.

<sup>12</sup> Bizzini et Charles-Henri Rapin L., L'âgisme, Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence, *Gérontologie et société* 2007 /, no 123, p 269.

citations affirmaient sans ambiguïté qu'une pléiade de problèmes socioéconomiques serait le résultat du « vieillissement de la population ».

Je ne faisais aucun sondage d'opinion auprès de ces aînés. Je leur demandais seulement d'exprimer leurs sentiments après les lectures, sans réfléchir. L'expression des sentiments, selon la psychanalyse, permet de cerner les causes de l'angoisse et les traumatismes. Les personnes âgées sondées eurent des réactions surprenantes que j'ai classées en quatre groupes/étapes :

- 1- Stupéfaction, étonnement, tentative de déni (choc).
- 2- Sensation semblable à un réveil, une prise de conscience.
- 3- Déception, tristesse, sentiment d'être rejeté, sentiment de vivre une injustice, révolte, etc.
- 4- Résignation (acceptation).

Cinq personnes sur six se sentaient rejetées, voire trahies. De plus, la prise de conscience des personnes interrogées ne provenait pas seulement des cinq phrases proposées, mais surtout de l'âgisme intrinsèque dans l'expression « vieillissement de la population ». Il semble donc – puisque les personnes ont vécu une sorte de « prise de conscience » – que l'expression « vieillissement de la population » masque une discrimination particulièrement sournoise qui se transmet essentiellement parce qu'elle masque un écueil. Bref, elle est un langage hypocrite, qui s'apparente à la « langue de bois »! Noter que ces réactions correspondent exactement à quatre des principaux stades (6) du deuil établi par Elisabeth Kübler-Ross. Car il est impératif de comprendre, que les personnes qui prennent conscience de cette puissante discrimination sournoise vivent un véritable deuil... un deuil de leur propre vie.

## L'Éthique menacée

Un fait particulièrement troublant est apparu suite à ces entrevues et mes recherches. Les faits révèlent que cette violence psychologique étatique peut modifier la morale ou l'éthique des personnes plus fragilisées. De tels changements moraux peuvent provenir de trois types de situations. Primo : par les « pressions » physiques et ou psychologique, on peut modifier l'éthique d'un individu ou d'un groupe d'individu, voire de toute une population. Secundo : l'expérience de Milgram<sup>13</sup> prouve que le poids de l'autorité peut entraîner une modification importante de l'éthique. Tertio : une campagne, de type « marketing », efficace peut se comparer ou avoir les mêmes résultats qu'un lavage de cerveau<sup>14</sup>, ce qui entraîne une modification de l'éthique. Cette modification de l'éthique est à divers niveaux, cela en fonction des croyances et de l'environnement familial de la personne. Ici je désire attirer votre attention sur le fait qu'il est très important de comprendre que seul le harcèlement ou la torture – psychologique ou et ou physique – peuvent entraîner une telle modification de l'éthique.

Aujourd'hui, nous savons par la psychanalyse qu'il y a un lien entre les sentiments fortement négatifs; la névrose, ainsi que certains troubles de l'humeur telle que la dépression qui peuvent mener au désespoir puis au suicide (Vézina et coll.).<sup>15</sup> La tristesse exprimée par les aînés et les malades fragilisés, puis son possible refoulement (par impuissance, abstraction ou résignation) ne peut que mener ou aggraver des pathologies physiques et psychiques (Janov, Bergeret, Freud et coll.)<sup>16</sup> Dans un tel contexte, un potentiel de modification de l'éthique est bien réel, car la pression physique et dans le cas dénoncé ici, psychologique, s'apparente alors à de la torture. L'évidence est manifeste; l'utilisation à toutes les sauces pessimistes de l'expression « vieillissement de la population » est un âgisme érigé en norme.

---

<sup>13</sup> <http://www.youtube.com/watch?v=t2PGnHHnRMk> (étude originale 1/3, etc.)

[http://www.youtube.com/watch?v=ll-4Bb\\_s70o](http://www.youtube.com/watch?v=ll-4Bb_s70o) (extrait du film « I comme Icare ».)

<sup>14</sup> Recherches de la RAND Corp aux É.-U. à partir des années 45.

<sup>15</sup> Psychologie gérontologique; Jean Vézina, Philippe Cappeliez et Philippe Landreville. 1995 et 2007, p.165.

<sup>16</sup> Les grandes découvertes de la psychanalyse : « Cure psychanalytique », Bergeret, Freud, Grunberger, Khan et coll.; ISBN 2-89149-181-5, 1980; et « Prisonnier de la souffrance », Dr Arthur Janov ; ISBN2-89149-228-5, 1980, p. 92 à 106 et p. 189 à 209.



Dans un article du Journal de Québec, une femme de 65 ans s'exprimait ainsi :

**« TOUTES MES EXCUSES**

*En juin dernier j'atteignais l'âge de 65 ans et je prenais ma retraite après 47 ans sur le marché du travail. Je n'avais jamais pu le faire avant, car je n'ai jamais eu un salaire suffisant pour me permettre la « Liberté 55 ». Je m'excuse auprès des jeunes travailleuses et travailleurs de n'avoir pas pu leur donner ma place plus tôt. Je m'excuse aussi de recevoir mon chèque de la Régie des Rentes du Québec ainsi que celui de la P VC pour avoir contribué moi aussi à ces régimes de pension.*

*Je m'excuse également de ne pas avoir demandé l'aide des services sociaux pour nous faire vivre mes filles et moi lorsque j'étais mère monoparentale à 28 ans alors que leur père était parti à l'étranger pour ne pas avoir à nous supporter financièrement*

*Je m'excuse en plus auprès des jeunes travailleuses et travailleurs d'être une charge pour eux (en tout cas ce sont les commentaires que j'entends régulièrement depuis quelque temps) en ce qui a trait aux soins de santé que je reçois et que je recevrai de plus en plus en vieillissant. J'en profite aussi pour m'excuser pour les 20 prochaines années, au cas où... Finalement, je m'excuse de leur coûter aussi cher. Si je pouvais me soigner moi-même, je le ferais sans hésiter. Et tant qu'à y être chers jeunes travailleuses et travailleurs, je m'excuse sincèrement auprès de vous, à la fois de vivre et de vieillir!*

**RAS-LE-BOL**

***Je comprends parfaitement votre réaction épidermique à l'atmosphère ambiante et aux attaques des jeunes qui ne reconnaissent pas l'apport de gens comme vous dans notre société. Vous ne recevez que le juste retour pour toutes ces années de travail, et vous méritez amplement le fruit de vos efforts.<sup>17</sup> »***

---

<sup>17</sup> Journal de Québec, 4 mars 2011, page 81. Chronique de Louise Deschâtelets. Le commentaire en caractère gras est de Mme Deschâtelets.

Marthe Blackburn exprime bien toute l'ampleur de la souffrance intérieure. Ces mots forts éloquents détonnent :

*« Lorsqu'on me prouve par toutes sortes de statistiques qu'il y a sept personnes qui travaillent pour me faire vivre actuellement parce que je suis vieille, sept personnes anonymes que je ne peux même pas remercier chaque matin quand elles sont en files sur le pont Jacques-Cartier (...), j'ai envie de mourir dans mon lit, car je me sens surnuméraire. Je voudrais vieillir libre et voilà qu'on me rend dépendante et coupable d'exister. »*<sup>18</sup>

Marthe Blackburn démontre bien comment cette pression psychologique peut modifier la morale et l'éthique des aînés, et constitue en un début de désespoir :

*« Si on s'obstine à me rappeler les sept qui me font vivre, en essayant de nous diviser, moi et ma phalange de vieux, tu nous verras un beau matin sur le pont de Québec, Jacques Cartier (...), et on fera une euthanasie grandiose, généreuse et collective, car j'ai toujours cru que jeunes et vieux faisaient cause commune et, s'il est une immolation plus juste que les guerres ou le chômage qui te tuent, ce sera la nôtre que nous t'offrirons en échange, pour que tu vives. Prix Nobel de la paix décerné aux vieux de ce monde! (...) »*<sup>idem</sup>

Marthe Blackburn exprime ses sentiments d'une manière sans équivoque. Mais peut-on baser une « théorie » sur une ou quelques opinions, même si leur crédibilité semble inattaquable? La déclaration vitriolique de Paul Brunet, Directeur général du Conseil pour la protection des malades au Québec, confirme sans appel les appréhensions soulevées dans la présente :

*« Les traitements infligés aux personnes âgées dans les CHSLD sont de nature à persuader certains pensionnaires qu'ils feraient mieux de mettre fin à leurs jours ».*

---

<sup>18</sup> BLACKBURN, Marthe. « Sept contre une »; La vie en rose, no 9, Montréal, janvier 1983, p. 42 et 43. Autre source : « Recueil de texte » du cours « Champ d'intervention : gérontologie » (SVS-1108) de l'Université Laval.

Il ajoute :

*« Si on avait voulu subtilement faire une stratégie pour faire passer l'euthanasie chez plusieurs des personnes que nous rencontrons ou à qui nous parlons quotidiennement, on n'aurait pas mieux réussi »* (annexe G).

Venant d'un conspirationniste du 9/11, de tels propos auraient été légitimement marginalisés, mais venant du *Directeur général du Conseil pour la protection des malades*<sup>19</sup> on ne peut les ignorer. À mon avis, la situation actuelle doit être qualifiée d'urgente. Soyons conscients que l'on s'apprête, comme nous venons de le voir, à légaliser la mise à mort d'êtres humains dans un contexte réductionniste, artificiel et fortement incitatif. Inutile de préciser ici que si un changement de mentalité ne survient pas pour appuyer le « caractère sacré de la vie humaine »<sup>20</sup>, le phénomène du désespoir et du suicide chez les aînés et les malades chroniques ne pourra que s'étendre. Il est indubitable que la souffrance psychologique et physique mènera des milliers de ces personnes vers l'euthanasie étatique; qui n'est rien d'autre que de l'eugénisme déguisé sous les traits d'une pseudocompassion. Comme je l'affirmais plus avant, il est clair que les traitements que vivent maintes personnes âgées au Québec sont comparables à de la torture<sup>21</sup>. La situation économique qui se détériore depuis quelques années ne pourra qu'empirer cette situation.

---

<sup>19</sup> M. Brunet était toujours en poste lors de la rédaction de ce Mémoire en novembre 2010.

<sup>20</sup> Qui ne doit pas mener à l'acharnement thérapeutique. Selon la Déclaration des Droits de l'homme; toute personne a le droit, si elle est consciente, de refuser des traitements médicaux et pharmaceutiques

<sup>21</sup> La « liquidation » par le gouvernement péquiste, des infirmières d'expériences, et qui coïncide avec le débat sur le suicide assisté et l'euthanasie, ne fait qu'empirer cette sensation d'insécurité et de rejet que vivent les aînés et les malades chroniques. La mise à la retraite précoce des infirmières d'expérience arrache, au système de santé québécois, **l'expérience, la sagesse et un savoir-faire irremplaçable**. Il est évident que cette situation (combinée avec le débat sur le suicide assisté) est un cocktail qui peut accélérer le désespoir des personnes parmi les plus vulnérables de la société.

## **Quelques conséquences de cette violence étatique**

Les personnes retraitées et ou âgées interviewées ont pris conscience du potentiel déprimant qu'avait ce martèlement continu de la part du gouvernement et des médias qui utilisent constamment de façon pessimiste et ségrégationniste le terme « vieillissement de la population ». Plusieurs de ces personnes interrogées ont eu comme conclusion finale que cet âgisme subtil et répété, pouvait à la longue les mener vers la « perte graduelle du goût de vivre, la dépression voire le désespoir si elles n'étaient pas bien supportées par leur famille et ou par leur foi ». Elles ont pris conscience que ce sentiment était presque imperceptible – quasi subliminal – mais qu'il agissait.

Maintenant, le duo « pression psychologique » et « promotion de l'euthanasie ou du suicide assisté » crée un climat de désespoir. De plus, il contribue à créer un courant de pensée qualitativement eugéniste. Le grand danger est que la vaste majorité de la population n'a pas conscience qu'on tente de la manipuler. Très peu de gens comprennent les enjeux de ce qui se trame actuellement. Les médias ne transmettent que des informations incomplètes – quand ce n'est pas biaisé – causant une inanition par une navrante pauvreté intellectuelle de l'information.

Il est important de noter que d'autres conséquences sociales existent dans l'entourage des aînés et malades. Ces autres victimes sont : les conjoints (es), les enfants, les petits enfants, les amis (es) qui peuvent perdre prématurément des personnes aimées. Et même, dans le cas où certains membres de la famille souhaitent le décès prochain de celui qui apparaît comme non productif, les faits démontrent qu'il y a des impacts psychologiques (regrets et culpabilité) à long terme sur ceux et celles qui ont ce genre de sentiments eugénistes face à leurs parents ou patients. Il s'agit bien ici du début d'une réaction en chaîne qui pourrait gravement affecter la société québécoise et détruire le peu de « tissus social » qui reste.

À force de tolérer la généralisation d'une telle pression psychologique, ne court-on pas le risque de niveler vers le bas notre tolérance morale générale? Par exemple, on sait qu'à force de voir beaucoup de meurtres à la télévision, une part importante des jeunes en vient à marginaliser la violence. Le même phénomène de banalisation n'est-il pas à craindre dans toutes les couches de la population si les personnes fragilisées continuent à être les boucs émissaires d'une propagande dénuée de fondements scientifiques? Par exemple, advenant une crise monétaire majeure qui provoquerait un appauvrissement général, la tentation ne sera-t-elle pas grande, pour les familles et le gouvernement, de faire des pressions sur les personnes fragilisées afin d'accélérer les euthanasies, si une loi est adoptée?

### **Une solution pour corriger le problème : l'éducation, l'instruction et la modification de la Constitution et des Chartes.**

Pour contrer cette violence psychologique (âgisme), la meilleure façon passe par l'information et la sensibilisation de toute la population. Tous les acteurs individuels et corporatifs de la société et surtout le gouvernement ont un devoir d'éducation, mais aussi d'être éduqués (c'est ici que les honnêtes universitaires en sciences humaines entrent en action).

La publication dans les médias des données objectives est déficiente. Ces derniers semblent focaliser leur attention sur le sophisme qui affirme que les causes de l'effondrement du système de santé sont les personnes âgées et fragilisées. Les études contraires sont rarement exposées au public. Je vous expose un exemple simple d'une courte conclusion d'une recherche universitaire : « On ne peut établir de lien de causalité *a priori* entre le vieillissement de la population et la croissance de la demande en soins de santé.<sup>22</sup> »

---

<sup>22</sup> L'état québécois en perspective; la prise en charge publique des services de santé destinés aux aînés; page 2. L'Observatoire de l'administration publique, automne 2006; Renée Lamontagne (ENAP), directrice du Bureau national de liaison en administration de la santé et des services sociaux. ISBN 978-2-923008-49-3 (PDF) © L'Observatoire de l'administration publique-ENAP, 2006

Autre exemple qui pourrait être publicisé. Le Japon, ce pays de haute technologie avait placé le seuil de la retraite obligatoire à 60 ans. Cependant, le Japon a créé un programme de réembauche des personnes âgées (à salaire moindre) dans des activités plus conformes à leur âge. Ce programme est très populaire, car il permet aux personnes âgées d'améliorer leur niveau de vie et de faire un travail valorisant à temps partiel. Le but est que le gouvernement japonais, suite à la récession des 10 dernières années, diminue son fardeau des pensions. Évidemment, ce programme est très apprécié par toute la société japonaise, car en valorisant économiquement et professionnellement les aînés, la tentation de les marginaliser s'en trouve réduite. En conclusion, les recherches pertinentes de Prager à propos de la productivité montrent sans l'ombre d'un doute que des préjugés existent, mais que des études en contredisent les motivations.

Autre exemple d'argument en faveur de l'importance primordiale des ponts intergénérationnels. Toujours au Japon, pays avancé; le programme de vaccination dans les années 70 commençait chez les bébés dès l'âge de 3 mois. Beaucoup de parents qui avaient des bébés parfaitement normaux se retrouvaient, dans les heures et jours suivants les vaccinations, avec des bébés malades, incapables de dormir, convulsifs, épileptiques, autistes et avec des séquelles neurologiques graves... et dans certains cas ils vivaient le décès de leur bébé. Pourquoi le Japon a-t-il réagi si rapidement (pourtant à une époque où les communications étaient limitées par rapport à aujourd'hui). Simplement parce que les valeurs familiales dans ce pays sont solides. Les liens intergénérationnels ne sont pas coupés par un subtil système étatique tentaculaire qui, comme au Québec, cherche à s'infiltrer, à contrôler les moindres aspects de nos vies.

«Dans la société japonaise, les gens âgés ont leur place. On reconnaît leur sagesse et leur apport.» Qu'est-il arrivé? Eh bien la population a utilisé le meilleur moyen de communication qui soit, le « bouche à oreille » et la force des familles unies et multigénérationnelles! Par le témoignage oral unique des personnes âgées, l'histoire a révélé pareille situation de morts subites du nourrisson n'avait jamais eu lieu au Japon par le passé. La forte tradition orale intergénérationnelle de l'information est essentielle dans toutes les familles; qui je le rappelle, sont les indispensables cellules d'un pays et donc du monde.

Donc, rapidement, sous la pression populaire et familiale les autorités ont été obligées d'agir par le principe de précaution qui affirme que : dans le doute, mieux vaut s'abstenir; voici les résultats :

*« Au Japon, de 1970 à 1974, on vaccinait dès l'âge de 3 mois. (...) Donc, suite à la prolifération des cas d'accident neurologiques graves, on reporta l'âge de vaccination à 24 mois, pour la nouvelle période de vaccination de 1975 à 1980. Résultats : Les accidents neurologiques chutèrent de 80% et celui des décès de 90%. C'est un argument supplémentaire montrant que les accidents neurologiques sont bien dus à une immaturité de l'organisme des nourrissons suite à la vaccination. (...) Le résultat le plus spectaculaire relevé par cette étude a été la disparition des morts subites liées à la vaccination (...) et ce, quel que soit le type de vaccin utilisé »<sup>23</sup>.*

« Le Japon est aujourd'hui le pays où le taux de mort subite du nourrisson est le plus bas de tous les pays industrialisés ».<sup>24</sup>

Le Japon n'est pas un pays sous-développé de quelques millions d'habitants. C'est un des pays les plus peuplés de la Terre.<sup>25</sup> Ils ont l'espérance de vie la plus haute au monde, et cela, depuis des décennies. Ils ont le plus grand nombre de centenaires. Ils détiennent aussi le record mondial pour la personne la plus âgée du monde, record qui n'est pas près d'être battu! Ont-ils des leçons à nous donner? Sans hésitation je réponds OUI! Les faits sont clairs. Ils sont incontestables. N'eut été de la sagesse et du respect de leurs aînés, le Japon aurait perdu plus de 100 000 de ses enfants depuis cette crise dans les années 70. Les personnes âgées possèdent une mémoire, de précieuses connaissances et une sagesse qui pourraient grandement aider les générations montantes. Cela il faut le dire, il faut le crier!

---

<sup>23</sup> Dr. Michel Georget, « **Vaccinations : Les vérités indésirables** » (ISBN 2-7033-0507-9), publié aux Éditions Dangles; page 145. Suite à ces résultats, les vaccins furent modifiés et on enregistra une baisse des cas d'effets secondaires graves pour les enfants de plus de 24 mois.

<sup>24</sup> Citation : conférence Université Laval, le 26 novembre 2009; département de psychologie.

<sup>25</sup> On ne peut pas invoquer ici le manque d'échantillonnage.

Se départir de notre responsabilité individuelle en remettant constamment sur le dos de l'État toutes les tâches – ou en le laissant s'accaparer tous les aspects de la famille ou de la société – contribuera à empirer la situation. Nous devons nous donner des outils collectifs pour que tous comprennent bien les subtilités et la gravité de la violence psychologique que les aînés, les retraités et les malades chroniques subissent actuellement, et dont les « coïncidences » accumulées semblent orienter les consciences dans l'acceptation générale de l'euthanasie (voir annexe D et G). Face à la perspective d'une légalisation du s. a. et de l'euthanasie, l'horreur de la dérive eugéniste apparaît.

**Autre point important occulté par les médias et les ministères :** Pourquoi le domaine des sciences vétérinaires est-il exclu du débat? En effet, le taux de suicide chez le « groupe population » des vétérinaires est près du double de celui de la population en général le plus à risque. Ce taux anormalement élevé est en lien direct avec le fait que les vétérinaires sont régulièrement obligés de pratiquer des euthanasies chez les animaux qu'ils adorent<sup>26</sup>. N'est-il pas à craindre qu'un jour, si l'euthanasie humaine devient « à la mode », que ces mêmes problèmes de dépressions et de suicides surviennent chez les médecins et infirmières qui pratiqueront les euthanasies et les suicides assistés? Les personnes qui revendiquent le droit à l'euthanasie ou le suicide assisté comprennent-elles qu'elles tentent d'impliquer des tierces personnes (des médecins, fonctionnaires et famille) dans leurs actes? Devrons-nous faire abstraction de la conscience des intervenants? Devrons-nous les soudoyer? Est-il à craindre qu'un jour, les médecins soient forcés de pratiquer des euthanasies ou des suicides assistés?<sup>27</sup>

Il serait pertinent de comprendre l'impact psychologique sur les aînés et les malades chroniques dans les pays qui ont légalisé ces pratiques de morts provoquées. C'est le cas des Pays-Bas en 2001. En juillet 2009 ce pays a été sévèrement critiqué par l'ONU pour sa

---

<sup>26</sup> [http://monteregieweb.com/main+fr+01\\_300+Quand\\_euthanasie\\_et\\_depression\\_vont\\_de\\_paire.html?ArticleID=440272](http://monteregieweb.com/main+fr+01_300+Quand_euthanasie_et_depression_vont_de_paire.html?ArticleID=440272)

<http://www.envoler.com/vet.html>

<http://carriere.jobboom.com/marche-travail/dossiers-chauds/2008/08/14/6453241.html>

<sup>27</sup> Par exemple, le président Barak Hussein Obama a tenté dès son arrivée au pouvoir, de forcer les médecins des États-Unis à pratiquer des avortements contre leur gré. Devant la menace d'une révolution, il a vite fait marche arrière.



gestion de la pratique<sup>28</sup> (O.N.U., session juillet 2009; et annexe D). En effet, les données empiriques cumulées démontrent que des milliers de personnes âgées s'exilent dans les pays limitrophes, plus particulièrement en Allemagne, parce qu'elles craignent pour leur vie; elles ont perdu confiance au gouvernement et même en leur médecin. Pourquoi les médias font-ils abstraction de ces faits? D'autres dérives et scandales existent aux Pays-Bas, en Suisse et en Belgique, notons : euthanasie d'enfants, d'handicapés, développement de l'euthanasie clandestine en marge de la loi. De telles situations peuvent causer du stress chez les personnes âgées surtout si elles sont combinées avec d'autres problématiques économiques ou inhérentes au système de santé; par exemple : les listes d'attente interminables, la perte d'autonomie, la peur de « faire du temps » dans les corridors, les maladies et infections nosocomiales, etc.

*« (...) pour plusieurs, le suicide devient plus acceptable lorsqu'il survient chez les personnes âgées : leur mort se rapproche de toute façon, elles ont « fait leur temps » ou elles ne sont plus productives parce qu'elles ont quitté le marché du travail. La société a donc tendance à accepter le suicide chez les personnes âgées et, du coup, elle renforce l'idée que certaines d'entre elles sont devenues inutiles. »* (Cit., Vézina et coll. 1995 et 2007)<sup>29</sup>

### **L'argent... vraiment?**

Pour un commencement de solution éducative auprès des élus et des instances : considérons l'exemple du scénario catastrophique typique dans le domaine de la santé, annoncé par les économistes et statisticiens gouvernementaux adeptes de l'expression « vieillissement de la population »; (qu'ils soient libéraux ou péquistes, leurs affirmations « âgistes » sont identiques). Si leurs affirmations étaient fondées, les coupures devraient aller là où le gaspillage est le plus grand! Prenons l'exemple du sida, selon une étude commandée par *Statistiques Canada*, celui-ci a coûté aux contribuables canadiens de 1981 à 1996, la somme

---

<sup>28</sup> « Les Pays-Bas mis en garde par l'ONU »; ONU, session de juillet 2009. Le Soleil, 15 octobre 2009, page 33. (VOIR L'ANNEXE G).

<sup>29</sup> Psychologie gérontologique; Jean Vézina, Philippe Cappeliez et Philippe Landreville. 1995 et 2007, p. 158.

de 36,4 milliards de dollars (Albert et Williams, 1996; consulter l'annexe E). Aujourd'hui le coût dépasserait les 100 milliards. Actuellement (2010) il y a environ cinquante-six mille personnes atteintes du SIDA au Canada, soit moins de 0,2 % de la population canadienne<sup>30</sup>. Autrement dit, moins d'un demi de 1 % de la population draine des milliers de fois plus d'argent au système de santé que la même proportion de personnes âgées (annexe B : statistiques de proportionnalité financière entre diverses causes morbides). La revue scientifique *LA RECHERCHE* d'avril 2008 (page 60), confirme le fait que le SIDA draine une grande part des fonds publics de traitement et de recherche dans tous les pays industrialisés. C'est d'autant plus inquiétant « puisque le SIDA est évitable à pratiquement 100% » (Albert et Williams 1996). Les États-Unis étant les plus grands financeurs pour la recherche sur le SIDA, le Québec étant le plus grand financeur de soins et de traitement pharmaceutiques, au prorata de la population. La question est : si nous pouvons financer l'irresponsabilité et l'insouciance ad nauseam, alors pourquoi les personnes âgées ou malades n'auraient-elles pas droit à la même tolérance?

Autre cas où des sommes importantes pourraient être économisées; les individus qui se blessent en commettant des actes criminels devraient-ils automatiquement recevoir la facture de leur insouciance? Devrons-nous payer continuellement pour tous ces cas qui relèvent de la plus totale irresponsabilité, autant individuelle qu'étatique? Comme la réponse pourrait être « oui », alors, le même « oui » catégorique doit être voté pour un investissement massif dans des soins palliatifs qui respecteront l'inaliénable valeur de toute vie humaine.

L'avancement en âge et ses conséquences sont inévitables. Elles sont **naturelles**. Les aînés(es) sont nos parents. Ils ont fait des sacrifices immenses pour nous donner la vie et la prospérité. Il faut dénoncer et démonter ce sophisme qui veut nous faire croire que la faillite du système de santé repose sur les aînés ou les malades chroniques. Le plus gros boulet du système de santé au Québec et au Canada (recherche et publicité incluse) est l'irresponsabilité et l'hédonisme généralisés dont les coûts sont défrayés sans questionnement par l'état. Le but ici n'est pas de discriminer quiconque dans les soins médicaux, mais de

---

<sup>30</sup> SIDA : Quinze mille autres personnes seraient porteuses sans le savoir.

rétablir la justice envers nos aînés et les malades chroniques... ceux qui n'ont pas un puissant lobby pour les représenter.

## **Conclusion**

La boucle est complète (pour ne pas dire le cercle vicieux): les psychologues et psychanalystes ont prouvé que la dépression peut mener au suicide; la psychanalyse a prouvé que la plupart des dépressions sont causées par le refoulement provoqué principalement par la « cruauté mentale » (ancienne expression de « violence psychologique », dont l'âgisme fait partie); ces deux sciences ont prouvé que la pensée et l'acte suicidaire étaient communicatifs (surtout chez les personnes fragilisées); et finalement, l'État et les médias font la promotion de l'expression « vieillissement de la population » à outrance et du « suicide assisté ».

Il appert que l'idéologie eugéniste contamine beaucoup de personnes au Québec. Un exemple concret : l'ancien titre de la « Commission spéciale à propos de la question de mourir dans la dignité » comportait les mots « droits de mourir dans la dignité ». Ce titre était biaisé, car il laissait sous-entendre plusieurs à priori fallacieux, entre autres, que la mort aurait pu être un droit. Ou encore, qu'il n'existait aucun moyen de rendre la mort digne sans pour autant liquider la personne souffrante. Ce choix de titre biaisé par la Commission a montré un lapsus qui révèle que les décisions sont déjà prises; bref que les dés sont probablement pipés à l'avance (comme ce fut le cas pour la Commission Bouchard-Taylor, et de plusieurs autres auparavant). Il est à craindre que le biais idéologique que je dénonçais en introduction de la présente soit une réalité, un véritable agenda caché. Voilà donc réunies toutes les conditions pour accentuer la détresse des aînés et des personnes fragilisées. Il n'est jamais souhaitable pour la société qu'un gouvernant soit juge et parti, qu'il soit privé ou étatique.

« Le vieillissement de la population est probablement l'un des sujets dont on parle le plus au Canada. Alors que certains analystes prévoient le pire en ce qui concerne les coûts des

services publics et les pénuries sur le marché du travail, d'autres (NDLR : qui sont peu ou pas médiatisés) avancent que le Canada est bien placé pour faire face à ce phénomène sociodémographique (...) »<sup>31</sup>

**L'éducation, la sensibilisation, l'investissement dans les soins palliatifs et la valorisation sociale et financière des aidants naturels sont les meilleures façons de faire cesser l'âgisme gouvernemental, médiatique et institutionnel. De plus, afin d'éviter que les lobbys du réductionnisme<sup>32</sup> viennent à nouveau créer la confusion dans le futur, je demande à ce que soit inséré dans la Constitution canadienne et dans les Chartes des Droits et Libertés du Canada et du Québec, la déclaration « du caractère sacré de toute vie humaine ».**

En somme, il serait légitime et respectueux de cesser de parler du « vieillissement de la population » et de parler plutôt de « l'assagissement de la population »<sup>33</sup>. Malheureusement, il semble y avoir, dans notre société hypersocialiste, des lobbys dont le leitmotiv se résume à réécrire l'histoire et à corrompre toute communication intergénérationnelle.

Par Christian Duchesne

---

<sup>31</sup> Pour une introduction à ces débats, Chapell et al., 2003; Cheal et al. 2002; Gee, 2000, Statistique Canada. Division de la statistique sociale et autochtone; Un portrait des aînés au Canada (2006). Par Martin Turcotte et Grant Schellenberg Février 2007. No 89-519-XIF au catalogue ISBN 978-0-662-73448-2; No 89-519-XPF au catalogue ISBN 978-0-662-73450-5

<sup>32</sup> Source : Science & Vie, no 902, nov. 1992, p. 37; « Du génome à l'eugénisme ».

<sup>33</sup> Voir l'Annexe F. Source : <http://www.cyberpresse.ca/vivre/societe/201004/06/01-4267808-les-seniors-apprehendent-les-problemes-sociaux-avec-plus-de-sagesse.php>  
<http://www.russellsage.org/publications>

## **Bibliographie références et notes**

La bibliographie, les références et les notes ont été replacées dans les « notes de bas de page ».

# ANNEXE A

---

## ENTREVUES

### Partie A : 5 cours textes

- 1- « *Les effets du vieillissement sur la gouvernance et la démocratie et le pouvoir gris. Les changements démographiques occasionnés par le vieillissement auront sans l'ombre d'un doute des effets sur l'ensemble des mécanismes de gouvernance et, plus spécifiquement, sur la gestion des affaires municipales. Dans une perspective politique, la thèse la plus connue et la plus médiatisée est l'avènement d'un pouvoir gris qui dominerait l'échiquier politique. Selon ses partisans, les aînés se retrouveront dans une situation de pouvoir qui reposera sur un ensemble d'atouts dont le nombre, le patrimoine acquis, la santé, le temps libre, le bagage de connaissances variées, un réseau de contacts établi, etc.* »  
Source : [http://www.mamrot.gouv.qc.ca/publications/obse\\_muni/synthese.pdf](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/publications/obse_muni/synthese.pdf) (page 15).
- 2- « *Au-delà de l'aspect éthique de la question, la participation sociale des aînés est essentielle dans le contexte du vieillissement de la population et de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées.* »  
Source : « *Une pleine participation des aînés au développement du Québec* »; 31 mai 2005); page 2.
- 3- Titre : « *Le système de santé survivra-t-il au vieillissement de la population?* » Source : <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/10518.html>
- 4- « *Pourquoi, lorsqu'on évoque le vieillissement de la population, parle-t-on immanquablement des scénarios sombres, des lendemains difficiles, des coûts incommensurables pour notre société? Le pouvoir gris qui prend forme et se structure en notre sein est une réalité tangible.* »  
Source : <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/dossiers/vieux/consequences.html>  
  
« *Le nombre croissant de personnes âgées est bien souvent perçu comme une charge pour la société : augmentation des pensions de retraite, des frais médicaux, des risques de dépendance, etc. Tous les experts s'accordent pour dire que les conséquences de ce phénomène seront importantes.* »  
Source : [http://serriere.typepad.com/mon\\_marche\\_des\\_seniors\\_/2005/03/les\\_consequence.html](http://serriere.typepad.com/mon_marche_des_seniors_/2005/03/les_consequence.html)

## Partie B de l'Annexe A

Suite aux lectures, quels sentiments surgissent en vous en lien avec l'utilisation massive de l'expression « vieillissement de la population »<sup>34</sup>. Je laissais les personnes interrogées exprimer leurs sentiments. (Note : cette question est posée après avoir expliqué brièvement à l'interrogé (e), la différence entre un sentiment et une opinion.)

### Observation et rédaction des sentiments exprimés :

- Stupéfaction, étonnement, bouleversant, choc, se sentir secoué.
- Déception, déprimant, tristesse, sentiment de vivre une injustice, manque de respect, sentiment de rejet.  
Sentiment de ne plus avoir le droit d'être. Perte temporaire du goût de vivre.  
Sensation d'être un objet. L'avenir apparaît plus pessimiste.  
Avec cette définition péjorative, cela cause de l'inquiétude pour le futur... Qui sera décideur dans le futur?
- Sensation semblable à un réveil, une prise de conscience.
- Sentiment de colère.

### **Cette partie en encadré est strictement confidentielle**

#### **Liste des personnes âgées interrogées :**

- 1- femme (retraité, bibliothécaire, 83 ans)
- 2- homme (directeur adjoint d'une école publique, 78 ans)
- 3- femme immigrante (au Québec depuis 30 ans, retraitée, éducatrice, 62 ans)
- 4- homme (retraité électricien, 61 ans)
- 5- femme (retraitée, « reine du foyer », 59 ans)
- 6- homme (retraité du gouvernement fédéral, 67 ans)

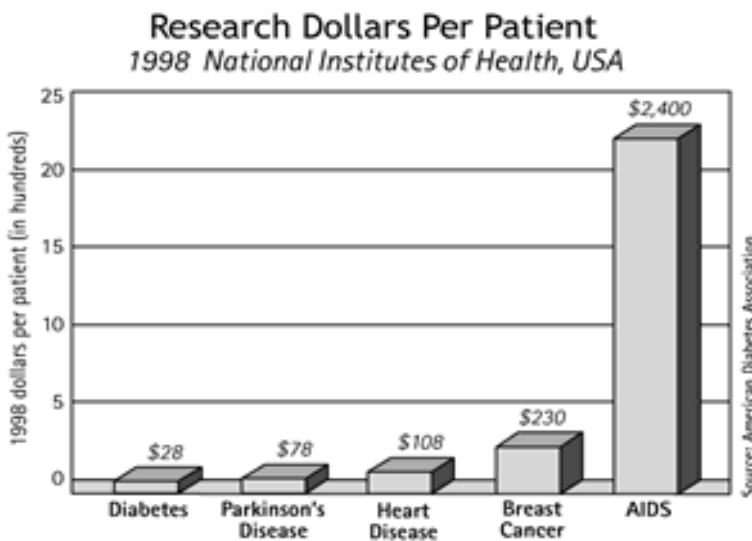
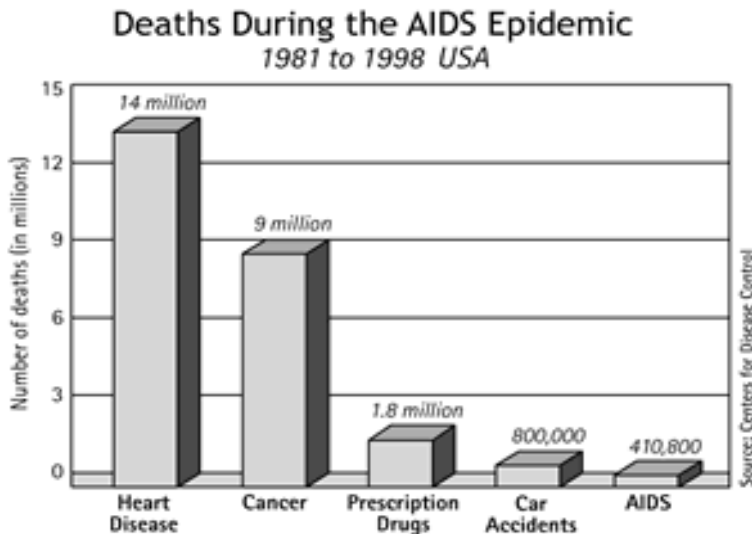
Ces retraités et aînés furent heureux de faire cette expérience et de conscientiser ces informations. Plusieurs m'ont même encouragé à pousser cette recherche plus loin.

<sup>34</sup> Note intéressante : sur Google, en tapant l'expression « vieillissement de la population » on recueille 1 410 000 liens. En tapant l'expression « vieillissement de la population au Québec », on recueille 275 000 liens.

## ANNEXE B

---

Statistiques de proportionnalité financière entre diverses causes de morbidité.\*



End AIDS exceptionalism! Comparison of AIDS deaths (top) versus disproportionately excessive AIDS funding (bottom).

\*Ces données proviennent des États-Unis d'Amérique. Le premier graphique est proportionnel avec les données canadiennes. Pour le second graphique, les États-Unis étant les plus grands financeurs pour la recherche sur le SIDA. Le Québec étant le plus grand financeur (de soins et de traitement pharmaceutiques) au prorata des populations.



## **ANNEXE C**      « Mauvais traitements et violences »

Pour constater la violence physique (et psychologique) il est nécessaire d'observer des manquements aux soins physiques de base (ex., l'hygiène, la nourriture insuffisante et ou incomplète); Impatience visite trop rapide des préposés lors des soins. Insultes, menaces, chantage, etc. Dans les cas plus graves, on parle d'isolement, presque d'incarcération, de rudesse et quelquefois de coups, etc..

Voici quelques exemples tirés de médias écrits :

---

**Journal de Québec, le 1 novembre 2006**

Par Éric Thibault

### **Violence envers les aînés**

#### **Souillés, attachés, tranquilisés, blessés à coups de fourchette...**

Quatre ans après avoir été victimes de traitements révoltants dans un centre d'hébergement de la Beauce, 13 personnes âgées se partageront bientôt une indemnité de 159 700 \$.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse vient de sommer le Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSSB) de dédommager ces aînés, au terme d'une enquête qu'elle a amorcée il y a quatre ans. Selon la Commission, ces 13 bénéficiaires - dont neuf sont maintenant décédés, selon la direction du CSSSB - méritent ces sommes «à titre de dommages moraux pour atteinte à leur droit à la protection contre l'exploitation des personnes âgées».

«C'est l'équivalent d'une mise en demeure, a dit, hier, un porte-parole de la Commission, Robert Sylvestre. Nous leur donnons trois mois pour verser l'argent aux victimes. En cas de refus, nous nous adresserons au tribunal.»

## SOUILLÉS, PUNIS, BLESSÉS...

Selon la directrice générale du CSSSB, Huguette Giroux, ces aînés étaient tous hébergés au Pavillon Notre-Dame-de-la-Guadeloupe (l'un des cinq centres d'hébergement du CSSSB) au moment où ils ont été maltraités par des membres du personnel, en 2001-2002. Laissés dans leurs souillures de façon prolongée, attachés à leur lit sans nécessité, «tranquillisés» à fortes doses de médicaments, blessés à coups de pied ou de fourchette... L'enquête de la Commission ne manque pas d'exemples de «pratiques abusives». C'est sans compter les «punitives», les «comportements infantilissants et humiliants» et les «commentaires désobligeants».

### 4 congédiements

Se voulant rassurante, Huguette Giroux a affirmé qu'«on a déjà corrigé à peu près tout ce qui est dénoncé» par la Commission. «Ce n'est vraiment pas la même situation qui prévaut maintenant.»

**D'abord, quatre employés fautifs ont été congédiés, en 2003. Une autre s'est vu imposer une suspension de trois mois.** Des changements ont aussi été apportés à la direction du Pavillon de la Guadeloupe et de deux autres établissements visés par la Commission, au Foyer Saint-Georges et au centre hospitalier de Beauceville. Puis, les critères d'embauche ont été revus et une politique de «tolérance zéro» interdisant toute pratique abusive a été instaurée chez le personnel. **En deux ans, des avertissements ont été donnés à environ une douzaine d'employés «et les correctifs ont été faits»,** selon le responsable de l'hébergement au CSSSB, Jacques Bolduc.

### «ÇA NE PASSE PLUS»

Selon Mme Giroux, «il serait difficile de refuser» d'indemniser les victimes, d'autant plus que le CSSSB est assuré contre les poursuites civiles pour une valeur de 20 millions de dollars. Quant aux neuf aînés décédés, l'argent reviendrait à leurs successions.

Selon Jean-Yves Boily, président du comité des usagers du CSSS de Beauce, l'important est «qu'on est repartis sur de nouvelles bases» et qu'il n'y a plus de «loi du silence» pour protéger les employés abusifs. «Aujourd'hui, ça ne passe plus!»

**Journal de Québec, le 1 novembre 2006**

Ian Bussières

## **PAVILLON NOTRE-DAME DE LA GUADELOUPE**

### **Longue histoire de mauvais traitements**

LA GUADELOUPE — Les mauvais traitements subis par les bénéficiaires du Pavillon Notre-Dame de La Guadeloupe, en Beauce, duraient depuis bien plus longtemps que de 2002 à 2005, période sur laquelle une enquête de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse a permis de faire la lumière.

« Ma mère souffrait de la maladie d'Alzheimer et était ankylosée, de sorte que ses mains étaient toujours croisées sur sa poitrine. Elle ne bougeait presque pas mais, pourtant, j'ai vu dans son dossier qu'elle avait subi près de 200 blessures alors qu'elle était au pavillon », affirme Suzanne Fortier au sujet de sa mère, décédée en 1997.

D'abord des égratignures aux mains que des employées attribuaient aux ongles de la vieille dame, puis une sévère ecchymose à la lèvre qui a fait réagir la famille. « Un infirmier m'a dit que tout ça n'était pas normal et que des employées frappaient la bouche des bénéficiaires avec une cuiller quand elles les faisaient manger ! », poursuit Mme Fortier.

**Journal de Québec, le 2 novembre 2006**

Eric Thibault

### **Centres d'hébergement | Mauvais traitements**

#### **Ils veulent revenir en poste**

Trois des employés congédiés en 2003 pour avoir maltraité des personnes âgées du centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Guadeloupe pourraient encore récupérer leur poste.

**Une quatrième employée congédiée a déjà eu gain de cause** après avoir déposé un grief et elle a été réintégrée après que le tribunal d'arbitrage eut substitué son licenciement par une suspension de trois mois.

Trois autres syndiqués l'ont imitée et «ces trois cas sont toujours en attente d'une décision du tribunal d'arbitrage», selon Martine Michaud, porte-parole du centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSSB).

#### **Violence verbale et physique**

En tout, la direction du CSSSB avait décidé de congédier cinq employés du pavillon de La Guadeloupe -- l'un de ses cinq centres d'hébergement en Beauce et celui où la majorité des mauvais traitements décrits par la Commission des droits de la personne ont été commis -- qui «avaient des comportements déviants et faisaient preuve de violence verbale et physique», a mentionné, mardi, la directrice générale du CSSSB, Huguette Giroux.

«On a été obligés de réintégrer un de ces employés, mais dans un autre emploi et avec un encadrement très sévère», a-t-elle ajouté. Un sixième employé a eu une lettre à son dossier en guise de mesure disciplinaire.

**Journal de Québec, 2 novembre 2006**

Stéphanie Desforges

## **Centres d'hébergement | Mauvais traitements**

### **Une trentaine d'enquêtes en cours**

Les pratiques douteuses de certains centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec font l'objet d'une trentaine d'enquêtes menées par la Commission des droits de la personne.

Motivées par de nombreuses plaintes, la trentaine d'enquêtes en cours touchent autant les centres privés que publics d'hébergement et de soins de longue durée de la province. Dix de ces enquêtes sont maintenant devant les tribunaux. La Commission des droits de la personne refuse toutefois de nommer les institutions visées.

«Une enquête peut concerner plusieurs victimes et établissements», a dit Diep Truong, porte-parole de la Commission, rappelant l'enquête de la Beauce qui a dédommagé 13 victimes, cette semaine, tout en ciblant trois établissements fautifs.

### Confidences troublantes

Malgré la dénonciation croissante, de nombreux cas d'abus passent encore sous silence. «On habitue les aînés à porter des couches, même s'ils ne sont pas incontinents. Il n'y a pas d'acte criminel, pas de sang, mais c'est aussi grave selon moi pour l'intégrité des personnes âgées», signale Me Paul Brunet, président du Conseil pour la protection des malades. L'avocat raconte recevoir des confidences troublantes de la part des aînés hébergés. «Ils me disent qu'ils préféreraient mourir plutôt que de sentir aussi mauvais», continue-t-il, en parlant de la norme «inacceptable» du bain unique par semaine.

### Délais d'enquête trop longs

«Une enquête comme celle de la Beauce, c'est déjà une de trop», note Me Brunet, en référence à la trentaine de dossiers sous examen.

«Les délais de ces enquêtes sont trop longs. La pauvre dame qui reçoit des tapes sur le nez ou qui a des problèmes avec son alimentation trouvera ça pénible des mois et des mois d'enquête. Il faut s'ajuster à l'urgence de la situation», soutient-il.

L'avocat dénonce la loi du silence bien présente dans les milieux de santé où règne une certaine vulnérabilité. Tout autant que le manque de formation chez les préposés aux bénéficiaires qui ne sont pas soumis à un code de déontologie.

«Quant à la caméra de surveillance, elle risque d'entraîner un climat malsain», explique-t-il, en misant sur l'importance du travail en équipe dans les établissements de ce genre.

#### ET LA FAMILLE?

«Les familles ont beau dire qu'elles sont inquiètes, la majorité des cas d'abus qui surviennent concernent des aînés qui ne reçoivent pas de visite, dit l'avocat. J'ai même vu des familles faire taire leur parent de peur qu'il soit expulsé du centre. Ils deviennent complices», relate-t-il. Malgré tout, Me Brunet tient à ne pas mettre tous les employés dans le même panier.

«Les»pourris«représentent moins de 10 % des organisations», dit-il en terminant.

**Au Québec, 50 000 personnes sont hébergées dans quelque 400 institutions à vocation de soins de longue durée qui emploient près de 200 000 employés.**

-Et si on redonnait à nos aînés la place d'honneur qu'ils méritent d'avoir, puisqu'ils sont nos défricheurs! Il faut changer la mentalité sociale du "fardeau" que semblent avoir hérité nos prédécesseurs! Un peu de dignité, de reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait et nous ont laissé serait une "porte" d'importance qui nous conduirait certainement à ce désir de contrer les abus et la maltraitance. Faisons aux aînés ce qu'on aimerait qu'on nous fasse lorsque nous aurons atteint cette étape de notre vie! Préparons notre chemin en transformant le leur! Gandhi a dit: "nous reconnaissons la grandeur d'un peuple par sa façon de traiter les animaux!" On pourrait changer la fin de sa citation par "....de traiter les humains!"

**Abus de fin de vie**

La Presse/Opinions, 2010-09-13, par le D<sup>r</sup> André Bourque, chef du département de médecine générale du CHUM et président de *Vivre dans la Dignité*

Le débat actuel sur l'euthanasie se centre principalement sur la question de l'autonomie de la personne. Il s'illustre d'anecdotes et de témoignages poignants qui mobilisent nos émotions. Aussi est-il nécessaire de se rappeler à tête refroidie qu'une valeur importante doit souvent donner préséance à une autre, prioritaire. **L'euthanasie mettra en danger les personnes malades et dépendantes et surtout celles qui se retrouvent seules et démunies. Des milliers de personnes vieillissantes et malades, à domicile et en centre hospitalier de longue durée, ne reçoivent ni l'attention ni les soins de qualité auxquels elles ont droit dans les dernières années de leur vie et en toute fin de vie. Leur nombre va bientôt croître de façon exponentielle.** Le denier public est étiré au point de rupture, et nous devons beaucoup compter sur l'aide des familles et les bénévoles. **L'euthanasie** rendue légale va entraîner une dépréciation de la valeur de cet investissement généreux. Elle **réduira l'élan pour l'entraide, la solidarité et le bénévolat.** Quelle valeur accordera-t-on à l'effort investi pour accompagner, soigner, nourrir et laver le patient âgé en fin de vie quand, dans une autre famille, on aura opté pour donner la mort ? **Les patients, les familles et les soignants vont se questionner sur l'option de l'euthanasie de toute personne vieillissante et malade.** La personne faible, qui a déjà une piètre estime de soi, se sentira davantage dévalorisée. Elle sentira qu'elle est de trop et percevra la pression subtile qui s'exercera sur elle, surtout si elle est incontinente, malpropre, désagréable et seule dans la vie. **Il pourra y avoir des personnes peu scrupuleuses qui prendront les moyens pour que l'euthanasie puisse s'imposer : elles apprendront comment faire favoriser le consentement.** On brandit l'étendard de l'efficacité des balises alors que le bon sens et l'expérience des pays ayant dépenalisé l'euthanasie indiquent qu'aucune mesure de contrôle ne va empêcher les abus. Les principaux abus n'apparaissent pas dans les statistiques et restent toujours difficiles à

démasquer. Il faut un regard de plusieurs décennies avant de pouvoir évaluer les retombées réelles de l'introduction de l'euthanasie : nous ne l'avons pas. **Dans la pratique médicale, tout se déroule très vite, les médecins peuvent être manipulés et les consentements des personnes démunies sont assez faciles à obtenir. On réclame l'euthanasie surtout parce que les malades ne reçoivent pas les soins efficaces appropriés, que les familles ne sont pas suffisamment accompagnées. Elle va engendrer des problèmes plus graves que ceux qu'elle prétend régler. Faisons le choix de protéger les personnes vulnérables. Vivre dans la Dignité**

Note : Bien que publiée dans le journal imprimé *La Presse*, cette lettre d'opinion, curieusement, n'est pas accessible via *Cyberpresse*



## ANNEXE D (suite)

---

L'euthanasie : « L'érosion de la relation patient-médecin est à craindre », affirme le Dr André Bourque, chef du département de médecine générale du CHUM.<sup>1</sup> Permettre l'euthanasie c'est l'équivalent de liquider le serment d'Hippocrate. De plus, il apparaît biaisé, de la part des médias, de ne citer que les cas hautement émotionnels tels ceux de, Nancy B., T. Latimer et S. Rodriguez. Il existe d'autres cas inverses qui auraient permis une véritable objectivité. Des cas tels que : « Jan Grzebski, qui s'est « réveillé » suite à un coma de 19 ans »<sup>1</sup>; le cas de la Californienne médicalement condamnée, Jessica Diaz; et le cas célèbre d'Elaine Esposito qui fut dans le coma durant 37 ans et 111 jours. Fait étonnant, toutes ces personnes citées qui étaient « prisonnières de leurs corps » furent heureuses de s'en sortir et d'être en vie. Que fait-on avec les données empiriques cumulées aux Pays-Bas, le premier pays à légaliser l'euthanasie, et qui démontrent que des milliers de personnes âgées s'exilent en Allemagne parce qu'elles ont perdu confiance en leur médecin? Amener les gens à accepter l'euthanasie n'est-il pas un moyen détourné pour démocratiser l'eugénisme? Pourquoi le domaine des sciences vétérinaires est-il exclu du débat? En effet, le taux de suicide chez le « groupe population » des vétérinaires est près du double de celui de la population en général la plus à risque<sup>35</sup>. Ce taux anormalement élevé est en lien direct avec le fait que les vétérinaires sont régulièrement obligés de pratiquer des euthanasies chez les animaux qu'ils adorent. N'est-il pas à craindre qu'un jour, si l'euthanasie devient « à la mode », que ces mêmes problèmes de dépressions et de suicides surviennent chez les médecins qui pratiqueront les euthanasies et les suicides assistés?

**Par Christian Duchesne**

---

35

[http://monteregieweb.com/main+fr+01\\_300+Quand\\_euthanasie\\_et\\_depression\\_vont\\_de\\_paire.html?ArticleID=440272](http://monteregieweb.com/main+fr+01_300+Quand_euthanasie_et_depression_vont_de_paire.html?ArticleID=440272)

<http://www.envoler.com/vet.html>

<http://carriere.jobboom.com/marche-travail/dossiers-chauds/2008/08/14/6453241.html>

## Annexe D (suite)

Source : La quatre-vingt seizième session du Comité des droits de l'homme de L'ONU. Genève; du 13 au 31 juillet 2009.

Source : [http://www.un.org/fr/events/archives/2009\\_07.shtml](http://www.un.org/fr/events/archives/2009_07.shtml)

### **Euthanasie aux Pays-Bas : mise en garde des Nations-Unies et inquiétude grandissante des seniors**



Lors de sa 96ème session, qui s'est tenue à Genève du 13 au 31 juillet 2009, le Comité des droits de l'Homme de l'ONU a mis en garde les Pays-Bas pour son « *taux élevé de cas d'euthanasie et de suicide assisté* ». Les membres du Comité s'inquiètent notamment que « *la loi permette à un médecin d'autoriser de mettre fin à la vie d'un patient sans recourir à l'avis d'un juge* » et que « *le deuxième avis médical requis puisse être obtenu au travers d'une ligne téléphonique d'urgence* » (cf. Lettre mensuelle Génétique de juin 2009).

C'est la commission parlementaire française dirigée par le député Jean Leonetti qui a alerté l'ONU. En effet, lors du travail d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 relative à la fin de vie, mené en 2008, la commission avait été se rendre compte sur place de la réalité des pratiques hollandaises en matière d'euthanasie. On a ainsi appris que la justice hollandaise ne requiert plus que deux critères pour valider la procédure d'euthanasie : le consentement du malade et la présence de souffrance irrémédiable, critères somme toute bien subjectifs si l'on considère que jamais un médecin ne rédigea un rapport en admettant soit que le malade qu'il a euthanasié ne souffrait pas soit qu'il ne lui avait rien demandé. Jean Leonetti en avait conclu : « *Cette législation consacre un nouveau pouvoir médical* ». Le médecin endosse en effet simultanément les fonctions d'expertise, de décision et d'exécution de la sentence.

Par ailleurs, depuis l'entrée en vigueur de la loi, aucune poursuite pénale n'a été exercée à l'encontre d'un médecin. Vingt-quatre cas litigieux ont en tout et pour tout fait l'objet d'une transmission par les commissions de contrôle au Collège des procureurs généraux. Jean Leonetti, là aussi, s'était inquiété : « *L'absence totale de saisine judiciaire amène à s'interroger sur la réalité du contrôle a posteriori effectué : soit on est en présence d'un professionnalisme exceptionnel [...] soit on est conduit à avoir des doutes sur la réalité de ce contrôle* ». En 2007, on a dénombré 2120 euthanasies aux Pays-Bas. Ce que les statistiques ne disent pas, c'est la persistance d'euthanasies clandestines : une étude néerlandaise estime que 20% des euthanasies seraient cachées. Les pouvoirs publics évaluent à 3600 le nombre véritable des euthanasies.

On constate également que la généralisation de la pratique euthanasique a mené à un véritable exil de la population âgée en Allemagne. C'est là aussi la mission parlementaire française qui fait état de cette information, précisant que dans le Land frontalier de Rhénanie du Nord-Westphalie, se sont ouverts « *des établissements pour personnes âgées accueillant des Néerlandais [...] Ces personnes craignent en effet que leur entourage ne profite de leur vulnérabilité pour abréger leur vie. N'ayant plus totalement confiance dans les praticiens hollandais, soit elles s'adressent à des médecins allemands, soit elles s'installent en Allemagne. De telles réactions dont la presse allemande s'est fait l'écho démontrent que les pratiques médicales hollandaises sont mal vécues par une partie de la population* ».

Source journalistique : Liberté politique (Pierre-Olivier Arduin) 25/09/09

### **Belgique : sept ans d'euthanasie, quel bilan?**

Le 28 mai 2002, la Belgique dépénalisait l'euthanasie. Sept ans plus tard, le Pr Raphaël Cohen- Almagor, de l'Université de Hull au Royaume-Uni, évalue l'application de la loi dans une étude intitulée "*Politique et pratique de l'euthanasie en Belgique : observations critiques et suggestions d'amélioration*"<sup>1</sup>. Contrairement au dernier rapport (2006-2007) de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie du Parlement, le Pr Cohen- Almagor parle d'une pratique de l'euthanasie "*souvent involontaire*" et "*souvent illégale*".

#### **Libre de toute contrainte ?**

La loi belge consiste en une protection juridique du médecin qui pratique l'euthanasie, "*acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci*", sous condition qu'elle soit majeure ou mineure émancipée, et qu'elle formule sa demande "*de façon volontaire, réfléchie et répétée*", et "*libre de toute contrainte*".

La demande doit être faite par le patient et par écrit. Dans la réalité, les médecins se passent souvent de l'autorisation écrite. Nombre de requêtes sont faites par les familles et le patient semble souvent vouloir décharger ses proches du poids qu'il représente pour eux.

L'étude de l'université de Hull cite par ailleurs une analyse prospective<sup>2</sup> révélant que 54% des médecins estiment de leur devoir de suggérer l'euthanasie dans certains cas. Or de par la relation de confiance établie entre le patient et son médecin, le Pr Cohen- Almagor note que "*les attitudes des médecins par rapport à l'euthanasie sont clairement en relation avec les décisions de fin de vie*", ajoutant que la proposition d'euthanasie risque "*de ruiner la volonté de vivre et d'explorer des voies alternatives qui seraient encore ouvertes*".

#### **Euthanasies dissimulées ?**

Outre les enregistrements d'euthanasies légales, les sédations terminales (50% des morts à l'hôpital) qui ne sont soumises à aucune loi, semblent constituer souvent des euthanasies déguisées, d'autant plus graves qu'elles ne requièrent pas le consentement du patient. La Commission reconnaît : "*les pratiques médicales fréquentes en fin de vie (...) créent certaines ambiguïtés qui peuvent expliquer d'éventuelles divergences entre le nombre d'euthanasies déclarées et le nombre d'actes médicaux en fin de vie susceptibles d'accélérer le décès (...)*"

#### **Un respect rigoureux de la loi ?**

La loi indique que l'euthanasie est possible dans "*une situation médicale sans issue et un état de souffrance physique et psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée*", ce qui ne signifie pas que le patient soit en phase terminale. Le médecin doit faire appel à l'avis d'un second praticien or ceux-là n'examinent pas toujours le patient avant de donner leur avis, voire règlent la question par

téléphone<sup>3</sup>. Les médecins tendent par ailleurs à faire appel aux confrères qui partagent leur point de vue et à développer des accords commodes entre eux, afin de se rendre mutuellement service.

Le Pr Cohen-Almagor préconise donc que la Commission ait désormais accès à l'identité du médecin pour pouvoir véritablement juger du bien-fondé et de la licéité de l'acte. Concernant la possibilité de procéder à une euthanasie à partir d'une demande anticipée (rédigée par le patient dans les 5 dernières années) en cas d'inconscience irréversible, elle donnerait lieu à des passages à l'acte prématurés. Peu de praticiens seraient en effet capables de faire la différence entre inconscience prolongée et inconscience permanente.

### **Les soins palliatifs discriminés par l'euthanasie ?**

La loi sur l'euthanasie a été adoptée en même temps qu'une loi relative aux soins palliatifs. Pourtant, certains médecins déplorent que les spécialistes de soins palliatifs ne soient pas plus consultés dans les décisions de fin de vie et que si peu de médecins y soient formés.

### **L'euthanasie des mineurs en débat...**

Le décalage réel entre la loi et la pratique médicale concerne particulièrement l'euthanasie des mineurs, interdite par la loi : en deux ans, 76 mineurs en fin de vie ont fait l'objet d'une décision d'euthanasie. L'extension de la loi aux enfants est actuellement débattue.

1- "*Euthanasia Policy and Practice in Belgium : Critical Observations and Suggestions for Improvement* » In *Issues in Law and Medicine* (vol. 24, n°3, 2009, p.187-218)

2- Paul van de Maas & Linda L.Emanuel, *Factual Findings, in Regulating how we die* 168 (L.L. Emanuel, ed., 1998)

3- Interview avec le Pr Guido Van Steendam, Brussels, (Feb. 5, 2003)

Source : La Lettre mensuelle Gèneéthique de juin 2009 - n°114

<http://www.genethique.org/parus/lettres/2009/juin.asp>

## ANNEXE E

---

### Les données citées proviennent de :

« LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DU VIH/SIDA AU CANADA  
Résumé des constatations et incidences sur les politiques ».

Par Terry Albert et Gregory Williams, avec la collaboration de  
Barbara Legowski et du Dr Robert Remis.  
Publication des RCRPP, no 1, novembre 1997, page 2

### Les coûts du SIDA

Aujourd'hui on parle de plus de 110 milliards de dollars, soit environ le 1/5 de la dette totale du Canada. Bien que nous soyons loin de l'exemple de l'Afrique du Sud où 18% du PIB est perdu à cause du SIDA (pour le Lesotho c'est 30% du PIB), notre situation n'en demeure pas moins dramatique. Les coûts liés au support des sidéens sont beaucoup plus grands au Canada et plus particulièrement au Québec depuis la création du régime d'assurance médicament public.

Le sida n'est pas, comme la vieillesse, un fait inéluctable et naturel. Le sida s'attrape très rarement par accident (moins de 0,1% des cas). Dans 99,9 % des cas, le sida aurait pu être évité par les personnes qui en sont maintenant atteintes. Si on exclut les cas accidentels, les cas criminels et professionnels, c'est 100% des cas qui deviennent évitables (Albert et Williams 1996, page 14).

Dans les calculs cités par Albert et William les intérêts annuels composés sur la dette, qu'engendrent le SIDA et autres I.T.S., ne sont pas comptés.

Source : Bibliothèque Nationale du Canada

[http://collection.nlc-bnc.ca/100/200/300/cprn/french/ebh-r\\_f.pdf](http://collection.nlc-bnc.ca/100/200/300/cprn/french/ebh-r_f.pdf)

[http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/cprn/french/ebh-r\\_f.pdf](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/cprn/french/ebh-r_f.pdf)

Ces statistiques démontrent bien toute l'ampleur et l'exagération médiatique des lobbys prosida, qui ont entraîné un détournement de fonds vers la recherche sur le SIDA alors que ces mêmes fonds auraient dû servir pour d'autres maladies beaucoup plus mortelles (**voir l'Annexe B**). Il ne faut jamais perdre de vue que le SIDA est une maladie rarement contagieuse, et que 99,99% des personnes qui en sont victime auraient pu facilement éviter leur malheur. (Moins de 0.1% des cas de SIDA sont d'origine véritablement professionnelle, ou criminelle). La revue *LA RECHERCHE*, d'avril 2008 (page 60) confirme le fait que le SIDA draine une grande part des fonds publics de traitement et de recherche de tous les pays industrialisés.

Il faut savoir que le sida, seulement pour les traitements pharmacologiques de la trithérapie, coûte au Gouvernement du Québec environ 45000 \$ par personne infectée annuellement. Et ici je ne parle pas des cas en phase terminale et des pathologies que causent la trithérapie ni des consultations médicales. – Sans compter les pertes associées au manque de productivité et les pertes d'assurances reliées.

Note : Sans vouloir tout mettre sur le dos des sidéens, et pour dénoncer un autre type de gaspillage évitable. Souvenons-nous d'un cas incroyable il y a quelques années. Un avion nolisé par Air Maroc qui emportait une soixantaine de Marocains (es) malades non citoyens qui se sont fait soigner gratuitement dans des hôpitaux de Montréal en utilisant de fausses cartes de la RAMQ.

---



## ANNEXE F

---

Source :

<http://www.cyberpresse.ca/vivre/societe/201004/06/01-4267808-les-seniors-apprehendent-les-problemes-sociaux-avec-plus-de-sagesse.php>

<http://www.russellsage.org/visiting-scholars/richard-e-nisbett>

Source : Journal de Québec, 7 avril 2010, page 37.



LE JOURNAL DE QUÉBEC | 7 AVRIL 2010 | P. 37

# « Vieux sage », pas si cliché que ça

**WASHINGTON | (AP) Le cliché du « vieux sage » serait tout à fait justifié à en croire une étude américaine : les seniors font en effet preuve de plus de sagesse dans la manière d'appréhender les conflits entre personnes et d'accepter les incertitudes et changements de la vie, suggèrent des travaux publiés hier dans les « Annales de l'académie américaine des sciences » (PNAS).**

Les personnes âgées sont plus susceptibles d'admettre que les gens peuvent avoir des valeurs différentes, que les choses changent avec le temps et de reconnaître les points de vue des autres ainsi que les incertitudes, selon les chercheurs. « Les effets de l'âge sur la sagesse sont valables pour tous les niveaux sociaux, d'éducation et de quotient intellectuel », précise l'étude, dirigée par Richard Nisbett, de l'université du Michigan.

Les seniors américains ne possèdent peut-être pas une grande connaissance du fonctionnement des ordinateurs et des télécommandes de télévision, « mais nos résultats montrent qu'ils ont certains avantages dans l'analyse des problèmes sociaux », souligne M. Nisbett.

L'étude porte sur 247 personnes du Michigan, qui ont été réparties en trois groupes d'âge à peu près égaux : les 25-40 ans, les 41-59 ans et les 60 ans et plus. Les participants ont reçu des informations fictives sur

un conflit entre des communautés dans un pays étranger et devaient en deviner l'issue.

Par exemple, un cas de figure imaginaire décrivait un conflit entre Tadjiks et des immigrants kirghizes attirés au Tadjikistan par une forte croissance économique dans ce pays. Alors que les nouveaux arrivants étaient attachés à leurs coutumes, les Tadjiks voulaient qu'ils les abandonnent pour s'intégrer pleinement, selon l'hypothèse retenue.

Les réponses ont été évaluées par les chercheurs sans qu'ils sachent de quelle catégorie d'âge elles émanaient. Les évaluations ont pris en compte des questions comme la recherche de compromis, la flexibilité, la prise en compte du point de vue des autres et la recherche d'une solution au conflit.

Les chercheurs s'attendaient bien à une augmentation du degré de sagesse avec l'âge, mais ils ont été surpris par l'ampleur de la différence pour les conflits sociaux. « Il y a un très grand avantage pour les personnes plus âgées par rapport à celles plus jeunes » sur ces questions, note M. Nisbett.

Lynn Hasher, professeure de psychologie à l'université de Toronto, qui n'a pas participé à l'étude, estime que ces travaux apportent « la meilleure démonstration de cette vieille idée selon laquelle la sagesse s'accroît avec l'âge ».

Âgé de 68 ans, M. Nisbett, codirecteur du programme culture et connaissance de l'université du Michigan, a travaillé avec une équipe de chercheurs dont l'âge variait d'une vingtaine à une cinquantaine d'années. AP



## ANNEXE G

---

Source :

La Presse. actualités, dimanche, 10 décembre 2000, p. A6

Par Alexandre Sirois

Cet article imprimé à partir d'Eureka (pour tous les quotidiens, sauf les Journaux de Québec et Montréal) est issu d'une recherche par les mots clés « euthanasie – CHSLD » entre le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et le 31 décembre 2000.

Le résultat de la recherche a donné 3 items pour un écart de 3 ans. Un seul de ces trois items traitait des deux mots-clés.