

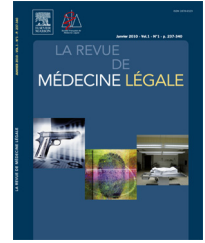


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Personnes âgées victimes de violence communautaire : étude descriptive et rétrospective de victimes ayant consulté à l'Unité de médecine des violences du CHUV, Suisse

Elderly victims of community violence: A retrospective and descriptive study of victims who consulted at the Violence Medical Unit at the CHUV, Switzerland

M. Rybisar Van Dyke^{a,b,*}, J. De Puy^a, A. von Gunten^b,
N. Romain-Glassey^a

^aUnité de médecine des violences (UMV), Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), 44, rue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse

^bService universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA), Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), 60, route de Cery, 1008 Prilly, Suisse

Disponible sur Internet le 30 janvier 2023

MOTS CLÉS

Victimes âgées ;
Personnes âgées ;
Aînés ;
Maltraitance ;
Violence communautaire ;
Unité de médecine des violences ;
Suisse

Résumé

But de l'étude. — La violence communautaire envers les aînés reste peu documentée. Cette étude décrit la population, le contexte des agressions et leurs conséquences à court terme chez les victimes âgées de violence communautaire qui ont consulté l'Unité de médecine des violences (UMV) du CHUV, Suisse.

Patients et méthodes. — Analyse rétrospective des caractéristiques des 99 victimes de violence communautaire âgées de ≥ 65 ans ayant consulté l'UMV entre janvier 2006 et décembre 2016. Des statistiques descriptives et une analyse du contenu thématique ont été effectuées.

Résultats. — Seules 2,5 % des victimes ayant consulté l'UMV durant cette période étaient âgées de ≥ 65 ans et pour 63,9 % d'entre elles, au motif de violence communautaire. Dans près de 60 % des agressions, l'auteur était inconnu de la victime qui, une fois sur quatre, lui avait « fait la morale ». Lorsque la victime connaissait l'auteur, l'agression s'était le plus souvent déroulée dans ou près de son lieu de résidence, perpétrée dans la moitié des cas par un voisin. 59,3 % des

* Auteur correspondant.

E-mail address: monika.rybisar@chuv.ch (M. Rybisar Van Dyke).

victimes avaient déjà, au moment de la consultation, déposé plainte lorsque l'auteur était inconnu vs 42,5 % lorsqu'il était connu. La majorité des agressions comportaient des actes physiques de violence et 71,7 % des victimes relataient des impacts psychologiques.

Conclusion. – Les caractéristiques de la violence communautaire envers les personnes âgées diffèrent de celles étudiées chez les victimes plus jeunes. Ces résultats permettent de mieux cerner les contextes et les conséquences de ces agressions et d'améliorer la prévention et la prise en charge.

© 2022 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

KEYWORDS

Elderly victims;
Elder abuse;
Community violence;
Violence Medical Unit;
Switzerland

Summary

Purpose of the study. – Community violence against the elderly has been seldom documented. This study describes the population, the context of the aggressions and their short-term consequences on elderly victims of community violence who consulted the Violence Medical Unit (VMU), CHUV, Switzerland.

Patients and methods. – Retrospective analyses were carried out on data from the 99 victims aged ≥ 65 years who consulted the VMU for community violence between January 2006 and December 2016. Descriptive statistics and thematic content analysis were performed.

Results. – Only 2.5% of victims who consulted were aged ≥ 65 years and 63.9% of those were victims of community violence. When the perpetrator was unknown to the victim (59.6% of aggressions), in 23.7% of cases, the victim had lectured the perpetrator just before the aggression. When the perpetrator was known to the victim, the aggression occurred (70%) near or at the victim's residence, in half of those cases by a neighbor. When the perpetrator was unknown, 59.3% of victims had already filed a complaint before the consultation, versus 42.5% when the perpetrator was known. Even though a physical act of violence was the main reason for consultation, 71.7% of victims mentioned psychological impacts of violence.

Conclusion. – Characteristics of community violence against the elderly differ from those in younger victims. These results allow us to better discern the risks and consequences of those aggressions and to enhance prevention and care of those elderly victims.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introduction

De nombreuses publications existent sur la maltraitance envers les aînés, définie comme abus ou violence survenant dans les situations où un lien de confiance entre la victime et l'auteur est attendu. Les graves conséquences de cette maltraitance envers les aînés sont connues et de nombreux efforts de prévention ont été entrepris, y compris en Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) classe la maltraitance des personnes âgées dans la catégorie des violences familiales et de couple [1]. En revanche, la violence communautaire envers les aînés, définie comme « violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître » [2], a été peu documentée. La violence communautaire a principalement été étudiée dans la population plus jeune [3,4].

L'OMS définit la violence comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou une carence » [5]. L'OMS [2] distingue trois catégories de violence, se basant sur les auteurs : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle, et la violence collective. La violence interpersonnelle est divisée en « violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime » et « violence communautaire ». La violence peut être de nature physique, sexuelle, psychologique ou des privations et négligence [6].

Les projections prédisent une augmentation de la maltraitance envers les aînés [1], augmentation qui concernera probablement aussi la violence communautaire envers les personnes âgées, en raison du vieillissement démographique. En Suisse, en 2016, 18,1 % de la population était âgée de ≥ 65 ans [7]. En 2030, les personnes âgées devraient représenter 22,1 % de la population, et 25,5 % en 2050 [8]. Depuis 1993, la Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI) stipule à l'Art.1 que « Toute personne qui a subi, du fait d'une infraction, une atteinte directe à son intégrité physique, psychique ou sexuelle (victime) a droit au soutien prévu par la présente loi (aide aux victimes) [9] ». Ainsi, chaque canton a un Centre de consultation LAVI. Les victimes âgées ne représentent qu'une minorité des victimes ayant consulté ces centres. Par exemple en 2016, seules 1864 des 29504 victimes (6,3 %) qui ont consulté un Centre LAVI étaient âgées de ≥ 65 ans [10]. Aucune donnée de l'Office fédéral de la statistique n'existe pour la violence communautaire selon l'âge des victimes, alors que c'est le cas pour la violence domestique [11]. De même, la recherche internationale fournit peu de données sur ce sujet.

Parmi les rares études sur la violence communautaire non-sexuelle envers les personnes âgées, certaines identifient les caractéristiques qui rendent un individu plus à risque. Une étude italienne a relevé que les aînés étaient plus à risque que les personnes plus jeunes d'être victimes de cambriolages à domicile, de vols à la tire et à l'arraché [12]. Il y a légèrement plus de femmes que d'hommes victimes d'agressions non-sexuelles, selon deux études, américaine et

japonaise [13,14]. Les personnes âgées diplômées de l'enseignement supérieur et avec un salaire élevé avaient plus de probabilités d'être victimes au Brésil et au Canada [15,16]. La qualité des liens dans le quartier était relevée comme un élément important dans l'étude japonaise précitée [14], et dans l'étude canadienne [16], qui a trouvé que les personnes âgées avec peu de liens dans le quartier et de capital social « lié à la possession durable d'un réseau de soutien, de relations sociales ou à l'appartenance à un groupe stable que l'individu peut mobiliser » [17] étaient plus à risque d'être victimes. Etre une victime âgée de violence communautaire peut avoir des conséquences à terme. Une étude [18] a relevé qu'un mois après l'agression, 65 % des victimes âgées estimaient que leur vie quotidienne en avait été affectée. Parmi les victimes ayant participé à la suite de l'étude, 40 % présentaient des troubles psychiques vraisemblablement liés à l'agression [18].

L'objectif de cette étude est d'investiguer la violence communautaire et ses conséquences sur les victimes âgées qui ont consulté l'Unité de médecine des violences (UMV) au CHUV, Suisse. L'UMV offre des consultations médico-légales pour adultes victimes de violences familiales, de couple ou communautaires. La plupart des patients sont adressés à l'UMV par les services des urgences où ils sont initialement pris en charge après l'agression. Les victimes peuvent être accueillies à l'UMV dans les 24–48 heures. Au cours d'une consultation, il s'agit alors d'établir la documentation médico-légale et d'orienter la personne au sein du réseau médico-psychosocial et juridique selon ses besoins.

Cette étude décrit (1) la population des victimes âgées de violence communautaire qui ont consulté l'UMV entre 2006 et 2016, (2) les caractéristiques des auteurs et des agressions et en déduit une typologie de violence communautaire vécue par les aînés, et (3) les conséquences de la violence communautaire identifiables au moment de la consultation à l'UMV.

Patients et méthodes

Revue exploratoire. Une recherche dans PubMed en anglais sur la violence communautaire non-sexuelle excluant la notion de confiance (trust) et d'elder abuse a identifié 111 articles publiés entre 2000 et fin 2019. Seuls 9 articles étaient pertinents pour notre étude.

La population de l'étude inclut tous les patients de 65 ans et plus ayant consulté l'UMV pour des violences communautaires entre janvier 2006 et décembre 2016 soit 94 victimes différentes. Cinq d'entre elles ont consulté l'UMV à deux reprises pour des agressions différentes, portant le nombre total de victimes et de consultations à 99.

Procédures et variables. Un tableau Excel anonymisé a été créé avec des données rétrospectives extraites de la base de données, des dossiers patients et des constats médico-légaux. Les données pour la variable « Type d'agression » ont été extraites du constat médico-légal de chaque victime et des catégories ont été formées. Les données pour la variable « Conséquences psychologiques de la violence communautaire » ont été extraites du dossier patient de chaque victime et des catégories ont été constituées en se basant sur les dires des victimes.

Analyses statistiques. Des statistiques descriptives ont été effectuées en utilisant Excel et STATA 2014 pour les variables numériques et présentées sous forme de sommes, médianes et pourcentages. Deux variables (Type d'agression ; Conséquences psychologiques de la violence communautaire) sont des données qualitatives et ont été soumises à une analyse de contenu thématique avec Excel.

Questions éthiques et confidentialité. Le protocole de recherche a été approuvé le 10 novembre 2017 par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (Vaud) (protocole 2018 00177).

Résultats

Caractéristiques des victimes

Entre 2006 et 2016, l'UMV a réalisé 6195 consultations, dont 155 (2,5 %) concernaient des victimes âgées de 65 ans et plus. De ces 155 consultations, 99 (63,9 %) concernaient des violences communautaires. Le délai entre l'agression et la consultation à l'UMV variait entre 0 et 255 jours avec un délai médian de 4 jours.

L'âge des victimes variait entre 65 et 94 ans avec un âge médian de 73 ans (Tableau 1). Légèrement plus de la moitié des victimes étaient des femmes. Dans 41,4 % ($n = 41$) des consultations, la victime avait déjà subi de la violence par le passé, dont 8,1 % par le même agresseur ($n = 8$), 36,4 % par un autre agresseur ($n = 36$), et 6,1 % ($n = 6$) aussi bien par le même que par un autre agresseur.

Caractéristiques des agresseurs et des agressions

Un acte de violence physique était le motif principal de consultation (98 % ; $n = 97$). Deux consultations étaient liées

Tableau 1 Caractéristiques des victimes ($n = 99$).

Caractéristiques	n (%)
Groupes d'âge	
65-74	65 (65,6 %)
75-84	27 (27,3 %)
85-94	7 (7,1 %)
Sexe	
Féminin	50 (50,5 %)
Masculin	49 (49,5 %)
Nationalités	
Suisse	81 (81,8 %)
UE/AELE ^a	15 (15,2 %)
États tiers ^b	3 (3,0 %)
Antécédent de violence (un antécédent de violence du même auteur ainsi que d'un autre auteur est possible)	
Même auteur	8 (8,1 %)
Autre auteur	36 (36,4 %)
Pas d'antécédent de violence	58 (58,6 %)

^a UE/AELE : Union européenne/Association européenne de libre-échange.

^b États tiers : Pays ne faisant pas partie de ceux soumis à l'Accord sur la libre circulation des personnes.

à de la violence psychologique (commentaires racistes ou abus financier avec des propos discriminatoires concernant l'âge avancé). La plupart des agresseurs étaient des hommes (77,8 % ; $n = 77$) et environ une agression sur six (16,2 %) était perpétrée par 2 auteurs ou plus. L'agresseur était inconnu de la victime dans 59,6 % ($n = 59$) des agressions. De ces 59 agressions, 72,9 % ($n = 43$) étaient perpétrées par un seul auteur, 13,6 % ($n = 8$) par deux auteurs et 6,8 % ($n = 4$) par plus de deux auteurs. Dans quatre situations, le nombre d'agresseurs n'était pas connu : les victimes avaient été frappées à la tête, trois étaient tombées et n'avaient pas vu les agresseurs et une ne se rappelait que partiellement de l'agression.

Les auteurs étaient connus de la victime dans 40,4 % ($n = 40$) des agressions. De ces 40 agressions, 90 % ($n = 36$) étaient perpétrées par un seul auteur, 7,5 % ($n = 3$) par 2 auteurs et 2,5 % ($n = 1$) par > 2 auteurs.

Les agressions ont eu lieu principalement entre 12h00 et 18h00 (49,5 % ; $n = 49$), n'importe quel jour de la semaine. La majorité des agressions (92,9 % , $n = 92$) ont été perpétrées avec un instrument contondant naturel (par exemple, gifle, coup de poing, coup de pied). Les autres instruments contondants utilisés dans 3 agressions (3,0 %) étaient des chaises et casseroles. L'instrument piquant/tranchant utilisé dans une agression était une bouteille en verre cassée. Les instruments utilisés dans 4 agressions et classés dans la catégorie « Autre » étaient un taser, un chapeau, des clés et des menottes. Des instruments différents ont pu être utilisés lors de la même agression.

Quand l'auteur était connu de la victime, le lieu de l'agression se situait principalement (70 % ; $n = 28$) au domicile ou aux alentours du domicile de la victime. Dans la moitié de ces cas ($n = 20$), l'auteur était un voisin.

Quand l'auteur était inconnu de la victime, les agressions avaient principalement lieu dans la rue ou des lieux publics (57,6 % ; $n = 34$) et dans 22,0 % ($n = 13$) des cas au domicile ou aux alentours du domicile de la victime. Le type d'agression perpétré par des inconnus est présenté dans le (Tableau 2).

Dans 14 agressions (23,7 %) perpétrées par des auteurs inconnus, la victime avait fait la morale à l'auteur juste avant l'agression. Dix de ces agressions étaient liées à la voiture ou au vélo. Deux exemples :

Une femme âgée, qui marchait près d'une aire de jeu, a trouvé des déchets à côté d'un groupe de jeunes hommes. En désignant les déchets, elle a dit « Ça, c'est vraiment trop ». Elle a fait mine de prendre une photo du groupe et des déchets avec son téléphone. Un jeune homme a dit « on

Tableau 2 Types d'agression perpétrés par des auteurs inconnus ($n = 59$).

Types d'agression	n
Vols et vols à la tire	15 (25,4 %)
Agression (la victime a fait la morale à l'auteur juste avant l'agression)	14 (23,7 %)
Intrusion au domicile/voiture/cabanas de jardin	9 (15,3 %)
Agression sans vol	7 (11,9 %)
Utilisation de la force physique par la police	5 (8,5 %)
Agression sur un chauffeur de taxi	3 (5,1 %)
Autre	6 (10,1 %)

ne va pas lui faire du mal, on pourrait, mais on ne le fera pas ». Les jeunes hommes lui ont demandé de leur donner son téléphone pour effacer les photos et elle a refusé. La femme âgée ne se souvenait pas de ce qu'il s'était passé ensuite, se réveillant dans le Service de neurochirurgie avec une plaie, un hématome et des dermabrasions au visage.

Alors qu'un homme âgé marchait sur le trottoir, un automobiliste dans une décapotable avançait par à-coups, mettant plein gaz et freinant brusquement. L'homme âgé s'est approché du conducteur et lui a dit qu'il était un imbécile. Le conducteur s'est mis à crier, a couru vers lui et l'a frappé d'un coup de pied aux jambes et de coups de poings au thorax et au visage.

Dans les vols à la tire, 10 cas (16,9 %) se sont déroulés dans la rue et 5 cas (8,5 %) près du lieu du domicile de la victime. Des 7 agressions sans vol, 4 (6,8 %) ont été perpétrées dans la rue et 3 (5,1 %) près du domicile de la victime.

Caractéristiques des conséquences des agressions

93,9 % ($n = 93$) des victimes ont pu retourner à domicile. Trois victimes étaient hospitalisées, une a été placée en résidence médico-sociale et une autre s'est rendue au domicile d'un tiers (Tableau 3).

Lésions

La plupart des lésions présentées par les victimes âgées étaient des hématomes et/ou des dermabrasions, localisées principalement à la tête (48,5 % ; $n = 48$) et aux membres supérieurs (47,5 % ; $n = 47$) (Tableau 4). Des fractures étaient la conséquence de 12 agressions (12,1 %), localisées aux membres supérieurs 6,1 % ($n = 6$), à la tête 4 % ($n = 4$), au thorax 2 % ($n = 2$) ou aux membres inférieurs 2 % ($n = 2$). Un

Tableau 3 Caractéristiques des conséquences selon si l'auteur est connu ou non de la victime ($n = 99$; Connu : $n = 40$; Inconnu : $n = 59$).

Caractéristiques	n (%)	
	Auteur Connu (%)	Inconnu (%)
Plainte déposée par la victime		
A déjà déposé plainte	17 (42,5 %)	35 (59,3 %)
Envisage de déposer plainte	16 (40,0 %)	15 (25,4 %)
Ne considère pas déposer plainte	2 (5,0 %)	2 (3,4 %)
Ne sait pas	5 (12,5 %)	7 (11,9 %)
Suite à la consultation à l'UMV, la victime a été référée vers		
Suivi psychologique ou psychiatrique	11 (27,5 %)	15 (25,4 %)
Orientations		
Domicile de la victime	39 (97,5 %)	55 (93,2 %)
Domicile d'un tiers	1 (2,5 %)	0
Établissement médico-social	0	1 (1,7 %)
Hospitalisation	0	3 (5,1 %)

Tableau 4 Caractéristiques des lésions (n = 99).

Caractéristiques des lésions	n (%)
Localisation des lésions	
Tête	48 (48,5 %)
Cou	8 (8,1 %)
Thorax	29 (29,3 %)
Abdomen	7 (7,1 %)
Membres supérieurs	47 (47,5 %)
Membres inférieurs	29 (29,3 %)
Nature des lésions	
Abrasion	60 (60,6 %)
Hématome	78 (79,8 %)
Plaie suturée	23 (23,2 %)
Fracture	12 (12,1 %)

tiers (33,3 % ; n = 4) des agressions menant à des fractures étaient le fait d'auteurs connus. Les types d'agression menant aux fractures étaient très diverses. L'âge médian des victimes était 71 ans, il s'agissait principalement d'hommes (66,7 % ; n = 8).

Dépôts de plainte

Au moment de la consultation à l'UMV, un peu plus de 80 % des victimes avaient déjà déposé plainte ou envisageaient de le faire. Les victimes d'auteurs inconnus étaient plus susceptibles d'avoir déjà déposé plainte que les victimes d'auteurs connus.

Conséquences psychologiques de la violence communautaire

Dans 71,7 % des consultations (n = 71), les victimes ont mentionné des impacts psychologiques de la violence communautaire, temps médian de 4 jours après l'agression,

principalement de l'anxiété et des difficultés ou troubles de sommeil (Fig. 1). Après la consultation à l'UMV, 26,3 % (n = 26) des victimes ont été référées vers un psychologue ou psychiatre.

Discussion

Cette étude nous amène à plusieurs constatations clés concernant la violence communautaire et ses conséquences sur les victimes âgées qui ont consulté l'UMV.

Caractéristiques des victimes

Seuls 2,5 % des adultes qui ont consulté l'UMV sont âgés. Quelques hypothèses concernant ce pourcentage proportionnellement bas des victimes âgées peuvent être émises. Malgré le fait que l'UMV est ouverte aux victimes de tout type de violence, les victimes âgées sont adressées principalement à la suite d'une agression physique (98 %). Or, selon une étude suisse [19] examinant les victimes âgées ayant contacté l'autorité indépendante d'examen des plaintes pour l'âge avancé de Zurich, la violence physique n'était rapportée que dans 30 % des cas, les violences étant principalement psychologiques (47 %) et financières (35 %). Une autre hypothèse est que les victimes âgées consultent d'autres professionnels de la santé (médecins de famille, psychologues ou psychiatres). Néanmoins, cette hypothèse ne semble pas expliquer entièrement ce phénomène, le pourcentage plus faible de personnes âgées ayant aussi été observé dans les Centres LAVI, où seules 6,3 % des victimes de tout type de violence étaient âgées de 65 ans et plus [10]. Les personnes âgées seraient aussi « plus enclines à se blâmer elles-mêmes et à ne pas signaler une infraction » [18] ou à tenter de cacher la violence dont elles sont victimes [20], probablement par peur des répercussions, comme celle d'être placée dans une

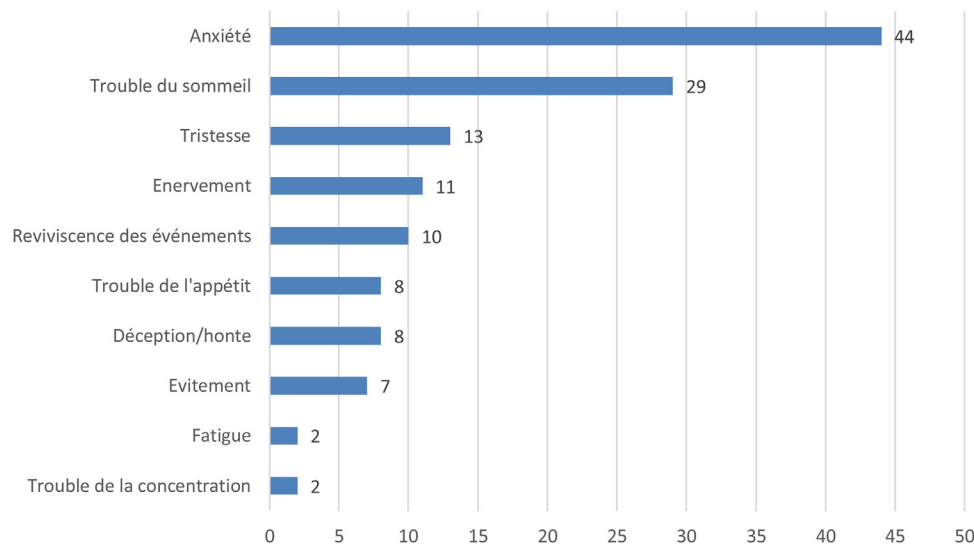


Figure 1 Conséquences psychologiques rapportées par les victimes âgées de violence communautaire (temps médian de 4 jours post agression).

résidence médico-sociale. Ce risque est réel, selon une étude américaine [21], qui relève que la « victimisation découlant d'un crime violent augmente le risque d'un placement en résidence médico-sociale ».

Dans notre étude, le pourcentage de victimes femmes et hommes est similaire, alors que les victimes de < 65 ans qui consultent l'UMV pour violence communautaire sont majoritairement des hommes. Ce constat est également celui d'une étude canadienne où les adultes jeunes victimes étaient davantage des hommes [13].

Dans notre étude, plus de la moitié des victimes (58,6 %) n'ont pas rapporté d'antécédents d'agression. Ces personnes âgées victimes pour la première fois pourraient, selon une étude danoise, être à risque d'être à nouveau victimes [22]. Cette même étude montre que sur une période de 11 ans, parmi les patients consultant un service d'urgence en tant que victimes de violence pour la première fois, un des facteurs prédisant une victimisation future était le fait d'être retraité.

Caractéristiques des agresseurs et des agressions

Dans notre étude, la plupart des auteurs étaient des hommes (77,8 %), ce qui est similaire aux résultats d'autres études [23,24]. Les caractéristiques des agressions variaient selon que l'auteur ait été connu ou inconnu de la victime. Les auteurs étaient connus de la victime dans plus d'un tiers des agressions. Ces agressions avaient lieu principalement au domicile ou aux alentours du domicile de la victime. Dans la moitié de ces cas, l'auteur était un voisin, soulevant la question d'un retour à domicile en sécurité. Comme deux études l'ont relevé, une japonaise et l'autre canadienne [14,16], la qualité du réseau social de proximité est importante. En effet, en comparaison aux personnes ayant peu de contacts de voisinage, celles qui entretenaient des liens forts avec des voisins étaient moins nombreuses à être victimes d'agression.

Notre étude a relevé que le fait de faire la morale à des inconnus, en particulier à des automobilistes, apparaissait comme un élément déclencheur chez les personnes âgées d'être victimes de violence communautaire. Presque un quart des victimes âgées avaient fait la morale au futur auteur juste avant l'agression, le plus souvent lié à la voiture ou parfois au vélo. Être victime de la rage au volant ne semble pas être une expérience inhabituelle [25]. Une autre étude [26] a relevé que la plupart « des cas de rage au volant étaient dus à des changements de voie et des conflits au sujet de places de parking ou de gestes impolis » et que la plupart des victimes étaient des passagers ou des conducteurs, ce qui est en accord avec nos résultats. Une étude allemande [27] a souligné que les parties en conflit n'avaient pas de lien antérieur, ce qui est également en accord avec nos résultats.

Les jeunes adultes sont plus souvent victimes de violence quand ils font la fête la nuit [28,29]. En comparaison, selon nos résultats, les personnes âgées sont plus souvent victimes d'agression dans l'après-midi à leur domicile ou aux alentours de leur domicile par un auteur connu ou dans la rue par un auteur inconnu. Le vol à la tire, les cambriolages et les intrusions au domicile, dans la voiture ou dans des cabanes de jardin étaient les types d'agression les plus fréquents. Une observation similaire est faite dans une étude italienne,

où les personnes âgées étaient plus à risque que les plus jeunes d'être victimes de cambriolage au domicile, de vols à la tire et de vols à l'arraché [12]. La prévention pour les personnes âgées doit donc être différenciée de la prévention pour les adultes plus jeunes. Des efforts de prévention ciblée ont été faits en Suisse [30,31] et notre étude confirme l'importance de continuer à développer ces actions préventives.

Caractéristiques des conséquences des agressions

Une agression physique était le motif principal de consultation à l'UMV. Pourtant, plus de 2/3 des victimes ont mentionné des impacts psychologiques de la violence communautaire au moment de la consultation, principalement de l'anxiété et des troubles du sommeil, parmi d'autres. Une des limitations de la présente étude est l'absence de données sur les conséquences à court/moyen/long terme des agressions. Toutefois, d'autres études ont montré que le fait d'être victime de la violence peut entraîner des implications sérieuses pour la santé mentale des personnes âgées, 27 % pouvant présenter des symptômes psychologiques significatifs 3 mois après l'agression, selon une étude anglaise [18]. Sans traitement, il y avait peu d'amélioration à 3 mois et 6 mois après l'agression. Une étude allemande [32] a relevé que l'exposition à la violence dans les 12 derniers mois est un facteur de risque pour l'anxiété et la dépression. Un groupe international [33] a trouvé qu'une exposition plus élevée à la violence était associée à une diminution de la mémoire à court terme et un contrôle cognitif abaissé. Une étude sur la violence sur le lieu de travail [34] a montré que la sévérité de la détresse psychologique initiale après une agression augmentait la sévérité des conséquences possibles sur la santé à long terme. Les professionnels devraient être attentifs à la possibilité d'un impact psychologique élevé chez les victimes d'une agression, même si les lésions sont légères.

La localisation des lésions dans notre étude touchait principalement la tête et les membres supérieurs, similaire à celle des victimes adultes jeunes [35]. La nature des lésions n'était pas anodine, 23,2 % des victimes âgées présentant une lésion nécessitant des sutures, et 12,1 % ayant souffert d'une fracture. Ceci est d'autant plus sérieux que les personnes âgées, plus sujettes que les jeunes à l'ostéoporose et à la prise d'anticoagulants, peuvent présenter des conséquences aggravées suite à l'agression.

La majorité des victimes (59,3 %) avait déjà déposé plainte avant la consultation à l'UMV quand l'auteur était inconnu, contrairement à 42,5 % quand l'auteur était connu. Orienter les victimes vers un Centre LAVI devrait être systématique afin qu'elles soient informées de leurs droits et bénéficient de conseils juridiques spécifiques.

Conclusion

Notre étude aborde la violence communautaire envers les aînés, sujet pour lequel il y a peu de littérature. Pourtant, comme le montrent nos résultats comparés à ceux de la littérature internationale, les victimes âgées de violence

communautaire et les caractéristiques des agressions présentent des aspects et répercussions différents comparés à celles des victimes plus jeunes. Par exemple, la moitié des victimes âgées de violence communautaire ont été agressées par des voisins. Davantage de recherches s'intéressant aux victimes âgées permettraient de mieux identifier les facteurs de risque, d'élaborer des stratégies de prévention et de prises en charge spécifiques pour cette classe d'âge [36]. Il ressort également de notre étude que malgré le fait qu'une agression physique était la raison principale pour une consultation à l'UMV, plus de 2/3 des victimes âgées ont mentionné des impacts psychologiques de cette violence communautaire. Il importe donc que le soignant de premier recours, qui examine une victime âgée suite à une violence physique, évalue également les symptômes psychiques. Le cas échéant, l'orientation vers un professionnel de la santé mentale devrait être encouragée. Ces diverses particularités des victimes âgées suggèrent l'importance et la nécessité d'une collaboration étroite entre les Unités de médecine des violences et les psychiatres de l'âge avancé.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] World Health Organization. Definition and typology of violence 2020 [Available from: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>].
- [2] O.M.S.. Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS. Genève: OMS; 2002: 6.
- [3] Abt TP. Towards a framework for preventing community violence among youth. *Psychol Health Med* 2017;22(sup1):266–85.
- [4] Motley R, Sewell W, Chen YC. Community violence exposure and risk taking behaviors among black emerging adults: a systematic review. *J Community Health* 2017;42(5):1069–78.
- [5] OMS. Violence, traumatismes et incapacités 2022 [Available from: <http://www.emro.who.int/fr/violence-injuries-disabilities/violence/>].
- [6] O.M.S.. Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS. Genève: OMS; 2002: 7.
- [7] La croissance démographique de la Suisse s'est maintenue en 2016 [press release]. Confédération suisse 2017.
- [8] Office fédéral de la statistique. Scénarios de l'évolution de la population selon les groupes d'âges 2020 [Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.assetdetail.12107018.html>].
- [9] Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (Loi sur l'aide aux victimes, LAVI), (2019).
- [10] Office fédéral de la statistique. Consultations des victimes selon le sexe, l'âge et la nationalité 2019 [Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.8166957.html>].
- [11] Office fédéral de la statistique. Violence domestique: Personnes lésées selon l'âge et le sexe 2020 [Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/police/violence-domestique.assetdetail.12327153.html>].
- [12] Terranova C, Bevilacqua G, Zen M, Montisci M. Crimes against the elderly in Italy, 2007-2014. *J Forensic Leg Med* 2017;50:20–7.
- [13] Powers RA. Predictors of self-protective behaviors in non-sexual violent encounters: the role of victim sex in understanding resistance. *Soc Sci Res* 2014;48:279–94.
- [14] Takagi D, Ikeda K, Kawachi I. Neighborhood social capital and crime victimization: comparison of spatial regression analysis and hierarchical regression analysis. *Soc Sci Med* 2012;75(10):1895–902.
- [15] Alencar Junior FO, Moraes JR. Prevalence and factors associated with violence against elderly committed by strangers, Brazil, 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2018;27(2):e2017186.
- [16] Amegbor PM, Rosenberg MW, Kuuire VZ. Does place matter? A multilevel analysis of victimization and satisfaction with personal safety of seniors in Canada. *Health Place* 2018;53:17–25.
- [17] Akoun AeA, Pierre (ss la dir). Dictionnaire de sociologie. Paris: Le Robert/Seuil; 1999.
- [18] Serfaty M, Ridgewell A, Drennan V, Kessel A, Brewin CR, Leavey G, et al. Helping aged victims of crime (the HAVoC Study): common crime, older people and mental illness. *Behav Cogn Psychother* 2016;44(2):140–55 [Les citations sont traduites de l'anglais par les auteurs de l'article].
- [19] Lacher S, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly* 2016;146 [w14273].
- [20] Sandmoe A, Kirkevold M. Nurses' clinical assessments of older clients who are suspected victims of abuse: an exploratory study in community care in Norway. *J Clin Nurs* 2011;20(1–2):94–102.
- [21] Lachs M, Bachman R, Williams CS, Kossack A, Bove C, O'Leary JR. Violent crime victimization increases the risk of nursing home placement in older adults. *Gerontologist* 2006;46(5):583–9 [Les citations sont traduites de l'anglais par les auteurs de l'article].
- [22] Faergemann C, Lauritsen JM, Brink O, Mortensen PB. Do repeat victims of interpersonal violence have different demographic and socioeconomic characters from non-repeat victims of interpersonal violence and the general population? A population-based case-control study. *Scand J Public Health* 2010;38(5):524–32.
- [23] Stanton B, Baldwin RM, Rachuba L. A quarter century of violence in the United States. An epidemiologic assessment. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20(2):269–82.
- [24] Okulate GT. Interpersonal violence cases reported to the police: a Nigerian study. *J Interpers Violence* 2005;20(12):1598–610.
- [25] Asbridge M, Butters J. Driving frequency and its impact on road rage offending and victimization: a view from opportunity theory. *Violence Vict* 2013;28(4):602–18.
- [26] Smart RG, Mann RE. Deaths and injuries from road rage: cases in Canadian newspapers. *CMAJ* 2002;167(7):761–2 [Les citations sont traduites de l'anglais par les auteurs de l'article].
- [27] Pfeiffer JL, Puschel K, Seifert D. Interpersonal violence in road rage. cases from the medico-legal center for victims of violence in Hamburg. *J Forensic Leg Med* 2016;39:42–5.
- [28] Felson RB. Routine activities and involvement in violence as actor, witness, or target. *Violence Vict* 1997;12(3):209–21.
- [29] Fischer BS, Sloan JJ, Cullen FT, Lu C. Crime in the ivory tower: the level and sources of student victimization. *Criminology* 1998;36:671–710.
- [30] Conseils de prévention de la criminalité - Sécurité des 50 et+ Prévention suisse de la criminalité ed. Neuchâtel 2004.
- [31] Kriminalprävention S. Sicherheit im Alter. 3 ed: Schweizerische Kriminalprävention; 2013.
- [32] Csoff RM, Brahler E, Lindert J. [Anxiety and depressive symptoms and exposition towards violence in the general older population (between 60 and 84 years) in Germany - results from a cross-sectional study]. *Gesundheitswesen* 2014;76(6):e23–31.

- [33] Bogliacino F, Grimalda G, Ortoleva P, Ring P. Exposure to and recall of violence reduce short-term memory and cognitive control. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2017;114(32):8505–10.
- [34] De Puy J, Romain-Glassey N, Gut M, Wild P, Mangin P, Danuser B. Clinically assessed consequences of workplace physical violence. *Int Arch Occup Environ Health* 2015;88(2):213–24.
- [35] Kjaerulff H, Jacobsen J, Aalund O, Albrektsen SB, Breiting VB, Danielsen L, et al. Injuries due to deliberate violence in areas of Denmark. III. Lesions. *Forensic Sci Int* 1989;41(1):169–80.
- [36] Kelsay JD, Tillyer MS, Tillyer R, Ward JT. The violent victimization of children, adolescents, adults, and the elderly: situational characteristics and victim injury. *Violence Vict* 2017;32(2):342–61.