



Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Synthèse de connaissances

Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne

Direction du développement des individus
et des communautés

Juin 2013

AUTEURS

Julie Laforest, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Pierre Maurice, M.D., chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Marie Beaulieu, Ph. D.
Titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées
Centre de recherche sur le vieillissement
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Université de Sherbrooke

Louise Belzile, étudiante au doctorat en gérontologie
Centre de recherche sur le vieillissement
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Université de Sherbrooke

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Florence Niquet
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Sophie Michel
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

La réalisation de cette étude a été possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-68526-5 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-68527-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à souligner la contribution exceptionnelle des personnes et des organismes membres du comité consultatif :

- Marie Beaulieu et Louise Belzile, Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Université de Sherbrooke
- Marie-Josée Cantin et Gabriela Bezzi, Secrétariat aux aînés, ministère de la Santé et des Services sociaux
- Caroline Caux et Marthe Hamel, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
- Denise Gagné, M.D., Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale;
- Sarita Israël, Centre de santé et de services sociaux Cavendish
- Véronique Laveau, Direction des personnes âgées, ministère de la Santé et des Services sociaux
- Ruth Pilote, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- Mark Yaffe, M.D., Université McGill et Centre hospitalier de Saint-Mary

Leur expertise, leur accompagnement et leur grande disponibilité tout au long de la réalisation de la synthèse des connaissances ont permis d'orienter le projet en tenant compte des enjeux propres au Québec et des connaissances scientifiques au regard de la maltraitance envers les personnes âgées. Leurs précieux commentaires lors de la validation du document ont été particulièrement appréciés.

Il convient également de souligner l'implication et la collaboration généreuse de Marie Beaulieu et de Louise Belzile de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. Leur contribution, non seulement à titre de membres du comité consultatif, mais également dans l'analyse et la rédaction, particulièrement dans le chapitre portant sur les outils de détection, a grandement enrichi ce document.

Enfin, nos remerciements vont aux collègues de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui ont pris le temps de commenter une version préliminaire du document. Il s'agit de Karine Baril, Louise Marie Bouchard, Réal Morin et André Tourigny. Leurs questions et leurs commentaires extrêmement pertinents ont contribué à bonifier ce rapport. Un merci à Florence Niquet et Sophie Michel pour la mise en page et la révision linguistique du document.

RÉSUMÉ

La maltraitance commise envers des personnes âgées est de plus en plus reconnue au Québec comme un problème social et de santé dont il faut se préoccuper (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). La prévalence de la maltraitance et ses conséquences sur le bien-être physique et mental des aînés en font un important problème de santé qui doit être détecté précocement. À cet effet, comme les personnes âgées sont fréquemment en contact avec le réseau de la santé et des services sociaux, il est nécessaire d'en impliquer les intervenants de première ligne (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.).

Afin de soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans une offre de services visant à déceler précocement les premiers signes de maltraitance envers des aînés, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de réaliser une synthèse de connaissances sur le sujet.

L'objectif général poursuivi dans cette synthèse est donc de faire état des connaissances scientifiques concernant la recherche par des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en première ligne des cas de maltraitance envers des aînés vivant à domicile. Pour atteindre cet objectif, les quatre questions de recherche suivantes sont examinées :

1. Quelles sont les **recommandations** émises par les organisations et les experts concernant la recherche de cas?
2. Quels sont les **facteurs** qui influencent la recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux?
3. Quels sont les **outils** existants destinés aux professionnels de la santé et des services sociaux pour faciliter la détection des cas de maltraitance envers les personnes âgées et quelle est la validité de ces outils?
4. Quelle est l'**efficacité des interventions** visant à augmenter la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux?

Pour répondre à ces questions, la stratégie de recherche documentaire a été organisée à partir de trois composantes principales du sujet à l'étude soit la population âgée, la maltraitance et la recherche de cas. Des bases de données dans le domaine de la santé et des sciences sociales ont été interrogées pour la période entre 2000 et 2011. Les articles pertinents ont été sélectionnés à partir de critères d'inclusion et d'exclusion prédéterminés. Un total de 114 articles contribuant à répondre à une ou plusieurs des questions énumérées ci-dessus ont été retenus.

Une synthèse narrative des articles sélectionnés a été réalisée en prenant appui sur un cadre d'analyse comprenant quatre catégories de facteurs susceptibles d'influencer la recherche de cas. Il s'agit du contexte sociolégal, des facteurs organisationnels, des facteurs professionnels et des facteurs liés à l'aîné et à son entourage.

Recommandations en vigueur

Bien que les connaissances scientifiques en matière de maltraitance demeurent partielles, la nécessité que les professionnels de la santé et des services sociaux en contact avec des aînés recherchent et détectent les cas de maltraitance dans leur clientèle ressort des recommandations en vigueur, et ce, dans une variété de milieux cliniques (clinique ambulatoire, milieu hospitalier, à domicile). Cependant, la clientèle à cibler (tous les aînés, uniquement ceux présentant des signes et symptômes ou des facteurs de risque, les proches ou uniquement les aidants) et l'approche à préconiser pour détecter les situations de maltraitance font moins l'unanimité.

Facteurs influençant la recherche de cas

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'affecter la recherche de cas de maltraitance commise envers des aînés. Parmi les facteurs professionnels, la méconnaissance de la problématique, l'influence de leur formation, certaines pratiques (par exemple ne pas poser systématiquement des questions sur la maltraitance à l'aîné) et les attitudes (par exemple la non-reconnaissance d'un rôle ou d'une responsabilité quant à la détection) apparaissent comme les principales barrières. Bien que les facteurs liés aux professionnels soient les plus étudiés, il semble aussi important de considérer certaines caractéristiques des aînés et de leur entourage (par exemple les difficultés à dévoiler, les troubles cognitifs et la nature de la relation entre l'aîné et un proche aidant) qui peuvent complexifier la recherche de cas. Enfin, le contexte clinique dans lequel le professionnel évolue et la présence de conditions organisationnelles facilitant la détection et la prise en charge des aînés qui subissent de la maltraitance (outils, protocoles, offre de formation, etc.) sont des facteurs également importants à considérer.

Outils de détection

Quinze outils de détection et d'évaluation de la maltraitance ont été repérés et analysés. Le principal critère d'inclusion des outils était la validation de leurs propriétés psychométriques.

Cinq outils repérés proviennent des États-Unis, où le cadre législatif rend obligatoire le signalement aux autorités des cas de maltraitance à l'endroit de personnes âgées. Quatre ont été développés ou validés au Québec, tandis que les autres proviennent d'Israël, de l'Australie, de l'Espagne, du Mexique et de Taiwan.

En ce qui concerne la méthode de collecte de l'information privilégiée dans les instruments, sept examinent la possibilité de maltraitance directement auprès des aînés, six s'attardent à la situation de maltraitance, mais évaluent aussi l'environnement et les relations de l'aîné avec l'entourage, tandis que les deux derniers visent à détecter les aidants maltraitants en les questionnant directement. Les outils ont été conçus pour être utilisés à domicile, à l'urgence, en clinique ambulatoire par des médecins, des infirmières ou des travailleurs sociaux.

Malgré les nombreux outils recensés et le caractère prometteur de certains, il s'avère qu'aucun ne répond aux exigences de l'ensemble des contextes cliniques. Même si certaines propriétés psychométriques sont connues, on remarque une variabilité dans les types de validité documentés et dans les résultats obtenus. En attendant d'autres validations

à plus grande échelle, les outils de détection de la maltraitance envers les aînés doivent donc être utilisés avec prudence et être considérés essentiellement comme des aides à l'évaluation clinique. En aucun cas, ils ne peuvent remplacer une démarche fondée sur un jugement clinique global et une évaluation plus approfondie de la situation de l'aîné.

Interventions visant à augmenter la recherche de cas

Seulement six études évaluant l'efficacité d'une intervention ont été recensées. Toutes portaient sur des interventions éducationnelles. Ces études démontrent que ce type d'intervention permet d'améliorer les connaissances et de modifier les attitudes des professionnels quant à la maltraitance des aînés et la prise en charge (détection, signalement, suivi). Il importe cependant de souligner qu'il n'a pas été démontré que l'acquisition de connaissances se traduit par une augmentation de la pratique de recherche de cas. En ce qui a trait aux habiletés nécessaires, il semble qu'une dimension pratique à la formation initiale des professionnels puisse les améliorer. D'autres évaluations sont cependant nécessaires.

Discussion et conclusion

Il apparaît clairement que les connaissances scientifiques sur la recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées demeurent à parfaire et à approfondir. Malgré les limites relevées concernant les interventions éducationnelles et les outils de détection, un consensus se dégage en faveur d'une nécessité d'impliquer le milieu clinique pour contrer le problème de maltraitance vécue par les personnes âgées. En ce sens, la formation adéquate et continue des professionnels de la santé et des services sociaux appelés à côtoyer des aînés s'avère essentielle pour les sensibiliser au phénomène de la maltraitance ainsi que pour améliorer leurs connaissances et leur capacité à repérer et à intervenir auprès des personnes qui vivent de telles situations. Les résultats de la synthèse ont cependant mis en lumière que la formation ou le seul recours à un outil n'entraînent pas nécessairement des changements de pratique et que des mesures organisationnelles sont essentielles pour soutenir la recherche de cas. En ce qui a trait aux outils de détection, même si la promotion de leur utilisation est susceptible de contribuer à la détection des aînés qui vivent de la maltraitance, notamment en sensibilisant les professionnels, aucun ne permet de détecter la maltraitance hors de tout doute. Ils doivent donc être utilisés avec prudence.

Au Québec, trois milieux cliniques de première ligne sont névralgiques pour rejoindre les aînés et devraient par conséquent être ciblés : les cliniques ambulatoires, les services de soutien et de soins à domicile et les urgences des hôpitaux. Ces milieux constituent les principaux points de contact des aînés avec le système de soins de première ligne. La synthèse démontre qu'il n'existe pas de formule unique convenant à tous les types de professionnels et à tous les milieux cliniques. La stratégie la plus prometteuse est donc basée sur l'adaptation des outils et autres mesures de soutien des professionnels tout en optimisant les propriétés psychométriques des outils de détection.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES FIGURES	XI
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XIII
INTRODUCTION.....	1
1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Vieillesse de la population	3
1.2 Définition de la maltraitance commise envers des aînés	3
1.3 Ampleur de la maltraitance envers des aînés	4
1.3.1 Maltraitance autorapportée.....	4
1.3.2 Criminalité commise envers des aînés	5
1.3.3 Violence conjugale chez les aînés.....	5
1.4 Facteurs de risque de maltraitance envers des aînés	6
1.5 Stratégies de prévention de la maltraitance envers des aînés.....	7
1.5.1 Dépistage et recherche de cas	9
1.5.2 Mesures de protection : le signalement	9
1.6 Initiatives québécoises pour contrer la maltraitance envers les personnes aînés	10
2 QUESTIONS DE RECHERCHE ET MÉTHODE.....	13
2.1 Questions de recherche	13
2.2 Cadre d'analyse	13
2.2.1 Aîné à domicile.....	13
2.2.2 Première ligne	14
2.2.3 Recherche de cas	14
2.2.4 Types de facteurs à considérer dans la recherche de cas de maltraitance envers des aînés.....	15
2.3 Méthodologie	17
2.3.1 Recherche documentaire	17
2.3.2 Sélection des articles.....	19
2.3.3 Analyse et résumé de la documentation scientifique	20
2.4 Comité consultatif.....	21
3 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS	23
3.1 Rôle du professionnel de la santé	23
3.2 Milieu clinique ciblé	24
3.3 Approches de détection préconisées.....	24

4	FACTEURS À CONSIDÉRER DANS LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS DES ÂÎNÉS	25
4.1	Facteurs liés aux aînés et à leur entourage	25
4.1.1	Difficultés du dévoilement	25
4.1.2	Troubles cognitifs.....	26
4.1.3	Relation de l'aîné avec son entourage	26
4.2	Facteurs en lien avec les professionnels	26
4.2.1	Connaissances et perceptions au regard de la problématique	27
4.2.2	Pratiques et attitudes des professionnels	29
4.3	Facteurs organisationnels.....	29
4.3.1	Référence, suivi et intervention	31
4.4	Facteurs sociolégaux.....	31
5	OUTILS DE DÉTECTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS DES ÂÎNÉS	33
5.1	Description des outils.....	33
5.1.1	Outils de détection de la maltraitance envers des aînés.....	36
5.1.2	Outils d'évaluation de la maltraitance envers des aînés	40
5.1.3	Outils visant à détecter le risque de maltraitance envers des aînés	46
5.2	Analyse des outils.....	47
5.2.1	Propriétés psychométriques.....	47
5.2.2	Formes de maltraitance commise envers des aînés	47
5.2.3	Contexte clinique	48
5.2.4	Clinique ambulatoire	50
5.2.5	Salle d'urgence	50
5.2.6	Services sociaux ou à domicile	50
6	INTERVENTIONS VISANT À AUGMENTER LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS DES ÂÎNÉS	53
6.1	Interventions éducationnelles	53
6.1.1	Connaissances	54
6.1.2	Attitudes.....	55
6.1.3	Habilités.....	56
6.1.4	Comportements	56
6.2	Protocoles encadrant la recherche de cas de maltraitance envers des aînés	57
6.3	Cadre législatif	59
7	DISCUSSION	61
7.1	Comment favoriser la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux?	61
7.2	Implication pour le réseau québécois de la santé et des services sociaux	65
7.3	Au-delà de la détection des victimes, la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées.....	66
7.4	Limites de la démarche suivie.....	67
	CONCLUSION	69
	RÉFÉRENCES	71

ANNEXE 1	SÉLECTION DES ÉTUDES	83
ANNEXE 2	ANALYSE DES OUTILS DE DÉTECTION	87
ANNEXE 3	DÉFINITION DES EFFETS DES INTERVENTIONS ÉDUCATIONNELLES	91
ANNEXE 4	TABLEAU DES INTERVENTIONS ÉDUCATIONNELLES SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎÉS	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Aperçu des interventions et de leur efficacité pour prévenir ou réduire la maltraitance envers les personnes âgées.....	8
Tableau 2	Composantes de la stratégie de recherche documentaire et mots clés utilisés	18
Tableau 3	Critères d'admissibilité des études.....	19
Tableau 4	Liste des outils de détection et d'évaluation de la maltraitance commise envers des aînés	34
Tableau 5	Contexte clinique d'utilisation des outils de détection de la maltraitance et validation des propriétés psychométriques	49
Tableau 6	Efficacité des interventions éducationnelles, selon les effets évalués	54
Tableau 7	Nombre de références selon les bases bibliographiques ou l'interface	85
Tableau 8	Grille d'analyse des outils de détection.....	89
Tableau 9	Définition des propriétés psychométriques considérées dans l'analyse des outils de détection	90
Tableau 10	Définition des effets mesurés dans les interventions destinées aux professionnels de la santé et des services sociaux.....	93
Tableau 11	Tableau des interventions éducationnelles sur la maltraitance envers les aînés	97
Tableau 12	Évaluation des protocoles de recherche de cas de la maltraitance envers des aînés	101

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Facteurs à considérer dans la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne.....	16
----------	---	----

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AMA	American Medical Association/Association médicale américaine
APS	Adult Protective Services/Protection des adultes vulnérables
CASE	<i>Caregiver Abuse Scale</i>
CTS	<i>Conflict Tactics Scale</i>
EAI	<i>Elder Abuse and Neglect Instrument</i>
EASI	<i>Elder Abuse Suspicion Index</i>
EDMA	<i>Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes</i>
E-IOA	<i>Expanded Indicators of Abuse</i>
EPAS	<i>Elder's Psychological Abuse Scale</i>
FVOW	<i>Family Violence against Older Women</i>
GMS	<i>Geriatric Mistreatment Scale</i>
HS/EAST	<i>Elder Abuse Screening Test</i>
IOA	<i>Indicators of Abuse</i>
MCTS	<i>Modified Conflict Tactics Scale</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MSP	Ministère de la Sécurité publique
OAPAM	<i>Older Adult Psychological Abuse Measure</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNSP	Programme national de santé publique
QUALCARE	<i>Quality of Care Scale/Qualité des soins</i>
SVS	<i>Social vulnerability scale for older adults</i>
USPSTF	US Preventive Services Task Force
VASS	<i>Vulnerability to Abuse Screening Scale</i>

INTRODUCTION

La maltraitance commise envers des personnes âgées est de plus en plus reconnue au Québec comme un problème social et de santé dont il faut se préoccuper (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). La prévalence de la maltraitance et ses conséquences sur le bien-être physique et mental des aînés en fait un important problème de santé qui doit être détecté précocement (Wolf et collab., 2002). Les personnes âgées sont plus fréquemment en contact avec le réseau de la santé et des services sociaux, notamment en raison de l'augmentation des maladies chroniques (Institut canadien d'information sur la santé, 2011a), des troubles cognitifs et des incapacités fonctionnelles associés au vieillissement. Il est donc nécessaire que les intervenants de première ligne soient en mesure de rechercher et reconnaître les cas de maltraitance dans la population âgée. D'ailleurs, il s'agit d'un problème suffisamment fréquent pour que des professionnels de la santé et des services sociaux y soient confrontés sur une base régulière (Lachs et Pillemer, 2004).

Afin de guider l'offre de services visant à détecter précocement les signes de maltraitance envers des aînés, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat suivant : faire état des connaissances scientifiques sur la recherche de cas de maltraitance envers des aînés vivant à domicile par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne.

Après avoir fait état de la problématique, des questions de recherche et de la méthodologie utilisée, les résultats de la synthèse seront présentés. Dans un premier temps, les principales recommandations en vigueur sur la recherche de cas seront résumées. Ensuite, les facteurs influençant la recherche de cas ainsi que les outils de détection de la maltraitance envers des aînés seront décrits. Enfin, l'efficacité des interventions visant l'augmentation du recours à la recherche de cas conclura la section des résultats. Une discussion portant sur les enjeux soulevés par la présente synthèse des connaissances pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec terminera le rapport.

1 PROBLÉMATIQUE

1.1 VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

À l'image des autres pays industrialisés, on note un accroissement du nombre et de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec. De 2000 à 2013, la proportion de femmes âgées de 65 ans et plus dans la population québécoise est passée de 14,9 % à 18,5 %, tandis que le pourcentage d'hommes est passé de 10,7 % à 14,9 %¹. D'ailleurs, la structure par âge de la population du Québec est appelée à se modifier davantage. On estime que la proportion des Québécois âgés de 65 ans et plus atteindra 26 % de la population totale en 2031 (Institut de la statistique du Québec, 2011).

Il faut cependant prendre en compte que le vieillissement fait référence à des réalités qui se vivent différemment selon le genre, le niveau d'autonomie, les conditions socioéconomiques, les générations de personnes âgées, le lieu de résidence et la culture (Cardinal et collab., 2008). Ainsi, lorsqu'on fait référence à la catégorie « aînés », il est question d'un groupe non homogène. Par ailleurs, la notion même d'aîné ne fait pas consensus dans les écrits scientifiques. L'âge à partir duquel une personne atteint le statut d'aîné varie considérablement d'une étude à l'autre, mais habituellement il se situe entre 60 et 70 ans. Au Québec, on considère habituellement que les personnes âgées de 65 ans et plus appartiennent à la catégorie « aînée ».

1.2 DÉFINITION DE LA MALTRAITANCE COMMISE ENVERS DES AÎNÉS

La définition de la maltraitance retenue dans cette synthèse est celle adoptée par le gouvernement du Québec dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* et elle se lit comme suit : « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il y devrait avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée » (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

Cette définition est inspirée de celle adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé à la suite de la Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés (Wolf et collab., 2002). Un certain consensus existe dans la société civile, parmi les instances politiques, chez les praticiens et dans la communauté scientifique autour de cette définition.

La maltraitance commise envers des aînés constitue un phénomène complexe comprenant diverses facettes et pouvant se manifester de plusieurs façons (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Les formes de maltraitance suivantes, bien que non exhaustives, sont les types les plus souvent évoqués dans la documentation scientifique. Il s'agit de la **négligence**, de la **violence physique ou sexuelle**, de la **maltraitance psychologique ou émotionnelle**, de l'**exploitation financière ou matérielle** et de la **violation des droits de la personne** (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Concrètement, ces formes de maltraitance peuvent se traduire par des coups, des attouchements sexuels, des insultes,

¹ Base *Éco-Santé Québec 2012-2013*, pages consultées en avril 2013 de <http://www.ecosante.fr>.

des menaces, de la fraude, de la discrimination, l'omission de dispenser des soins, etc. Ces comportements maltraitants peuvent survenir dans divers contextes, notamment au sein d'un couple, de la famille (parent-enfant, oncle, tante, neveu, nièce, grand-parent et petit-enfant, etc.), de l'entourage (ami, collègue, voisin, etc.), d'une relation d'aide. Bien que la maltraitance puisse survenir tant chez les aînés vivant à domicile² que chez ceux hébergés en milieu institutionnel de soins longue durée, cette dernière possibilité ne sera pas considérée dans la présente synthèse.

1.3 AMPLEUR DE LA MALTRAITANCE ENVERS DES AÎNÉS

L'ampleur de la maltraitance commise envers des aînés dans la société est difficile à établir. Les études qui tentent de le faire doivent être interprétées en considérant plusieurs limites (Acierno et collab., 2010; McDonald, 2011; Walsh et Yon, 2012). Très souvent, la définition de la maltraitance retenue est étroite et toutes les formes de maltraitance ne sont pas documentées explicitement. L'âge de la population étudiée varie énormément, de même que les auteurs de comportements maltraitants considérés et la période de référence à partir de laquelle les situations sont compilées (au cours de la dernière année, au cours des cinq dernières, depuis l'âge de 65 ans, etc.). Enfin, la méthodologie et les instruments de mesure utilisés, de même que les propriétés psychométriques de ceux-ci ne sont pas uniformes d'une enquête et d'un pays à l'autre (Cooper et collab., 2008b). Toutes ces caractéristiques font en sorte qu'il est difficile de comparer les études et de statuer sur l'ampleur actuelle du phénomène. Au Canada, la dernière étude populationnelle mesurant la maltraitance envers les personnes âgées remonte à la fin des années 1990.

1.3.1 Maltraitance autorapportée

Une revue systématique des études de prévalence de la maltraitance chez la population âgée a montré qu'elle variait entre 3,2 et 27,5 % (Cooper et collab., 2008b). Dans les enquêtes populationnelles nord-américaines, la prévalence autorapportée oscille entre 1 et 11 %, selon les formes considérées de maltraitance envers les aînés.

Au Canada, la seule étude réalisée à l'échelle du pays et portant spécifiquement sur la maltraitance envers les aînés a rapporté une prévalence globale de 4 %³, l'exploitation financière étant la forme la plus commune (2,5 %), suivie par la violence verbale (1,4 %), la violence physique (0,5 %) et la négligence (0,4 %) (Podnieks, 1992). La maltraitance psychologique et la violence sexuelle n'ont pas été mesurées dans le cadre de cette étude. Depuis, d'autres données d'enquêtes ont contribué à constater l'existence de la maltraitance au sein de la population canadienne. Dans l'Enquête sociale générale sur la victimisation de 1999, 1 % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile a rapporté avoir subi de la violence physique ou sexuelle de la part d'un conjoint, d'un enfant adulte ou d'un aidant naturel dans les cinq ans précédant l'enquête (Pottie Bunge, 2000). Un pourcentage équivalent d'aînés (1 %) a rapporté avoir subi de l'exploitation financière, alors que 7 % ont

² La notion d'aîné à domicile sera définie plus explicitement dans la section sur le cadre d'analyse (3.1.1).

³ La période de référence pour mesurer la prévalence était « au cours de la dernière année » pour toutes les formes de maltraitance, sauf l'exploitation financière qui a été mesurée « depuis l'âge de 65 ans » (Cooper et collab., 2008 b; Podnieks, 1992).

rapporté une forme de violence psychologique. Les auteurs de ces incidents étaient majoritairement les conjoints des victimes.

À titre de comparaison, une enquête récente menée aux États-Unis, la *National Elder Mistreatment Study*, a établi qu'un répondant âgé de 60 ans et plus sur 10 (11,4 %) a rapporté avoir été victime d'au moins une forme de maltraitance dans l'année précédant l'enquête. Les formes de maltraitance sondées étaient la violence émotionnelle (4,6 %), physique (1,6 %), sexuelle (0,6 %) et la négligence « potentielle » (5,2 %). En plus de ces formes de maltraitance, 5,2 % des aînés interrogés ont déclaré avoir subi de l'exploitation financière par un membre de la famille au cours de la dernière année (Acierno et collab., 2010). Une vaste enquête menée au Royaume-Uni en 2006 a quant à elle révélé une prévalence globale de 2,6 % de la maltraitance par un membre de la famille, un ami proche ou un aidant rémunéré chez les personnes de 66 ans et plus vivant à domicile. Cette proportion atteignait 4 % lorsque les voisins et les connaissances étaient considérés parmi les auteurs de maltraitance (O'Keeffe et collab., 2007).

1.3.2 Criminalité commise envers des aînés

Puisqu'aucune enquête à ce jour n'a mesuré la prévalence de la maltraitance envers les personnes âgées spécifiquement dans la population québécoise, les statistiques de la criminalité commise à l'endroit d'aînés constituent la seule source de données pour documenter la maltraitance envers les aînés et ses caractéristiques. Ces données, bien qu'utiles, n'informent que sur les actes punissables en vertu du Code criminel et rapportés aux autorités policières.

En 2010, 2334 Québécois âgés de 65 ans et plus ont été victimes d'un crime contre la personne, soit un taux de 193,8 par 100 000 habitants. Ce qui équivaut à un taux bien moindre que celui pour l'ensemble de la population québécoise (1 042,9 par 100 000 habitants)⁴. Néanmoins, certaines caractéristiques des crimes violents commis à l'endroit de personnes de 65 ans et plus sont révélatrices. La grande majorité des victimes âgées connaissaient l'auteur présumé de l'infraction. Il s'agissait habituellement d'une connaissance (4 sur 10) ou d'un membre de la famille (3 sur 10). Il apparaît également que les femmes étaient davantage victimes d'un membre de leur famille, particulièrement d'un conjoint (13 % comparativement à 3 %), alors que les hommes étaient plus souvent victimes d'une simple connaissance (33 % comparativement à 23 %) ou d'une relation d'affaires (7 % comparativement à 4 %) (Ministère de la Sécurité publique, 2009).

1.3.3 Violence conjugale chez les aînés

Bien que la violence conjugale soit rarement abordée spécifiquement, la maltraitance envers les personnes âgées semble souvent commise par un conjoint, surtout chez les femmes. Une récente analyse des données canadiennes de l'Enquête sociale générale sur la victimisation de 1999 et de 2004 révèle que 6,8 % des personnes âgées de 60 ans et plus ont été victimes de violence physique, psychologique ou d'exploitation financière de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint dans les cinq ans précédant l'enquête (Poole et Rietschlin,

⁴ Ministère de la Sécurité publique du Québec. *La criminalité au Québec 2010*, pages consultées le 13 juin 2012 de www.msp.gouv.qc.ca.

2012). La forme la plus commune de violence était d'ordre psychologique. Les statistiques de la criminalité commise envers des aînés, quant à elles, démontrent une différence hommes/femmes en matière de relation entre la victime et l'auteur d'infractions. D'après les données canadiennes concernant les infractions contre la personne à l'endroit d'individus âgés de 65 ans et plus, les femmes étaient plus susceptibles d'être victimes de violence familiale. Cette différence serait notamment attribuable à la fréquence plus importante de violence conjugale chez les femmes âgées que chez les hommes (Sinha et Milligan, 2012).

En somme, considérant l'augmentation de la proportion des aînés dans la population, et le fait que la maltraitance est un problème auquel ils sont souvent confrontés, on peut considérer que le phénomène de la maltraitance risque de devenir un enjeu social et de santé important, d'autant plus que les conséquences de la maltraitance peuvent être particulièrement graves, notamment en ce qui concerne les traumatismes, les troubles émotionnels et la précarisation de la situation financière qu'elle peut provoquer (Wolf et collab., 2002). Une étude menée aux États-Unis sur une période de treize ans a même révélé un risque de mortalité accru chez les aînés ayant subi de la violence physique ou de la négligence (Lachs et collab., 1998).

1.4 FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE ENVERS DES AÎNÉS

La maltraitance envers les aînés est un phénomène complexe et on connaît encore peu les facteurs qui prédisposent un aîné à subir de la maltraitance ou ceux qui poussent une personne à maltraiter un aîné avec lequel il a développé une relation de confiance. On sait cependant que ces facteurs concernent autant l'aîné, l'auteur de maltraitance, la relation qu'ils entretiennent, que la communauté et la société, et qu'il existe une interaction complexe entre ces facteurs (World Health Organization, 2011). Dans le domaine de la maltraitance envers les aînés, certains auteurs classent les facteurs de risque selon qu'ils sont intrinsèques à la personne âgée (facteurs de vulnérabilité) ou qu'ils sont liés à son environnement (facteurs de risque) (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012).

Une des difficultés et des limites des études documentant les facteurs de risque de maltraitance chez les aînés est liée au fait qu'ils ont souvent été étudiés en confondant toutes les formes de maltraitance (World Health Organization, 2011). Pourtant, il apparaît de plus en plus que certains facteurs de risque sont spécifiques à une forme de maltraitance ou à une catégorie d'auteur (Acierno et collab., 2010; Biggs et collab., 2010; Poole et Rietschlin, 2012). Par exemple, le fait de vivre seul est associé à l'exploitation financière alors que la cohabitation avec d'autres membres de la famille augmente le risque de négligence et d'autres formes de maltraitance (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012; World Health Organization, 2011). Ainsi, bien que la documentation scientifique soit de plus en plus étayée sur les facteurs de risque de maltraitance envers des aînés, des études sont encore nécessaires.

Les facteurs de risque dont les évidences sont les plus robustes dans la documentation scientifique sont les troubles cognitifs chez les aînés et des problèmes de santé mentale, de consommation d'alcool et de drogues ainsi que des antécédents de violence chez les auteurs de maltraitance (Pillemer et collab., 2007; Spencer, 2010; World Health Organization, 2011). Des caractéristiques de la relation entre l'auteur et l'aîné ont également

été identifiées comme étant associées à la maltraitance. Par exemple, une situation où un individu est dépendant économiquement de l'aîné est associée à la présence de maltraitance (World Health Organization, 2011). La qualité de la relation entre l'aîné et la personne possiblement maltraitante (Wolf et collab., 2002) et la présence de violence antérieure sont des pistes émergentes, mais qui doivent être approfondies davantage. Plus largement, l'isolement et le manque de soutien social (Pillemer et collab., 2007) et d'autres caractéristiques des communautés et de l'environnement social dans lequel évoluent les aînés pourraient être associés à la maltraitance à leur endroit et peuvent constituer des cibles de prévention (Acierno et collab., 2010; Wolf et collab., 2002). Dans une enquête américaine, l'isolement social a en effet été associé à toutes les formes de maltraitance, même lorsque l'effet d'autres variables était contrôlé (Acierno et collab., 2010).

Parmi les facteurs dont l'association avec la maltraitance envers les aînés est moins claire, on retrouve ceux qui concernent l'aîné (le sexe, l'âge, la dépression, l'état de santé et les limitations fonctionnelles) et la personne qui commet de la maltraitance (le sexe, l'agressivité), ainsi que la relation qu'ils entretiennent entre eux (la dépendance de l'aîné, le stress et le fardeau de l'aidant). Sur le plan communautaire et sociétal, la transmission intergénérationnelle de la violence, le manque de soutien communautaire, la discrimination et les attitudes négatives à l'égard des aînés ainsi que certaines conditions socioéconomiques sont des facteurs possiblement associés, mais qui doivent être étudiés davantage (Pillemer et collab., 2007; Spencer, 2010; Wolf et collab., 2002; World Health Organization, 2011).

1.5 STRATÉGIES DE PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS DES AÎNÉS

Certaines synthèses des connaissances ont recensé les mesures de prévention développées au cours des dernières années et en ont analysé l'efficacité (Pillemer et collab., 2007; Wolf et collab., 2002; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2008; World Health Organization, 2011). Leur efficacité a été évaluée en mesurant leur effet sur des facteurs de risque de maltraitance envers des aînés ou sur la maltraitance en tant que telle.

Les interventions préventives mises de l'avant sont fortement influencées par les modèles théoriques développés pour expliquer l'existence du phénomène (Perel-Levin, 2008). Ainsi, certaines interventions s'intéressent à l'aîné ou à son contexte familial (transmission intergénérationnelle de la violence, violence familiale, violence conjugale), d'autres ciblent les proches aidants et leur fournissent du soutien dans leur rôle (théorie du stress de l'aidant), tandis que d'autres tentent de modifier l'environnement social favorable à la violence et à la négligence envers la population âgée (âgisme, conflits générationnels). À la lecture du tableau 1, on constate que les mesures de prévention recensées ciblent autant les individus maltraités ou à risque, leur entourage, les communautés que la société en général. De plus, on remarque qu'en matière de maltraitance envers les aînés, la prévention semble s'organiser autour de trois grands axes : 1) la promotion d'attitudes positives au regard du vieillissement et la sensibilisation au phénomène de l'âgisme⁵ et de la maltraitance; 2) la

⁵ « Il se définit comme un ensemble d'attitudes négatives ou hostiles contre une personne ou un groupe en raison de l'âge qui peuvent entraîner des gestes préjudiciables ainsi qu'une forme de marginalisation sociale. L'âgisme regroupe toutes les formes de discrimination ou de ségrégation fondées sur l'âge. » (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010, p. 32).

réduction des situations à risque tant chez l'ainé que chez son entourage; et 3) la recherche de cas et le suivi précoce et adéquat des situations de maltraitance.

Tableau 1 Aperçu des interventions et de leur efficacité pour prévenir ou réduire la maltraitance envers les personnes âgées

AXE DE PRÉVENTION	INDIVIDUEL	RELATIONNEL	COMMUNAUTAIRE	SOCIÉTAL
Promotion d'attitudes positives envers les aînés et sensibilisation au phénomène.		<ul style="list-style-type: none"> Programmes scolaires intergénérationnels*. 	<ul style="list-style-type: none"> Formation et sensibilisation des professionnels±. 	<ul style="list-style-type: none"> Campagne de sensibilisation du grand public■.
Réduction des situations à risque tant chez l'ainé que chez son entourage.	<ul style="list-style-type: none"> Campagne d'éducation destinée aux aînés■. 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de formation destinés aux aidants rémunérés■. Programmes de soutien pour les proches aidants*. 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager les attitudes positives des personnes qui travaillent avec des aînés*. 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes pour réduire les mesures de contention ±.
Détection et suivi précoce et adéquat des situations de maltraitance.	<ul style="list-style-type: none"> Soutien légal, psychologique et social pour les aînés maltraités±. 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes psychologiques ciblant les personnes qui maltraitent**. 	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage et recherche de cas■. Ligne d'écoute■. Hébergement d'urgence■. 	<ul style="list-style-type: none"> Services de protection des adultes±. Signalement obligatoire■.

Légende : * Prometteuse; ** Émergence d'évidence; ± Résultats mitigés ou incertains; ■ Non évaluée ou insuffisance d'évidence.

Source : Pillemer et collab., 2007; Ploeg et collab., 2009; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2011.

La plupart des interventions répertoriées dans le tableau 1 n'ont pas été évaluées, ce qui limite la discussion sur leur efficacité. Parmi les interventions qui l'ont été, certaines apparaissent prometteuses pour réduire des facteurs de risque de la maltraitance (attitudes négatives à l'endroit du vieillissement et des personnes âgées). Par exemple, les programmes scolaires intergénérationnels semblent améliorer les attitudes à l'égard des aînés à court terme et sont susceptibles de diminuer la tolérance à la violence et à la négligence (World Health Organization, 2011). Il en va de même des mesures qui visent à encourager les attitudes positives à l'égard des aînés chez le personnel soignant qui travaille auprès d'une clientèle âgée. En ce qui a trait aux mesures visant les proches aidants potentiellement maltraitants, les programmes qui visent à offrir un soutien psychologique aux personnes qui prennent soin d'aînés semblent diminuer le stress et le fardeau de l'aidant, particulièrement lorsqu'ils ont une composante psychologique ou éducative (World Health Organization, 2011).

Les formations destinées aux professionnels de la santé et des services sociaux sont évaluées en utilisant diverses mesures des effets (voir section 7 sur les interventions). Généralement, elles semblent améliorer les connaissances, mais elles n'entraînent pas nécessairement de modifications dans les pratiques professionnelles, notamment

concernant la détection et le signalement des cas, ni de réduction sur la prévalence de la maltraitance (Alt et collab., 2011; World Health Organization, 2011).

Certaines interventions visant les personnes qui maltraitent obtiennent des résultats prometteurs, notamment en améliorant la connaissance du processus de vieillissement et en réduisant la maltraitance psychologique des aînés (World Health Organization, 2011). Enfin, des études ayant vérifié l'effet d'interventions éducationnelles visant à réduire l'usage de mesures de contention montrent des résultats mitigés, tout comme celles qui consistent à offrir un soutien social, légal ou psychologique aux personnes âgées. En effet, tant les visites à domicile par des policiers et des travailleurs sociaux que les programmes ayant fourni une assistance aux aînés à travers le système judiciaire ont été associés à une « revictimisation » des aînés quelques mois après l'intervention. Même si des limites méthodologiques dans les études sont une piste d'explication des résultats négatifs, une certaine prudence a été recommandée à l'égard de ces programmes (Pillemer et collab., 2007; Ploeg et collab., 2009; World Health Organization, 2011).

1.5.1 Dépistage et recherche de cas

En ce qui concerne la détection des aînés maltraités par la recherche de cas, aucune étude n'a mesuré l'effet de l'utilisation d'un outil de détection de la maltraitance sur l'augmentation du nombre des aînés maltraités dirigés vers les services appropriés (Pillemer et collab., 2007; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2011). D'une manière similaire, les effets à long terme sur la santé et le bien-être des aînés repérés par la recherche de cas n'ont pas été davantage démontrés (Nelson et collab., 2012). C'est pourquoi certains affirment que l'état des connaissances actuel ne permet pas de prendre position en faveur d'une stratégie universelle de dépistage de la maltraitance auprès de la population âgée (Nelson et collab., 2012; Pillemer et collab., 2007). Par contre, même si l'impact sur la prévalence de la maltraitance de stratégies de recherche des cas par des professionnels de la santé et des services sociaux n'a pas été démontré, la détection est encouragée et souhaitée par des experts et des institutions de santé publique (American Medical Association, 2007; Perel-Levin, 2008; Wolf et collab., 2002; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2008; World Health Organization, 2011). Au Québec, le *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008* (PNSP) contient une activité qui invite les professionnels de la santé à rechercher les cas de maltraitance envers des personnes âgées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Cette activité s'inscrit dans les pratiques cliniques préventives que devraient adopter les professionnels de la première ligne en contact avec des aînés.

1.5.2 Mesures de protection : le signalement

La réponse à la maltraitance envers les aînés prend souvent la forme de mesures de protection, notamment par l'implantation d'un système de signalement des cas de maltraitance aux autorités policières ou aux services sociaux. On retrouve deux grandes approches concernant le signalement des cas de maltraitance envers des aînés. La première, adoptée dans plusieurs états américains, s'apparente aux systèmes de protection de l'enfance. Elle rend obligatoire pour certains professionnels le signalement des cas détectés ou suspectés aux services de protection (Wolf et collab., 2002). Aux États-Unis, les

services de protection sont connus sous l'appellation Adult Protective Services (APS). Il est à noter qu'il existe des différences importantes entre les états dans les services APS, notamment en ce qui concerne le système mis en place, le financement, la définition de la maltraitance, les outils utilisés, les normes de signalement, les professionnels visés par l'obligation, etc. (Anthony et collab., 2009; Pillemer et collab., 2007). Étant donné qu'une proportion considérable des études publiées en lien avec la maltraitance des personnes âgées provient des États-Unis, les connaissances produites reflètent souvent une approche de signalement obligatoire et un contexte dans lequel des services APS sont en vigueur. D'autres variantes du signalement obligatoire ne visent que les aînés en institution et ceux les plus vulnérables, ou encore ciblent uniquement certaines formes de maltraitance. En Australie, par exemple, l'obligation de signaler ne concerne que les cas de violence physique et d'agression sexuelle qui se produisent en établissements enregistrés de soins pour aînés ou à domicile, s'ils sont constatés dans le cadre des services subventionnés de soins à domicile. L'exploitation financière et la négligence sont exclues de la loi (Starr, 2010).

La deuxième approche consiste à mettre en place un système volontaire de déclaration de cas de maltraitance commise envers des aînés. Par exemple, l'Irlande, qui a écarté la mise en place d'une obligation légale pour les professionnels de rapporter les cas détectés, s'est dotée depuis 2007 d'un système volontaire de signalement (Clancy et collab., 2011; O'Dwyer et O'Neill, 2008). Lors de la première année en 2008, environ 1500 cas ont été signalés aux services de santé destinés spécifiquement à la maltraitance envers les aînés. La plus grande proportion des signalements provenait d'infirmières de santé publique (Clancy et collab., 2011).

Au Canada, la situation varie d'une province à l'autre, mais dans la majorité, les professionnels de la santé ne sont pas tenus légalement de signaler aux autorités les situations de maltraitance détectées (Spencer, 2010). Néanmoins, la maltraitance envers les aînés correspond à plusieurs infractions du Code criminel. En ce sens, un professionnel qui constate une infraction a la responsabilité de le signaler à la police. Précisons qu'au Québec, l'option de mettre en place un système de protection encadré par une loi n'a pas été retenue (Beaulieu et Crevier, 2010). Ainsi, aucune loi spécifique à la maltraitance envers les personnes âgées n'est en vigueur. Cependant, des dispositions de la Charte québécoise des droits et libertés couvrent l'exploitation des aînés (ce qui inclut la violence physique, psychologique, l'exploitation financière et la violation des droits)⁶.

1.6 INITIATIVES QUÉBÉCOISES POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

Le Québec a mis de l'avant différentes initiatives régionales et gouvernementales pour agir sur la maltraitance envers les aînés. Depuis juin 2010, les efforts québécois se sont intensifiés et sont guidés par le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). La diffusion d'une campagne de sensibilisation, le déploiement d'une ligne téléphonique *Aide*

⁶ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. *L'exploitation financière*, page consultée le 12 mars 2013 de <http://www.cdpcj.qc.ca/info/droits-de-la-personne/personnes-agees/Pages/default.aspx>.

Abus Aînés à l'échelle de la province, la création d'une chaire de recherche universitaire sur la maltraitance et la nomination de coordonnateurs régionaux responsables du dossier à travers le Québec sont parmi les mesures structurantes de ce plan. Plusieurs de ses répercussions sont déjà visibles. Par exemple, la ligne *Aide Abus Aînés*, en plus d'offrir des services directs à la population à travers les nombreux appels reçus, soutient les professionnels par la formation et la consultation clinique. De même, des coordonnateurs régionaux sont actifs dans la plupart des régions du Québec.

Dans la lignée des orientations du plan d'action en maltraitance, plusieurs experts ont souligné l'importance de détecter précocement les aînés maltraités afin de les orienter vers les services appropriés (Beaulieu et Crevier, 2010; Cardinal et collab., 2008; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Des initiatives communautaires visent également à favoriser le travail des intervenants en matière de détection, telle que la trousse SOS-Abus qui rend disponible un inventaire d'outils de prévention, de dépistage et d'intervention (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

C'est donc pour soutenir une offre de services visant à détecter précocement la maltraitance auprès des personnes âgées que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de réaliser une synthèse des connaissances sur le sujet⁷.

⁷ Le mandat initial a été confié par le MSSS à l'INSPQ qui l'a réalisé en collaboration avec la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. Cette collaboration a porté particulièrement sur la section sur les outils de détection.

2 QUESTIONS DE RECHERCHE ET MÉTHODE

2.1 QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif général poursuivi dans cette synthèse est de faire état des connaissances scientifiques concernant la recherche de cas de maltraitance envers des aînés vivant à domicile par des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en première ligne. Plus spécifiquement, le rapport tentera de répondre aux questions de recherche suivantes :

1. Quelles sont les **recommandations** émises par les organisations et les experts concernant la recherche de cas?
2. Quels sont les **facteurs** qui influencent la recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux?
3. Quels sont les **outils** existants destinés aux professionnels de la santé et des services sociaux pour faciliter la détection des cas de maltraitance envers les personnes âgées et quelle est la validité de ces outils?
4. Quelle est l'**efficacité des interventions** visant à augmenter la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux?

2.2 CADRE D'ANALYSE

La démarche suivie pour répondre aux questions de recherche et produire la synthèse des connaissances s'appuie sur un cadre d'analyse qu'il importe de présenter. Il s'agit tout d'abord de bien définir ce qu'on entend par aîné à domicile, première ligne et recherche de cas, pour ensuite faire état des éléments à considérer lorsqu'il est question d'encourager une telle pratique par des professionnels de la santé et des services sociaux, et ce, auprès d'une clientèle aînée vivant à domicile.

2.2.1 Aîné à domicile

La notion de domicile retenue dans cette synthèse est celle privilégiée par le MSSS dans sa politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Le domicile est défini de la façon suivante : « Le lieu où loge une personne de façon temporaire ou permanente. Toute personne qui habite dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence dite "privée" est admissible au soutien à domicile. [...] Les personnes qui demeurent dans un établissement public – centre hospitalier, centre de réadaptation ou CHSLD public, dans un CHSLD privé ou dans un CHSLD privé conventionné ne sont pas admissibles, puisqu'elles reçoivent déjà des services de ces établissements. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 16). Cette définition exclut par conséquent la maltraitance commise en milieu institutionnel de soins de longue durée.

2.2.2 Première ligne

En accord avec la définition en vigueur dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, les services de première ligne constituent le premier niveau d'accès aux services. « Ils sont destinés à l'ensemble de la population et à des clientèles ayant des besoins particuliers. [...] Les intervenants de première ligne possèdent des compétences professionnelles générales et diversifiées. Les services de première ligne s'appuient généralement sur des infrastructures et des technologies légères. Ces services correspondent aux services généraux qui s'adressent à toute la population (ex. : services de prévention, services médicaux, services infirmiers, services psychosociaux et Info-Santé) et aux services spécifiques qui s'adressent à des clientèles vulnérables et particulières, on pense notamment aux services de soutien à domicile ». (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 25). Conformément à la définition proposée, les professionnels œuvrant en première ligne dont il est question dans ce rapport peuvent être des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des dentistes.

2.2.3 Recherche de cas

La recherche de cas en matière de maltraitance envers des aînés est une stratégie préventive qui consiste à repérer les personnes maltraitées en vue d'évaluer leur situation et de les orienter vers les services appropriés. Plusieurs termes sont utilisés pour désigner cette activité. Selon le type de documents et la discipline dont ils sont issus, il est question de recherche de cas, de dépistage, de détection, d'identification ou d'évaluation⁸. Par exemple, le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* emploie le mot dépistage tandis que le *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008* (PNSP) lui préfère celui de recherche de cas. Dans les écrits scientifiques de langue anglaise, le terme *screening*, que l'on traduit habituellement par dépistage ou détection, est largement répandu, bien que n'étant pas uniformément utilisé.

Plus qu'une question de terminologie, une distinction importante existe entre la recherche de cas et le dépistage. Le dépistage tel qu'il est conçu en santé publique est « une démarche visant à identifier, dans une population apparemment en bonne santé, les sujets atteints d'une certaine maladie – ou d'une certaine anomalie – prise à un stade précoce et passée jusque-là inaperçue » (Jammal et collab., 1988). L'élément clé de cette définition est le caractère asymptomatique de la condition. Or, la maltraitance commise envers des aînés, telle qu'elle est définie précédemment, n'est détectable qu'à un stade « symptomatique » qui se reconnaît par des manifestations cliniques d'ordre physique, psychologique, comportemental, matériel ou moral. En ce sens, pour être en mesure de « dépister » la maltraitance, il faudrait que celle-ci soit détectable par un test permettant de reconnaître un cas avant que les manifestations mentionnées ci-dessus n'apparaissent. Or, tous les outils

⁸ Termes répertoriés dans la littérature scientifique de langue anglaise : *screening, detection, assessment, case finding*.

répertoriés en matière de détection de la maltraitance⁹ se basent sur des signes ou des symptômes¹⁰, c'est-à-dire lorsque des manifestations cliniques sont déjà apparues.

Le PNSP établit également une nette distinction entre le dépistage qui « consiste à déceler un problème chez des personnes asymptomatiques » et la détection qui consiste en l'« identification la plus précoce possible des personnes présentant divers symptômes d'un problème » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 72). D'ailleurs, dans le PNSP, il est question de « recherche de cas d'abus et de négligence envers des personnes âgées » plutôt que de dépistage. Bien que le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* utilise le terme dépistage, la définition proposée s'apparente à celle du PNSP. Le dépistage y est présenté comme une action « qui a pour but de favoriser l'identification des personnes qui vivent une situation de maltraitance » (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010, p. 50). À cet égard, le mot « dépistage » rejoint la définition du mot « détection », tel qu'il est utilisé dans le PNSP. En effet, selon le Plan, le dépistage doit permettre aux intervenants de reconnaître les indices potentiels ou les symptômes physiques et psychologiques associés à une situation de maltraitance et de diriger les personnes vers les ressources appropriées.

Dans le présent rapport, les auteurs privilégieront le terme « recherche de cas » qui englobe la détection et l'identification précoces des situations de maltraitance chez des aînés qui présentent des manifestations cliniques de la condition.

2.2.4 Types de facteurs à considérer dans la recherche de cas de maltraitance envers des aînés

Le cadre d'analyse proposé à la figure 1 s'inspire de la classification retenue par Killick et Taylor (2009) dans une revue systématique sur la prise de décision clinique en contexte de maltraitance envers un aîné. Dans leur revue de la documentation scientifique, les auteurs identifient trois types de facteurs à considérer : les facteurs en lien avec le cas, les facteurs professionnels et les facteurs organisationnels (Killick et Taylor, 2009).

⁹ La question des outils de détection de la maltraitance fait l'objet de la section 6 de ce rapport.

¹⁰ Le terme « indice » est parfois utilisé pour parler des signes.

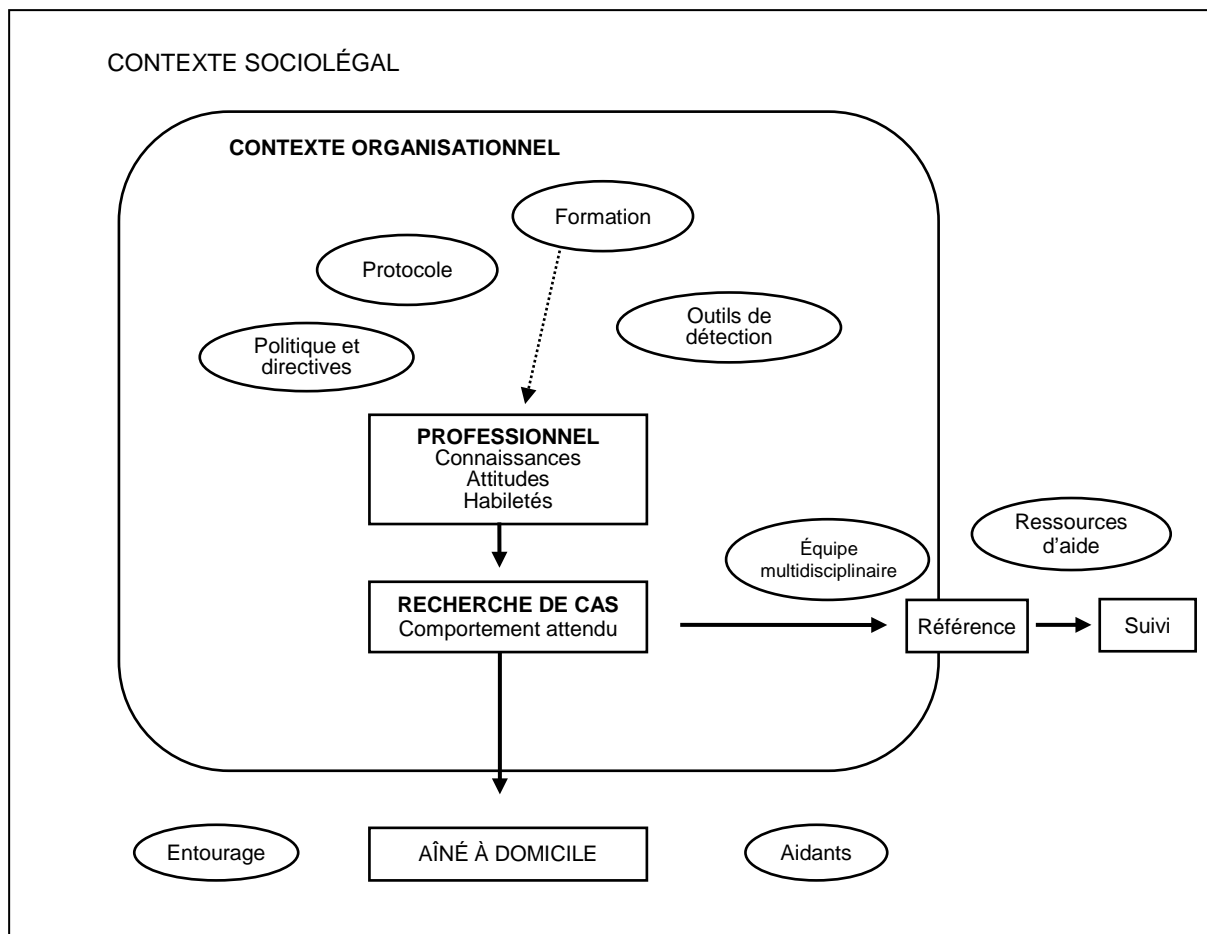


Figure 1 Facteurs à considérer dans la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne

À l'instar de Killick et Taylor (2009), le cadre d'analyse permet d'identifier plusieurs facteurs à considérer dans l'adoption par les professionnels d'une pratique telle que la recherche de cas. Quatre grandes catégories de facteurs en interaction sont prises en compte dans le modèle. En prenant comme point central le comportement attendu du professionnel (la recherche de cas), le cadre considère l'influence du contexte sociolégal, des facteurs organisationnels, des facteurs professionnels et des facteurs liés à l'aîné et à son entourage.

Le contexte sociolégal réfère à l'environnement social (attitudes quant au vieillissement, place accordée aux aînés dans la société, politique publique quant à la maltraitance envers les aînés, ressources d'aide, etc.) et aux lois qui encadrent la recherche de cas. Son influence agit de façon directe ou indirecte sur l'ensemble des autres facteurs du modèle. Ainsi, bien que ces facteurs soient peu étudiés de façon spécifique dans la documentation scientifique, il importe de les considérer dans l'analyse des autres composantes du modèle.

Les facteurs organisationnels renvoient à l'environnement clinique et aux conditions mises en place par l'organisation qui agissent sur le professionnel et sa pratique en matière de recherche de cas de maltraitance auprès de la clientèle aînée. Ainsi, les politiques et les

directives organisationnelles, la formation continue offerte, les protocoles et les outils implantés par l'organisation sont des éléments qui influent sur l'adoption de la recherche de cas par les professionnels. Pour contrer efficacement la maltraitance envers les aînés, la recherche de cas doit s'inscrire dans une trajectoire de services pour assurer le suivi des situations détectées et proposer des interventions pour faire cesser la maltraitance ou en diminuer les conséquences pour l'aîné (World Health Organization, 2011). En ce sens, les étapes subséquentes à la détection sont considérées dans le modèle proposé. Enfin, les liens entre les professionnels qui œuvrent au sein de l'organisation, notamment par la présence d'équipes multidisciplinaires, constituent un élément essentiel de l'environnement organisationnel.

Les facteurs professionnels concernent les caractéristiques du professionnel, ses connaissances, attitudes et habiletés. Les interventions qui visent l'adoption de nouvelles pratiques par les professionnels tentent habituellement d'agir sur ces éléments. Bien entendu, les facteurs professionnels sont étroitement liés au contexte organisationnel dans lequel le professionnel évolue, mais aussi au contexte sociolégal plus large.

Enfin, la dernière catégorie concerne les facteurs en lien avec le « cas ». Il s'agit des facteurs qui concernent l'aîné lui-même, ses caractéristiques (troubles cognitifs, limitations fonctionnelles, etc.) ainsi que celles de son entourage (proches et aidants, s'il y a lieu). La nature des liens et des relations (relation d'aide, familiale, conjugale, etc.) que l'aîné entretient avec son entourage influe également sur la recherche de cas, tout comme les caractéristiques de son milieu de vie.

2.3 MÉTHODOLOGIE

L'approche adoptée pour réaliser la présente synthèse des connaissances est une approche narrative. Les étapes clés de la réalisation de la synthèse sont décrites dans les sections suivantes. Il s'agit de la recherche documentaire, de la sélection des études et de l'analyse et du résumé de la documentation scientifique.

2.3.1 Recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire sur la recherche de cas a été organisée à partir de trois composantes principales : population aînée, maltraitance et recherche de cas. Des mots clés associés à chacune de ces composantes ont été combinés (tableau 2) pour consulter des bases de données dans le domaine de la santé et des sciences sociales. La période retenue pour l'interrogation des bases de données est celle entre 2000-2011. Seuls les articles pertinents de langue française, anglaise ou espagnole ont été sélectionnés. Cette étape visait à obtenir les études scientifiques les plus récentes concernant la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux.

Tableau 2 Composantes de la stratégie de recherche documentaire et mots clés utilisés

MOTS CLÉS				
COMPOSANTE 1 AÎNÉS	COMPOSANTE 2 MALTRAITANCE		COMPOSANTE 3 RECHERCHE DE CAS	
<i>Elder</i> <i>Older people</i>	AND	<i>Abuse</i> <i>Violence</i> <i>Neglect</i> <i>Mistreatment</i>	AND	<i>Screening</i> <i>Case finding</i> <i>Detection (early detection)</i> <i>Identification</i> <i>Assessment</i> <i>Screen</i> <i>Tools</i> <i>Questionnaire</i> <i>Measure</i> <i>Disclosure</i> <i>Diagnostic evaluation</i> <i>Reporting</i> <i>Intervention (efficacy)</i> <i>Prevention</i>
		<i>Elder abuse</i> <i>Elder mistreatment</i>		
LIMITES				
Français, anglais, espagnol, 2000-2011, revu par les pairs.				
BASES DE DONNÉES ET INTERFACES CONSULTÉES				
Pubmed EBSCOhost : CINAHL, Health Policy Reference Center, MEDLINE, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Public Affairs Index, SocINDEX PROQUEST : ProQuest Sociology, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts				

En plus de la stratégie de recherche documentaire générale sur la recherche de cas, une deuxième consultation des bases de données a été menée avec les mêmes mots clés, mais en prolongeant la période de 1980 à 2012. Dans l'objectif de recenser tous les outils de détection validés, cette étape a permis de compléter et mettre à jour une liste des outils répertoriés antérieurement par une équipe de travail de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées¹¹.

¹¹ Une recension antérieure des outils de détection de la maltraitance avait été réalisée, en 2009, par des collaborateurs de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées. La liste des outils répertoriés a servi de point de départ pour la documentation des outils de détection de la maltraitance.

Enfin, en complément de la consultation des bases de données, les listes de références bibliographiques des articles traitant des outils de détection et de chaque revue systématique ont été parcourues afin de répertorier des documents pertinents au sujet de la synthèse. Ainsi, certains articles ont été ajoutés par une technique d'identification des articles dite « boule de neige »¹².

2.3.2 Sélection des articles

Une première sélection des articles s'est faite par la professionnelle responsable du projet sur la base de la lecture des titres et des résumés des références générées à l'aide des mots clés (annexe 1, tableau 7). En cas de doute, l'article était lu en entier afin de déterminer s'il devait être retenu ou non. Certains articles litigieux ont été discutés avec le chef d'unité scientifique en appliquant les critères d'admissibilité des études (tableau 3).

Ainsi, conformément aux questions de recherche, les articles sélectionnés devaient traiter de recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux et des facteurs pouvant l'influencer, de la validation d'outils de détection de la maltraitance envers des aînés ou d'évaluation d'interventions visant à augmenter la recherche de cas. Les articles qui portaient uniquement sur le signalement (*reporting*) de la maltraitance dans un contexte de déclaration obligatoire, sur les procédures de signalement ou sur les connaissances des lois en vigueur ont été exclus. Par contre, ceux qui abordaient ces aspects en lien avec la détection, la recherche de cas ou l'utilisation d'un outil de détection ont été retenus.

Tableau 3 Critères d'admissibilité des études

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">• Porter spécifiquement sur les aînés.• Être en lien avec la recherche de cas de maltraitance envers des aînés ou la recherche de cas de violence conjugale chez des aînés.• Concerner la recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en première ligne : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, dentistes, etc.• Contexte socioéconomique similaire au Québec.	<ul style="list-style-type: none">• Maltraitance en établissement de soins ou par des professionnels de soins (exclusion de la maltraitance institutionnelle).• Recherche de cas effectuée par d'autres intervenants que ceux de la première ligne (hors première ligne).• Recherche de cas effectuée par d'autres intervenants que des professionnels de la santé et des services sociaux (par exemple policiers).• Violence commise en dehors d'une relation de confiance.• Autonégligence (<i>self-neglect</i>).

En ce qui a trait aux articles faisant état des outils de détection de la maltraitance envers des aînés, des critères spécifiques ont été utilisés. Tout d'abord, l'outil devait avoir été développé spécifiquement pour la clientèle aînée ou l'article devait faire état de l'usage de cet outil avec une clientèle aînée. Ensuite, l'outil devait servir à identifier des aînés à risque ou qui subissent de la maltraitance ou des proches aidants qui maltraitent ou à risque de le faire, ou

¹² Grimshaw, J. « Chapitre sur la synthèse des connaissances ». Institut de recherche sur la santé du Canada (IRSC), page consultée le 22 mars 2013 de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41382.html>.

encore, il devait permettre d'identifier des situations de maltraitance. Les outils développés pour identifier exclusivement la maltraitance en milieu institutionnel ont été exclus de l'analyse. Enfin, la validation des propriétés psychométriques de l'outil de détection de la maltraitance devait faire l'objet de la publication scientifique.

Au total, 114 articles traitant des recommandations, des facteurs à considérer en matière de recherche de cas de maltraitance, d'outils de détection ou d'interventions visant à augmenter la recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux ont été sélectionnés pour l'analyse.

2.3.3 Analyse et résumé de la documentation scientifique

Une synthèse narrative¹³ des 114 articles sélectionnés a été réalisée. Dans un premier temps, pour chaque étude, l'information a été extraite et regroupée en prenant appui sur les dimensions identifiées dans le cadre d'analyse (figure 1). L'information extraite a par la suite été organisée autour des quatre grandes questions de recherche : 1) recommandations en matière de recherche de cas de maltraitance envers des aînés; 2) facteurs à considérer dans la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne; 3) validité des outils de détection de la maltraitance commise envers des aînés; 4) efficacité des interventions visant à augmenter la recherche de cas de maltraitance envers des aînés. Les résultats des études ont ensuite été catégorisés en fonction de la nature de leur devis (quantitatif ou qualitatif) et des éléments de contexte pertinents (pays d'origine, types de professionnels, contexte légal, etc.).

Pour ce qui est des outils de détection de la maltraitance envers des aînés, une grille d'analyse plus approfondie a été utilisée. La grille qui peut être consultée à l'annexe 2 considère quatre composantes des outils : théorique, instrumentale, clinique et psychométrique. Pour ce qui est de la composante psychométrique, un tableau présenté en annexe (tableau 8) définit plus en détail les propriétés psychométriques qui ont été considérées dans l'analyse : fidélité, validité liée au critère (sensibilité et spécificité), validité conceptuelle ou de construit et validité de contenu.

Enfin, la rigueur méthodologique des études portant sur l'efficacité des interventions visant à augmenter la recherche de cas a été appréciée. Deux évaluateurs ont attribué un score commun à chacune des études en fonction des caractéristiques du devis : nombre et séquence des mesures, présence d'un groupe de comparaison, attribution aléatoire de l'intervention et contrôle de variables confondantes. Les scores vont de 1 à 5 et se déclinent ainsi¹⁴ :

- Score ① : une seule mesure postintervention sans groupe de comparaison;
- Score ② : deux mesures (pré et postintervention) sans groupe de comparaison;

¹³ Grimshaw, J. « Chapitre sur la synthèse des connaissances ». Institut de recherche sur la santé du Canada (IRSC), page consultée le 22 mars 2013 de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41382.html>.

¹⁴ Ce système de scores sert à attribuer une cote de rigueur méthodologique aux études mesurant l'efficacité des interventions. Il se base sur le *Maryland Scientific Methods Scale* et a été utilisé dans l'avis scientifique de (Gagné et Maurice, 2011).

- Score ③ : deux mesures (pré et postintervention) avec groupe de comparaison, sans randomisation;
- Score ④ : deux mesures (pré et postintervention) avec groupe de comparaison et plusieurs groupes expérimentaux, contrôle de variables confondantes par des analyses multivariées;
- Score ⑤ : deux mesures (pré et postintervention) avec groupe de comparaison et randomisation.

Les résultats des études ont par la suite été classés en fonction des types d'effets mesurés de l'intervention, soit une modification des connaissances, des attitudes, des habiletés ou des comportements des professionnels (voir tableau 10 en annexe pour la définition des effets répertoriés et la fiche synthèse de chacune des interventions).

2.4 COMITÉ CONSULTATIF

Un comité consultatif a été formé pour s'assurer que les orientations et les conclusions de la synthèse prennent en compte les enjeux du Québec. Ce comité formé de chercheurs, de praticiens et de représentants de différents milieux institutionnels réunissait une expertise en maltraitance, en vieillissement, en santé publique et en organisation des services. Plus spécifiquement, le mandat du comité consultatif était de conseiller l'équipe de projet sur les principaux enjeux relatifs à l'objet de recherche et de commenter les conclusions et la version définitive de la synthèse des connaissances.

Le comité s'est réuni à deux reprises durant la durée du projet. Les membres du comité ont également participé à une consultation par courriel pour mieux circonscrire l'objet de recherche. Enfin, le comité a commenté une ébauche du rapport. À noter que malgré la grande implication du comité consultatif, l'Institut national de santé publique du Québec demeure maître d'œuvre de ce travail. Les membres du comité consultatif ont participé aux discussions à titre d'experts et non pas à titre de représentants de leur organisme. Cette participation ne les engageait pas à être en accord avec les constats et les conclusions de la présente synthèse.

3 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎNÉS

Comme le présent rapport porte sur la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne, il est pertinent de documenter les recommandations formulées en matière de recherche de cas de maltraitance envers des aînés. Plus particulièrement, il s'agit de faire état du rôle attendu des professionnels, d'identifier les milieux ciblés et de considérer les approches préconisées pour détecter les situations de maltraitance commise envers des personnes âgées.

3.1 RÔLE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Plusieurs auteurs ont souligné la position stratégique des médecins pour repérer les situations de maltraitance parmi leur clientèle âgée (Wolf et collab., 2002; World Health Organization, 2008). Dès 1993, l'Association médicale américaine (AMA) a lancé un appel aux médecins pour qu'ils assument un rôle actif dans l'identification et le suivi des cas de maltraitance envers des aînés (Aravanis et collab., 1993). L'AMA a alors émis des lignes directrices pour baliser le dépistage¹⁵, notamment en recommandant aux médecins d'inclure systématiquement des questions sur la maltraitance dans leur examen de routine auprès de la clientèle âgée (Aravanis et collab., 1993). L'American Academy of Neurology a plus récemment pris position pour que les neurologues posent systématiquement des questions à leurs patients concernant la violence familiale, incluant la maltraitance envers les aînés (Schulman et De Pold-Hohler, 2012).

En 1994, le Canadian Task Force on the Periodic Health Examination a pour sa part conclu en l'insuffisance des preuves pour recommander le dépistage de la maltraitance dans l'examen clinique périodique, tout en soulignant que le médecin doit demeurer alerte quant à des signes de maltraitance afin d'en prévenir la récurrence et de protéger les personnes (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994). Les auteurs justifient l'écart entre leur position et celle de l'AMA par le fait que, contrairement à ce qui prévaut aux États-Unis, le signalement des cas n'est pas obligatoire au Canada. Par ailleurs, les US Preventive Services Task Force (USPSTF) ont récemment conclu que les évidences scientifiques sur la détection de la maltraitance envers des aînés étaient insuffisantes pour statuer sur le dépistage systématique (Moyer, 2013; Nelson et collab., 2012). D'autres pays ont privilégié une position similaire à celle du Canadian et du US Preventive Services Task Force. Par exemple, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, tout en soulignant que les professionnels de la santé sont dans une position stratégique pour reconnaître et identifier les cas de maltraitance, ne recommande pas le dépistage systématique (Ministry of Health and Age Concern New Zealand, 2007).

¹⁵ Ici, le terme dépistage est utilisé, car les recommandations de l'AMA invitaient les médecins à poser systématiquement des questions à tous les patients âgés sur la maltraitance, et ce, qu'ils présentent ou non des manifestations cliniques de maltraitance.

3.2 MILIEU CLINIQUE CIBLÉ

En ce qui a trait au meilleur milieu pour détecter des situations de maltraitance, les lignes directrices de l'AMA établissaient que tout contexte clinique devrait se doter d'un protocole de détection et d'évaluation en situation de maltraitance (Aravanis et collab., 1993). Parmi les milieux les plus souvent ciblés, il y a les cliniques ambulatoires (par exemple des cabinets de médecins, des cliniques dentaires, des centres communautaires de santé) (Fulmer et collab., 2012; Yaffe et collab., 2008) et les salles d'urgence (Fulmer et collab., 2000; Fulmer et collab., 2003). Les services sociaux ou de santé dispensés dans le cadre de soins à domicile apparaissent également comme étant un contexte clinique propice à la détection de situations de maltraitance (Anetzberger, 2005).

3.3 APPROCHES DE DÉTECTION PRÉCONISÉES

En 2004, les USPSTF ont conclu que simplement poser des questions à l'aîné sur des situations de violence vécues n'est pas suffisant et qu'une diversification des techniques de détection doit être envisagée, notamment l'ajout d'un examen physique et l'évaluation de l'aidant et du domicile (Nelson et collab., 2004). Parallèlement, une étude récente de Fulmer et ses collaborateurs semble indiquer qu'il est plus important de rechercher les cas de maltraitance en faisant appel à des exemples de comportements maltraitants plutôt qu'en formulant une question du type : « Vivez-vous de la maltraitance? » (Fulmer et collab., 2012). Plus encore, les manifestations cliniques de certaines formes de maltraitance sont rarement observables sans interroger directement l'aîné ou l'aidant. Ainsi, les activités de recherche de cas ne peuvent se limiter à l'observation de signes et de symptômes physiques et l'obtention de preuves tangibles sur lesquelles le professionnel peut s'appuyer constitue un défi (Anthony et collab., 2009). Plusieurs des signes cliniques ne sont pas spécifiques à la maltraitance (par exemple la déshydratation ou une fracture) ou sont particulièrement difficiles à documenter pour le professionnel (Anetzberger, 2005). Par exemple, une augmentation des transactions bancaires dans le compte de l'aîné n'est pas observable lors d'une consultation médicale. De même, l'appréciation de la qualité des soins comporte une dimension subjective qui complexifie la détection (Fulmer et collab., 2004).

La recherche de cas peut également viser à identifier les proches aidants qui ont des comportements maltraitants ou qui sont à risque d'adopter de tels comportements envers l'aîné de qui ils prennent soin. Cette approche semble particulièrement prometteuse avec les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ou de démence. En effet, on a détecté une prévalence plus élevée de maltraitance chez les aînés atteints de troubles cognitifs ou de démence, de telle sorte que certains auteurs recommandent de questionner systématiquement tous les proches aidants dans un tel contexte (Wiglesworth et collab., 2010).

En résumé

La nécessité que les professionnels de la santé et des services sociaux en contact avec des aînés recherchent les cas de maltraitance dans leur clientèle ressort des recommandations en vigueur, et ce, dans une variété de milieux cliniques (clinique ambulatoire, milieu hospitalier, à domicile). Cependant, la clientèle à cibler (tous les aînés, uniquement ceux en présence de symptômes ou de facteurs de risque, les proches, uniquement les aidants) et l'approche à préconiser pour détecter les situations de maltraitance font moins l'unanimité.

4 FACTEURS À CONSIDÉRER DANS LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS DES AÎNÉS

Les facteurs influençant la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne ont principalement été étudiés à partir d'enquêtes auprès de professionnels. Des analyses de l'offre, de l'organisation et de l'utilisation des services ainsi que des profils de signalement ont également servi à dégager des facteurs à considérer lorsqu'il est question de rechercher des cas de maltraitance subie par des aînés. Conformément au cadre d'analyse (figure 1) retenu pour cette synthèse, la documentation scientifique a été analysée à partir des quatre catégories de facteurs : les facteurs liés aux aînés et à leur entourage; les facteurs en lien avec les professionnels; les facteurs organisationnels et finalement, les facteurs sociolégaux.

4.1 FACTEURS LIÉS AUX AÎNÉS ET À LEUR ENTOURAGE

Les facteurs liés aux aînés et à leur entourage comme pouvant faciliter ou être un obstacle à la recherche de cas de maltraitance ont été relativement peu étudiés (Erlingsson, 2007). Les connaissances sur la question proviennent de l'expérience/témoignage de professionnels œuvrant auprès d'une clientèle aînée, d'études qualitatives et de lignes directrices destinées aux professionnels. Cependant, les difficultés du dévoilement ainsi que les troubles cognitifs associés au vieillissement apparaissent comme deux barrières importantes à la recherche de cas de maltraitance chez les aînés. Aussi, la nature et la qualité de la relation entre les aînés et leur entourage sont à considérer.

4.1.1 Difficultés du dévoilement

Il est reconnu que les personnes qui subissent de la maltraitance dévoilent rarement spontanément la violence qu'elles subissent (Fulmer et collab., 2004; Lachs et Pillemer, 2004; Wilson, 2002). Les raisons évoquées pour expliquer le non-dévoilement des situations de maltraitance sont de plusieurs ordres. L'aîné peut nier la situation vécue ou, tout simplement, ne pas considérer que les comportements commis sont abusifs, notamment en raison de son bagage familial ou culturel (Anetzberger, 2005). Un malaise ou la honte peuvent également faire en sorte que l'aîné ne révèle pas les comportements maltraitants ou négligents qu'il subit. Outre un désir de ne pas dévoiler la situation aux professionnels (Pillemer et collab., 2007; World Health Organization, 2008), les personnes peuvent avoir de la difficulté à formuler une demande d'aide. Certains avancent que les hommes âgés seraient moins enclins à demander de l'aide et à révéler une situation de maltraitance aux professionnels de la santé (Yaffe et collab., 2007).

Les réticences des aînés à aborder la maltraitance vécue sont aussi liées aux conséquences perçues d'un tel dévoilement. La peur des représailles de la part du proche aidant, la crainte de se retrouver en établissement d'hébergement ainsi que les conséquences envisagées pour la personne maltraitante sont autant d'éléments qui peuvent préoccuper les personnes qui vivent de la maltraitance (Abbey, 2009). Une étude réalisée auprès de femmes aînées victimes de violence conjugale a révélé plusieurs barrières à la recherche d'aide. La crainte de ne pas être crue, des réactions de la famille, des conséquences pour le conjoint violent,

les croyances religieuses et le désir de préserver l'équilibre familial sont parmi les barrières mentionnées (Beaulaurier et collab., 2008).

4.1.2 Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont aussi des enjeux à considérer lorsqu'il est question de détecter la maltraitance vécue par des aînés (Anetzberger, 2005; Fulmer et collab., 2004; Nelson et collab., 2004; Wiglesworth et collab., 2010). La présence de troubles cognitifs peut en effet rendre difficile la collecte d'information auprès de l'aîné. La plupart des outils de détection développés jusqu'à ce jour examinent la maltraitance à partir de l'information fournie par l'aîné¹⁶. Or, il a été démontré que la justesse des informations sur la maltraitance n'est pas optimale lorsqu'elles sont recueillies auprès d'aînés présentant des troubles cognitifs (Buri et collab., 2009). Outre la difficulté de documenter le phénomène, les pertes cognitives peuvent interférer dans la conscience même des actes maltraitants subis (Anetzberger, 2005).

4.1.3 Relation de l'aîné avec son entourage

Les troubles cognitifs, mais aussi d'autres limitations physiques et fonctionnelles, font en sorte que certaines personnes âgées peuvent dépendre, à des degrés divers, de leur entourage pour combler des besoins de la vie quotidienne. La nature des relations familiales et la dépendance ou l'interdépendance de certaines dyades aînés-aidants complexifient alors la détection de la maltraitance (Joubert et Posenelli, 2009). D'ailleurs, la vulnérabilité et les caractéristiques de l'aîné, mais aussi celles de son entourage, sont des éléments qui influencent la prise de décision du professionnel quant au soupçon d'une situation de maltraitance (Killick et Taylor, 2009). L'évaluation de l'état santé de l'aîné et de l'aidant ainsi que la compréhension du contexte de vie et des conditions socioéconomiques de la dyade sont des éléments considérés par des professionnels de la santé pour statuer sur une possible situation de maltraitance (Fulmer et collab., 2003). Une étude auprès de gériatres a démontré que certains, pour diagnostiquer la maltraitance, évaluent d'emblée le proche aidant d'un aîné lorsque ce dernier présente des limitations fonctionnelles ou des troubles cognitifs (Harrell et collab., 2002).

Par ailleurs, il semble que les personnes qui maltraitent soient plus disposées à dévoiler la maltraitance commise que les aînés qui la subissent. Des études réalisées auprès de dyades d'aînés et de proches aidants laissent à penser que ces derniers sont ouverts à faire part des difficultés éprouvées ou des comportements inappropriés qu'ils commettent envers un aîné dont ils prennent soin (Reis et Nahmiash, 1995a; World Health Organization, 2011). En effet, lorsqu'on leur pose directement des questions, les proches aidants peuvent révéler la maltraitance commise (Wiglesworth et collab., 2010).

4.2 FACTEURS EN LIEN AVEC LES PROFESSIONNELS

Douze études ont recueilli à l'aide de questionnaires des informations sur les connaissances, les attitudes, les perceptions ou les pratiques de professionnels de la santé et des services sociaux en lien avec la maltraitance envers des aînés, notamment en ce qui a trait à la recherche de cas.

¹⁶ La question des outils de détection est abordée de façon plus spécifique et détaillée dans le chapitre suivant.

Huit articles repérés portent exclusivement sur des médecins (Kennedy, 2005; Krueger et Patterson, 1997; McCreadie et collab., 2000; Oswald et collab., 2004; Saveman et Sandvide, 2001; Taylor et collab., 2006; Thomson et collab., 2010; Wagenaar et collab., 2010), une étude cible des étudiants en médecine (Thompson-McCormick et collab., 2009) et une autre interroge des directeurs de programmes sur le curriculum de formation des médecins (Wagenaar et collab., 2009). Quatre études sondent des groupes mixtes de professionnels, incluant des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des diététistes, des auxiliaires en soins à domicile et des répondants préhospitaliers (ambulanciers, etc.) (Almogue et collab., 2010; Bell et collab., 2004; Rinker, Jr., 2009; Wong et Marr, 2002).

La plupart des études recensées n'ont pas eu recours à un questionnaire validé pour recueillir l'information auprès des professionnels. Souvent, les analyses portent sur de petits échantillons et les données ont été recueillies dans un seul site, localisé principalement aux États-Unis ou au Royaume-Uni.

À ces douze études s'ajoutent cinq études qualitatives qui abordent de façon plus approfondie les enjeux professionnels autour de la recherche de cas de maltraitance envers des aînés (Fulmer et collab., 2003; Harrell et collab., 2002; Joubert et Posenelli, 2009; Schmeidel et collab., 2012; Yaffe et collab., 2009). Finalement, deux revues systématiques, l'une sur les connaissances des professionnels, la détection et le signalement de la maltraitance (Cooper et collab., 2009 b) et l'autre sur la prise de décision professionnelle en matière de maltraitance (Killick et Taylor, 2009) complètent les études abordant les facteurs professionnels influençant la recherche de cas.

4.2.1 Connaissances et perceptions au regard de la problématique

Les connaissances que possèdent les professionnels sur la définition de la maltraitance, les signes, les symptômes et les facteurs de risque à observer ainsi que sur la prévalence de celle-ci dans la population influencent leur capacité à reconnaître les situations de maltraitance et leur vigilance. Il s'agit d'un des facteurs les plus importants pouvant conditionner la recherche de cas de maltraitance envers des aînés.

Plusieurs études ont tenté de qualifier le niveau de connaissances des médecins quant à la maltraitance commise envers des aînés (Cooper et collab., 2009 b; Jones et collab., 1997; Kennedy, 2005; McCreadie et collab., 2000; Oswald et collab., 2004; Saveman et Sandvide, 2001; Taylor et collab., 2006; Thompson-McCormick et collab., 2009). Il ressort de ces écrits que le corps médical en connaît peu sur la question. L'étude d'Almogue et ses collaborateurs (2010), réalisée auprès de médecins et d'infirmières israéliennes, laisse à penser que cette méconnaissance est similaire chez les infirmières. Par ailleurs, une analyse d'entretiens auprès de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux semble confirmer que les médecins et les infirmières sont peu confiants en leurs connaissances sur la maltraitance comparativement à leurs collègues en travail social (Schmeidel et collab., 2012).

Des chercheurs ont sondé des médecins de famille canadiens sur les obstacles et les stratégies à considérer dans la détection et le suivi des aînés maltraités. Le manque de connaissances sur ce qu'est la maltraitance et sur sa prévalence est ressorti comme une barrière au repérage des aînés maltraités (Krueger et Patterson, 1997).

Il appert également que les médecins ont tendance à sous-estimer l'ampleur de la maltraitance subie par des aînés (Cooper et collab., 2009b). Interrogés sur la question, la plupart évaluent que c'est une problématique peu présente chez leurs patients âgés (Kennedy, 2005). Par exemple, dans une enquête auprès de médecins de famille, plus de la moitié (35 sur 63) ont mentionné comme barrière au signalement que la maltraitance n'était pas un problème significatif chez leurs patients (Wagenaar et collab., 2010).

Cette conception qu'ont les médecins, que les personnes qui vivent de la maltraitance ne se retrouvent pas dans leur clientèle aînée, est partagée par d'autres professionnels en première ligne. Une étude qualitative récente réalisée auprès d'infirmières, de médecins et de travailleurs sociaux a fait ressortir que chaque corps professionnel sondé prétendait être peu exposé à la maltraitance dans sa pratique auprès d'une clientèle aînée (Schmeidel et collab., 2012). Les professionnels reconnaissent cependant son existence et considéraient que les autres professionnels devaient faire face à des situations de maltraitance. Ainsi, la maltraitance envers les aînés était conceptualisée comme un problème réel, mais interpellant un autre corps professionnel que le sien.

À cela s'ajoute une vision parfois stéréotypée des aînés potentiellement maltraités. Des groupes de discussion avec des travailleurs sociaux, des infirmières et des médecins québécois ont démontré que les professionnels avaient tendance à concevoir une personne qui subit de la maltraitance comme étant une personne âgée de 80 ans et plus, frêle, plutôt qu'une personne active de 65 ans et plus (Yaffe et collab., 2009). La conception de la victime type influencerait la recherche de cas en ce sens que le professionnel n'a pas le réflexe de poser des questions à certaines catégories d'aînés ne correspondant pas à sa conception de victime. Une vision similaire a été observée en ce qui a trait à la recherche de cas de violence conjugale chez les femmes. En effet, certains médecins ne considéraient pas la possibilité qu'une femme aînée subisse de la violence conjugale et omettaient d'aborder la question avec leurs patientes aînées (Fisher et collab., 2006).

4.2.1.1 Influence de la formation

Bien que le niveau de connaissances des professionnels joue un rôle de premier plan dans la sensibilisation au phénomène et sa détection, la formation spécifique à la maltraitance commise à l'endroit d'aînés demeure limitée. Wagenaar et collab. (2010) ont constaté le peu d'insistance sur la maltraitance à l'endroit des aînés dans le curriculum de formation des médecins, de même qu'une grande variabilité entre les programmes de formation selon la spécialité (urgence, médecine interne, médecine familiale).

Une étude canadienne auprès d'un petit échantillon de professionnels de la santé a fait ressortir que près de la moitié des répondants n'avaient pas reçu de formation initiale sur la maltraitance, ni de formation continue après l'obtention de leur diplôme (Wong et Marr, 2002). Or, ceux qui avaient suivi de la formation après l'obtention de leur diplôme

connaissent mieux les facteurs de risque de maltraitance. Une étude comparable réalisée aux États-Unis arrive à des constats similaires sur la formation concernant la maltraitance envers les aînés dispensée au cours de la formation médicale initiale. Dans l'enquête, la moitié (51 %) des 197 médecins interrogés ont rapporté n'avoir reçu aucune formation formelle sur la maltraitance (Wagenaar et collab., 2010). Parallèlement, dans une enquête auprès d'étudiants britanniques en médecine faisant une spécialité en gériatrie, 74,1 % des répondants ont mentionné ne pas se sentir suffisamment préparés pour faire face à des cas de maltraitance à l'endroit d'aînés. Plus encore, aucun des étudiants de dernière année n'a mentionné être suffisamment formé (Thomson et collab., 2010). Ainsi, la présence et l'intensité de la formation des professionnels sur la problématique de la maltraitance sont des enjeux à considérer.

4.2.2 Pratiques et attitudes des professionnels

Jones et collab. (1997) et Oswald et collab. (2004) ont utilisé le même questionnaire pour sonder des urgentologues et des médecins de famille sur leurs pratiques en matière de recherche de cas et de signalement. Il ressort de ces deux études que les médecins qui adoptent une pratique proactive consistant à poser systématiquement des questions directes à leurs patients aînés concernant la maltraitance sont plus susceptibles d'avoir repéré des cas dans la dernière année. Cette pratique était cependant peu fréquente chez les médecins sondés (12 % le faisait dans l'étude d'Oswald et collab. et 84 % posait rarement ces questions à leurs patients dans l'étude de Jones et collab. 1997). Ces résultats confirment ceux d'autres études réalisées auprès du corps médical à savoir que les médecins questionnent rarement directement leurs patients aînés au sujet de comportements maltraitants qu'ils pourraient subir (Kennedy, 2005; Taylor et collab., 2006).

Enfin, la conception qu'ont les professionnels de leur rôle auprès de l'aîné et de leur responsabilité dans la détection et la gestion des situations de maltraitance est envisagée différemment selon la profession (Killick et Taylor, 2009; Yaffe et collab., 2009). Par exemple, les infirmières interrogées dans l'étude de Schmeidel et collab. 2012, tout en étant soucieuses du bien-être de l'aîné, rapportent éprouver un malaise à le questionner sur des situations de maltraitance et s'attendent à ce que d'autres professionnels s'en chargent. Similairement, les travailleurs sociaux craignent les conséquences pour l'aîné ou l'aidant d'évoquer une possible situation de maltraitance, tandis que les médecins soutiennent que d'autres problèmes de santé sont plus prioritaires (Schmeidel et collab., 2012).

4.3 FACTEURS ORGANISATIONNELS

Les aspects organisationnels en lien avec la recherche de cas de maltraitance envers des aînés sont peu étudiés (Erlingsson, 2007; Killick et Taylor, 2009), mais un consensus émerge voulant que des lacunes importantes existent en ce qui a trait aux outils, aux protocoles et aux lignes directrices en matière de maltraitance envers des aînés (Anetzberger, 2001; Perel-Levin, 2008; Schofield et Mishra, 2003; World Health Organization, 2008; Yaffe et collab., 2008).

L'environnement clinique dans lequel le professionnel œuvre peut s'avérer crucial pour rechercher les cas de maltraitance. Par exemple, la création de conditions favorables à l'entrevue avec la personne âgée est une incontournable nécessité, notamment pour que la confidentialité soit préservée et que la personne se sente à l'aise de dévoiler la maltraitance subie (Ministry of Health and Age Concern New Zealand, 2007). D'ailleurs, la présence de l'entourage de l'ainé et de la personne possiblement maltraitante peut complexifier la recherche de cas, tant pour le professionnel qui questionne l'ainé que pour l'ainé lui-même qui se retrouve dans une position délicate (Pillemer et collab., 2007). Des professionnels ont mentionné la difficulté de s'entretenir en privé avec l'ainé et rarement prendre la peine de demander à l'entourage de quitter la salle (Schmeidel et collab., 2012). Par ailleurs, les milieux cliniques très achalandés, tels que les salles d'urgence et les cliniques médicales, invitent à recourir à des outils brefs afin d'alléger le temps requis par le professionnel pour identifier des cas (Fulmer et collab., 2000; Fulmer et collab., 2004).

Au-delà du temps requis, le fait de pouvoir compter sur un outil validé en lequel le professionnel a confiance est facilitant (Fulmer et collab., 2003). L'existence d'un protocole qui encadre la recherche de cas, qui définit les responsabilités de chacun et qui détaille les procédures d'orientation vers les services est aidant pour les professionnels qui doivent jongler avec une clientèle nombreuse et qui disposent d'un temps restreint avec chaque personne (World Health Organization, 2008). Dans une enquête auprès de médecins de famille aux États-Unis, les répondants qui avaient mentionné œuvrer dans un cabinet qui avait un protocole de signalement de la maltraitance commise envers des aînés étaient plus susceptibles d'avoir signalé un cas (Oswald et collab., 2004). Ainsi, la présence d'un protocole constitue un élément mis en place par l'organisation pour faciliter et formaliser la recherche de cas et le signalement.

Offrir une rémunération supplémentaire¹⁷ aux médecins pour les inciter à adopter des activités de recherche de cas est aussi une mesure envisagée. Par exemple, en Colombie-Britannique, le *Medical Services Plan* inclut une catégorie de facturation pour l'évaluation de la maltraitance à l'endroit d'un aîné ou le stress vécu par un proche aidant (Spencer, 2010). Cependant, cette mesure n'a pas été évaluée en termes d'augmentation des cas détectés.

La formation continue en matière de maltraitance des aînés, bien que marginalement suivie par les professionnels, apparaît comme un facteur facilitant la recherche de cas (Killick et Taylor, 2009). En Irlande, l'analyse des orientations vers les services pour cause de maltraitance a démontré que la première source de signalement était les infirmières de santé publique (34 %) et d'autres professionnels de la santé (18 %), tandis que les médecins de première ligne ne comptaient que pour 4 % des références. Or, ce profil de signalement diffère de celui des États-Unis, notamment en ce qui a trait à la proportion des cas signalés par des infirmières et des professionnels de la santé. Les auteurs avancent l'hypothèse que la formation ciblée dispensée aux professionnels de la santé en Irlande a favorisé une telle pratique (Clancy et collab., 2011). Plus encore, rapporter ne pas avoir suivi de formation continue sur la problématique est associé significativement au fait de ne pas reconnaître une situation de maltraitance au moment de la visite (Wagenaar et collab., 2010). L'offre de formation continue, en plus de développer les capacités des intervenants en matière de

¹⁷ <http://toolkit.cfpc.ca/fr/remuneration/payment-incentives.php>.

recherche de cas, lance le message indiquant que la maltraitance envers les aînés est une problématique prise au sérieux au sein de l'organisation.

4.3.1 Référence, suivi et intervention

La facilité de la référence et du suivi subséquent à l'identification d'une victime de maltraitance suspectée influence la recherche de cas. À l'instar d'un protocole qui encadre la référence et le suivi à la suite de la détection d'un cas, la qualité des relations entre les différents corps professionnels appelés à collaborer constitue également un facteur majeur du suivi (Bomba, 2006; Imbody et Vandsburger, 2011; Killick et Taylor, 2009; McCreadie et collab., 2000). D'ailleurs, il est reconnu qu'en raison de la complexité du problème, le déploiement d'une équipe multidisciplinaire est un atout important pour le suivi et l'intervention auprès des aînés qui subissent de la maltraitance (Fulmer et collab., 2000; Harrell et collab., 2002).

Le manque de ressources pour le suivi des aînés maltraités est d'ailleurs un enjeu soulevé lorsqu'il est question de repérer les cas (Killick et Taylor, 2009). Par exemple, dans un projet visant à encourager et à faciliter la recherche et le signalement des cas de maltraitance, notamment par des aides à domicile, la piètre qualité ou l'absence de suivi après le signalement d'un cas est apparue comme un enjeu préoccupant (Radensky et Parikh, 2008).

Dans la même logique, les professionnels appelés à rechercher les cas sont préoccupés par la valeur des interventions à proposer aux aînés qui vivent une situation de maltraitance (Killick et Taylor, 2009). L'accès à des stratégies d'intervention qui se traduisent par des résultats positifs pour la victime est susceptible d'encourager les professionnels à s'engager dans la recherche des cas (World Health Organization, 2008). Or, plusieurs réserves ont été formulées au sujet de la capacité des interventions à améliorer la situation de l'aîné et de mettre fin à la maltraitance (Nelson et collab., 2004; Nelson et collab., 2012; Pillemer et collab., 2007; Ploeg et collab., 2009). Les effets adverses de certaines interventions, par exemple une « revictimisation », ont même été soulevés (Ploeg et collab., 2009), de même qu'une mise en garde au sujet de la transposition intégrale de stratégies utilisées en prévention de la violence conjugale ou de la maltraitance des enfants (Pillemer et collab., 2007).

4.4 FACTEURS SOCIOLOGIQUES

L'âgisme, le sexisme, le racisme et d'autres formes de discrimination présentes dans la société affectent les aînés et les relations qu'ils entretiennent avec leur entourage et les autres membres de la société (Walsh et collab., 2011). En ce sens, les attitudes négatives ou discriminatoires à l'égard des aînés sont susceptibles d'être présentes chez les professionnels de la santé et des services sociaux et d'interférer dans les pratiques de recherche de cas. Par exemple, les médecins peuvent avoir une tendance à assimiler les problèmes de santé physique et mentale vécus par un aîné comme associés au processus normal de vieillissement plutôt que soupçonner une situation de maltraitance (Bomba, 2006). Aussi, on peut penser que des politiques publiques influençant directement certaines conditions de vie des aînés, par exemple l'absence de logement et de services adéquats ou

un faible revenu (Walsh et collab., 2011; World Health Organization, 2011), les incitent à ne pas révéler des situations maltraitantes et accentue leur isolement (Podnieks, 2006).

En ce qui a trait aux lois, l'obligation de signaler les cas de maltraitance subie par des aînés aux services de protection engendre des responsabilités pour les professionnels de la santé et des services sociaux. La présence même de services de protection des adultes vulnérables est un élément important de la réponse à la maltraitance envers les aînés¹⁸.

En résumé

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'affecter la recherche de cas de maltraitance commise envers des aînés. La méconnaissance de la problématique et certaines pratiques et attitudes des professionnels de la santé et des services sociaux apparaissent comme parmi les barrières à la détection des situations de maltraitance. Bien que les facteurs liés aux professionnels soient les plus étudiés, il semble important de considérer les caractéristiques des aînés et de leur entourage qui peuvent complexifier la recherche de cas. Enfin, le contexte clinique dans lequel le professionnel évolue et la présence de conditions organisationnelles facilitant la détection, mais aussi le suivi des aînés qui subissent de la maltraitance sont des facteurs à considérer. Les prochaines sections sur les outils de détection et les interventions visant à augmenter la recherche de cas font état de stratégies déployées pour tenter d'agir sur l'un ou l'autre de ces facteurs.

¹⁸ Voir la section 2.5.2 sur le signalement obligatoire dans la problématique.

5 OUTILS DE DÉTECTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS DES AÎNÉS

Dans le cadre d'une activité de recherche de cas, les outils servent à détecter des indices en se basant sur des facteurs de risque, des manifestations cliniques (harcèlement, violation des droits, etc.) ou des conséquences observées de la maltraitance. Ces indices permettent de suspecter qu'un aîné vit une situation de maltraitance, sans toutefois le confirmer. Les outils de détection et d'évaluation fournissent aux professionnels une structure et un format pour colliger de l'information sur l'aîné (Spencer, 2010). En ce sens, ils permettent de standardiser l'activité de recherche de cas réalisée par un professionnel (Anetzberger, 2005; Cohen, 2011).

Les premiers outils de détection validés et spécifiques à la maltraitance envers des aînés datent des années 1980. L'Elder Abuse Instrument (EAI) développé par T. Fulmer pour une utilisation en salle d'urgence fait figure de précurseur. Depuis, les connaissances concernant les outils de détection ont continué d'évoluer. Dans les dix dernières années, plusieurs recensions d'outils de détection de la maltraitance envers des personnes âgées ont été publiées (Anthony et collab., 2009; Buri et collab., 2009; Cohen, 2011; Daly et Jogerst, 2005; Fulmer et collab., 2004; Haggerty et collab., 2011; Meeks-Sjostrom, 2004; Perel-Levin, 2008; Sandmoe, 2007; Spencer, 2010; Wiglesworth et collab., 2010). Selon l'année de publication, les objectifs poursuivis dans ces synthèses et les critères d'inclusion, le nombre et la liste des outils varient considérablement.

5.1 DESCRIPTION DES OUTILS

Aux fins de cette synthèse des connaissances, quinze outils ont été identifiés et analysés (tableau 4). Comme il est établi dans la méthodologie, le principal critère d'inclusion des outils était la validation de leurs propriétés psychométriques¹⁹.

Cinq outils repérés proviennent des États-Unis (EAI, HS-EAST, FVOW, MCTS, OAPAM), où le cadre législatif rend obligatoire le signalement aux autorités (APS) des cas de maltraitance à l'endroit de personnes âgées²⁰. Quatre outils ont été développés ou validés au Québec, dont trois dans les années 1990. Il s'agit de l'EASI, du CASE, de l'IOA et du QUALCARE. Les autres instruments proviennent d'Israël (E-IOA), de l'Australie (VASS et SVS), de l'Espagne (EDMA), du Mexique (GMS) et de Taiwan (EPAS).

En ce qui concerne la méthode de collecte de l'information privilégiée dans les instruments, sept examinent la possibilité de maltraitance directement auprès des aînés (EAI, EASI, HS-EAST, VASS, OAPAM, FVOW, GMS), six s'attardent à la situation vécue par l'aîné, mais évaluent aussi son environnement et ses relations avec l'entourage (EDMA, EPAS, E-IOA, IOA, QUALCARE, SVS) tandis que les deux derniers visent à détecter les proches aidants maltraitants en les questionnant directement (CASE, MCTS).

¹⁹ La validation devait avoir fait l'objet d'une publication dans une revue scientifique.

²⁰ Voir la section 2.5.2 sur le signalement obligatoire et les nuances des services APS.

La plupart des outils repérés s'intéressent à plusieurs formes de maltraitance, mais certains sont spécifiques à un type en particulier, soit l'exploitation financière ou la maltraitance psychologique. Il est à noter que deux outils visent à détecter spécifiquement la violence conjugale. Par ailleurs, parmi l'ensemble des outils, seulement trois permettent de documenter la nature de la relation entre la personne maltraitante et la victime. En ce qui a trait à la violence de nature sexuelle, elle fait rarement l'objet d'une question spécifique, et ce, même si l'outil prévoit évaluer cette forme de maltraitance.

Deux grandes catégories d'outils ont été repérées : les **outils de détection** de la maltraitance commise à l'endroit d'un aîné et les **outils d'évaluation** de la maltraitance commise à l'endroit d'un aîné. Une dernière catégorie a été ajoutée pour présenter les outils qui permettent **d'évaluer le risque** que l'aîné soit victime de maltraitance dans le futur. Bien que ces instruments ne s'inscrivent pas dans une activité de recherche des « cas » à proprement parler, ils ont été considérés pour témoigner des approches en matière de détection précoce de la maltraitance.

Tableau 4 Liste des outils de détection et d'évaluation de la maltraitance commise envers des aînés

OUTIL DE DÉTECTION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
CASE : <i>Caregiver Abuse Scale</i> Canada (1995)	8 questions Autoadministré (proche aidant)	Professionnels de la santé et des services sociaux.	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,71) Validité de construit
EASI : <i>Elder abuse suspicion index</i> Canada (2008)	6 questions Entretien	Médecins Ambulatoire	Sensibilité (47 %; 51-67 %) Spécificité (75 %; 95-96 %)
HS-EAST : <i>Hwalek-Sengstock– Elder Abuse Screening Test</i> États-Unis (1986)	15 questions Entretien ou autoadministré	Professionnels de la santé et des services sociaux. Services sociaux ou à domicile.	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,29 et 0,46) Validité de contenu Validité de construit Valeur prédictive (67,8 %; 71,43 %)
MCTS : <i>Modified Conflict Tactics Scale</i> États-Unis (2005)	10 items Autoadministré (proche aidant)	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,67 et 0,83) Validité de construit Sensibilité (87 %; 100 %) Spécificité (70 %; 98 %)
VASS : <i>Vulnerability to Abuse Screening Scale</i> Australie (2002)	12 items Autoadministré	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha de Cronbach entre 0,31 et 0,74) Validité de construit

**Tableau 4 Liste des outils de détection et d'évaluation de la maltraitance commise
envers des aînés (suite)**

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
EAI : <i>Elder Abuse and Neglect Assessment Instrument</i> États-Unis (1984)	41 questions Entretien	Infirmières ou médecins. Urgence ou clinique ambulatoire.	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,84) Fidélité interjuges (kappa 0,65; 88,9 %) Sensibilité (71 %) Spécificité (93 %)
EDMA : Échelles de détection des comportements négligents et maltraitants Espagne (2004)	54 items Observation	Professionnels des services sociaux. À domicile ou en contexte ambulatoire.	Consistance interne (alpha 0,93) Stabilité, fidélité interjuges Validité de construit Validité de contenu Sensibilité (93 % et 91 %) Spécificité (89 % et 94 %)
EPAS : <i>Elder's Psychological Abuse Scale</i> Taiwan (2006)	32 questions Entretien et observation	Professionnels des services sociaux. À domicile ou en institution.	Stabilité (test-retest 79 et 100 %, kappa 0,6) Validité de contenu Validité de construit
FVOW : <i>Family Violence Against Older Women Scale</i> États-Unis (2009)	29 items Entretien	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha 0,97) Stabilité (test-retest 0,83) Validité de construit
E-IOA : <i>Expanded Indicators of Abuse Questionnaire</i> Israël (2006)	23 questions Entretien	Professionnels des services sociaux. Hôpital	Consistance interne (alpha 0,78; 0,91) Validité de contenu Validité de construit Sensibilité (60,9 %; 92,9 %) Spécificité (94,3 %; 97,9 %)
GMS : <i>Geriatric Mistreatment Scale</i> Mexique (2012)	22 items Entretien	Professionnels de la santé et des services sociaux. À domicile	Consistance interne (alpha 0,83) Validité de contenu Validité de construit
IOA : <i>Indicators of Abuse</i> Canada (1998)	29 items Entretien et observation	Professionnels de la santé et des services sociaux. À domicile	Consistance interne (alpha 0,91 et 0,92) Validité de construit Sensibilité (78 % et 84,4 %) Spécificité (99,2 % et 100 %)
OAPAM : <i>Older adult psychological abuse measure</i> États-Unis (2011)	18-31 items Autoadministré	Utilisateurs et milieux non spécifiés	Consistance interne (alpha 0,92) Validité de construit
QUALCARE : <i>Quality of Care Scale</i> États-Unis (1990)	54 items Observation	Infirmières À domicile	Consistance interne (alpha 0,96) Fidélité interjuge (66 %) Validité de construit
OUTIL AXÉ SUR LES FACTEURS DE RISQUE	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
SVS : <i>Social Vulnerability Scale</i> Australie (2011)	15 questions	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha 0,90; 0,81 et 0,86) Stabilité (test-retest 0,87) Validité de construit

5.1.1 Outils de détection de la maltraitance envers des aînés

La première catégorie d'outils se caractérise par leur brièveté (15 items ou moins) et le fait qu'ils sont destinés à une utilisation en contexte ambulatoire et considèrent rarement le milieu de vie de l'aîné. Les outils dits de détection utilisent plus souvent des questions directes ou indirectes sur la violence, l'exploitation et la négligence ou tentent d'identifier des signes et symptômes de maltraitance. Les concepteurs de ces outils soulignent habituellement qu'ils requièrent une évaluation subséquente plus approfondie.

OUTIL DE DÉTECTION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
CASE : <i>Caregiver Abuse Scale</i> Canada (1995)	8 questions Autoadministré (proche aidant)	Professionnels de la santé et des services sociaux	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,71) Validité de construit

Le CASE est un outil de détection des comportements maltraitants chez des proches aidants non rémunérés de personnes âgées (Reis et Nahmiash, 1995a). Il s'applique donc dans des situations spécifiques où la personne âgée est en perte d'autonomie. L'outil a été conçu pour détecter la maltraitance physique, psychologique, matérielle ainsi que la négligence. Les huit questions du CASE, auxquelles on ne peut répondre que par oui ou non, s'adressent directement à l'aidant. Le développement du CASE s'est fait dans le cadre d'un projet plus large sur la maltraitance ayant eu lieu dans un CLSC du Québec (Reis et Nahmiash, 1995 b; Reis et Nahmiash, 1998). Il en existe une version anglaise, française (DACAN) et portugaise.

Le CASE a été validé sous plusieurs aspects : fidélité et validité de construit (Reichenheim et collab., 2009; Reis et Nahmiash, 1995a). En ce qui a trait à la fidélité de l'outil, on lui attribue une bonne consistance interne (alpha de Cronbach 0,71). La validité concomitante du CASE a été examinée en le comparant à deux autres mesures de la maltraitance envers des aînés (IOA et HS-EAST) ainsi qu'à une échelle d'agression physique et verbale. Le CASE était corrélé positivement à chacune des mesures. Lors de la validation de la version portugaise au Brésil, le CASE était également corrélé à d'autres mesures de la maltraitance envers des aînés (HS-EAST et CTS) (Reichenheim et collab., 2009). Par ailleurs, le score du CASE était significativement plus élevé chez les proches aidants maltraitants que chez ceux qui ne l'étaient pas. Un score de quatre ou plus peut être considéré comme étant à risque de maltraitance. Enfin, les auteurs de l'outil affirment que le CASE est acceptable pour les proches aidants, puisqu'aucun n'a refusé de le compléter.

OUTIL DE DÉTECTION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
EASI : <i>Elder Abuse Suspicion Index</i> Canada (2008)	6 questions Entretien	Médecins Ambulatoire	Sensibilité (47 %; 51-67 %) Spécificité (75 %; 95-96 %)

L'outil EASI est présenté comme un outil de détection visant à documenter les soupçons du médecin traitant afin qu'il puisse diriger les aînés potentiellement maltraités vers les services sociaux pour une évaluation plus approfondie (Yaffe et collab., 2008; Yaffe et collab., 2009). L'EASI permet de détecter la négligence, la maltraitance physique, sexuelle, psychologique, l'exploitation financière et la violation des droits. L'outil se compose de cinq questions à poser directement à l'aîné et une question qui fait appel au jugement clinique du médecin. Il est destiné à être utilisé en contexte ambulatoire (par exemple en clinique médicale). Il a été développé au Québec dans les années 2000. Les questions incluses dans l'outil ont été validées par des groupes de discussion composés de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux (Yaffe et collab., 2009). Une version autoadministrée, composée de cinq questions, a également été testée (Yaffe et collab., 2012a). La version originale de EASI a été développée en anglais, mais il existe des versions²¹ en espagnol (Perez-Rojo et collab., 2010), en français, en portugais, en allemand, en hébreu, en italien et en japonais. Une version autoadministrée de l'outil est aussi disponible (Yaffe et collab., 2012a; Yaffe et collab., 2012 b). Notons également que l'outil EASI a été validé dans le cadre d'un projet que l'OMS a déployé dans huit pays et qui visait le développement d'un outil universel de détection destiné aux professionnels de la santé (World Health Organization, 2008). EASI figure également au PNSP comme outil prometteur pour la recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées.

En ce qui a trait aux propriétés psychométriques de l'outil, la validation auprès d'un échantillon de 104 médecins québécois avec 663 de leurs patients, sans troubles cognitifs, âgés de 65 ans et plus a démontré une bonne spécificité (75 %) et une sensibilité modeste (47 %) (Yaffe et collab., 2008). La validation de EASI en Espagne auprès de travailleurs sociaux a montré une sensibilité et une spécificité comparable, quoique supérieure (sensibilité : 51 %-67 % et spécificité : 95-96 %) (Perez-Rojo et collab., 2010). Une récente étude visant à vérifier la faisabilité d'avoir recours à une version autoadministrée a démontré son acceptabilité par 211 aînés (Yaffe et collab., 2012a).

²¹ *The Elder Abuse Suspicion Index* © (EASI) : www.mcgill.ca/familymed/research/elder.

OUTIL DE DÉTECTION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
HS-EAST : <i>Hwalek-Sengstock – Elder Abuse Screening Test</i> États-Unis (1986)	15 questions Entretien ou autoadministré	Professionnels de la santé et des services sociaux. Services sociaux ou à domicile.	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,29 et 0,46) Validité de contenu Validité de construit Valeur prédictive (67,8 %; 71,43 %)

Le développement du HS-EAST remonte aux années 1980 (Hwalek et Sengstock, 1986). Il a été élaboré aux États-Unis dans un contexte de services de protection des adultes vulnérables (APS). L'outil a été développé pour soutenir les intervenants dans l'identification des situations à risque de maltraitance, mais aussi pour déterminer les besoins de services de l'aîné. Le HS-EAST permet d'identifier des situations de maltraitance, ou à risque de maltraitance, à partir de trois dimensions (violation des droits ou mauvais traitements, vulnérabilité et situations potentiellement à risque de maltraitance). Le HS-EAST documente la maltraitance physique et psychologique, la négligence, l'exploitation financière et la violation des droits. La première version de l'outil comportait 15 questions à compléter par le professionnel en fonction des réponses de l'aîné. Il existe également une version brève de l'outil qui peut être autoadministrée par l'aîné. Le HS-EAST utilise un système de score sommatif, chaque réponse dans le sens de la maltraitance comptant pour un point. L'outil est disponible en anglais.

Depuis sa création dans les années 1980, le HS-EAST a été validé dans différents contextes et sous plusieurs aspects : fidélité, validité de contenu et de construit et validité liée au critère (Fulmer et collab., 2012; Moody et collab., 2000; Neale et collab., 1991). Il a été utilisé en contexte clinique APS avec des aînés vivant en HLM et dans une clinique dentaire. En ce qui concerne la fidélité de l'outil, il apparaît qu'il a une faible consistance interne (alpha de Cronbach 0,29 et 0,46) (Moody et collab., 2000; Neale et collab., 1991). Pour ce qui est de sa valeur prédictive, le HS-EAST classe correctement 67,8 % dans la première étude et 74 % des cas dans la deuxième. Alors qu'en 1991, le HS-EAST générait un pourcentage de faux négatifs de 35,7 % et de faux positifs de 9,3 %, la validation de 2000 démontre un pourcentage moins élevé de faux négatifs (11,76 %) et un pourcentage similaire de faux positifs (16,66 %) (Moody et collab., 2000; Neale et collab., 1991). Neale et ses collaborateurs mentionnent qu'en contexte clinique, un score de 3 et plus devrait signifier un risque plus élevé de maltraitance, résultat confirmé par l'équipe de Moody en 2000. Les auteurs préviennent cependant que l'outil doit être utilisé uniquement comme une étape préliminaire et être accompagné d'une investigation plus poussée de la situation de l'aîné (Neale et collab., 1991).

OUTIL DE DÉTECTION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
MCTS : <i>Modified Conflict Tactics Scale</i> États-Unis (2005)	10 items Autoadministré (proche aidant)	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,67 et 0,83) Validité de construit Sensibilité (87 %; 100 %) Spécificité (70 %; 98 %)

Le MCTS constitue une adaptation à la maltraitance envers les aînés des items du *Conflict Tactics Scale* (CTS), outil largement utilisé pour mesurer la violence interpersonnelle, et ce, tant en contexte clinique que de recherche (Beach et collab., 2005). Il s'agit d'un instrument destiné à repérer la maltraitance en questionnant directement l'aidant sur des comportements potentiellement maltraitants (Cooper et collab., 2008a). Le MCTS prend la forme d'un questionnaire autoadministré comportant 10 questions auxquelles il faut répondre à partir d'une échelle de fréquence. Il documente uniquement la maltraitance physique et psychologique. Le MCTS est souvent utilisé comme mesure étalon dans les études de détection de la maltraitance (Fulmer, 2012). Il est disponible en anglais.

Les propriétés psychométriques du MCTS ont été validées auprès de proches aidants de personnes âgées de 60 ans et plus présentant des troubles cognitifs. L'outil a une consistance interne qui va de bonne (0,83 dans Cooper et collab., 2009) à modeste (0,67 dans Beach et collab., 2005). En ce qui a trait à la capacité du MCTS à détecter correctement les cas de maltraitance physique et psychologique, une sensibilité de 87 % et une spécificité de 70 % lui sont attribuées lorsqu'il est comparé à l'évaluation d'un consensus d'experts. Bien qu'elles n'aient pas été validées en contexte clinique, les auteurs du MCTS ont examiné les conditions d'utilisation de l'outil en interrogeant les proches aidants sur son acceptabilité et en développant un système de pointage plus cohérent avec un contexte réel. 83,7 % des proches aidants participant à l'étude ont qualifié le MCTS d'acceptable. De même, le système de pointage proposé pour l'usage clinique permet d'obtenir une sensibilité de 100 % et une spécificité de 98 % lorsque le MCTS présente un score de 5 et plus et que les items de violence physique sont multipliés par 4 (Cooper et collab., 2009a).

OUTIL DE DÉTECTION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
VASS : <i>Vulnerability to Abuse Screening Scale</i> Australie (2002)	12 items Autoadministré	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha de Cronbach entre 0,31 et 0,74) Validité de construit

Le VASS est un outil qui vise à identifier les femmes âgées à risque de maltraitance physique, psychologique, financière et à repérer des comportements de contrôle exercés à leur endroit (Schofield et collab., 2002). Il s'agit d'un questionnaire autoadministré comprenant 12 questions auxquelles il faut répondre par oui ou non. Il a été bâti à partir de 10 items du HS-EAST et de 2 questions tirées du CTS. Il est disponible en anglais.

La validation du VASS s'est faite dans le cadre d'une vaste étude longitudinale auprès de plus de 10 000 femmes âgées de 70 à 75 ans (Schofield et Mishra, 2003; Schofield et Mishra, 2004). La validité de construit du VASS a été démontrée, notamment la présence de quatre facteurs dans l'outil, soit la vulnérabilité, la dépendance, le découragement et la coercition. La consistance interne de ces facteurs va de faible à bonne (alpha de Cronbach variant entre 0,31 et 0,74) (Schofield et Mishra, 2003). Il est à noter que l'outil n'a pas été validé en contexte clinique et que, bien qu'on lui attribue une bonne validité de construit, sa sensibilité et sa spécificité ne sont pas connues.

5.1.2 Outils d'évaluation de la maltraitance envers des aînés

Les instruments d'évaluation combinent à la fois des exemples de comportements maltraitants, des signes cliniques qui suggèrent sa présence et des facteurs de risque liés aux aînés ou aux proches aidants. Les outils de plus de 20 items, pour lesquels les auteurs soulignent qu'ils nécessitent une formation préalable, un entretien avec l'aîné ou l'entourage, ou une visite à domicile sont classés dans cette catégorie. On y retrouve les outils qui permettent une évaluation globale de la situation de l'aîné, en considérant son milieu de vie, ou ceux qui permettent de documenter d'une façon plus approfondie une forme spécifique de maltraitance, par exemple la violence psychologique.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
EAI : <i>Elder Abuse and Neglect Assessment Instrument</i> États-Unis (1984)	41 questions Entretien	Infirmières ou médecins. Urgence ou clinique ambulatoire.	Consistance interne (alpha de Cronbach 0,84) Fidélité interjuges (kappa 0,65; 88,9 %) Sensibilité (71 %) Spécificité (93 %)

Le EAI est un outil développé dans les années 1980 aux États-Unis (Fulmer et collab., 1984; Fulmer, 1984). Il a été conçu initialement pour être utilisé à l'urgence par des infirmières. L'EAI couvre la maltraitance physique et sexuelle, la négligence, l'exploitation financière et l'abandon. Il est administré par le professionnel lors d'un entretien en face à face avec l'aîné. Les items de l'EAI s'intéressent aux signes physiques de maltraitance, à l'autonomie de l'aîné dans la vie quotidienne, ainsi qu'à sa situation psychosociale et médicale. À ces domaines s'ajoute une évaluation de l'état général de l'aîné. L'EAI n'a pas recours à un système de score pour interpréter les résultats, mais propose plutôt une échelle qui qualifie le niveau de preuves disponibles, ainsi qu'une section pour des commentaires. L'outil d'origine a subi quelques modifications depuis sa première diffusion en 1984, notamment en ce qui a trait au nombre d'items, à leur formulation et aux domaines couverts. Une version révisée (EAI-R) ajoutant une dimension de maltraitance psychologique et comportant 51 items a été publiée en 2012 (Fulmer et collab., 2012).

L'EAI a été validé dans plusieurs contextes cliniques, notamment en salle d'urgence (Fulmer et collab., 2000; Fulmer et collab., 2005) et en clinique ambulatoire (Fulmer et collab., 2012). La fidélité ainsi que la sensibilité et la spécificité de l'outil ont été mises à l'épreuve. L'EAI

démontre une bonne consistance interne (alpha de Cronbach 0,84) ainsi qu'une fidélité interjuges convenable (kappa 0,65 et 88,9 % d'accord). En ce qui a trait à sa capacité à détecter adéquatement les cas, on lui attribue une sensibilité de 71 % et une spécificité de 93 % (Fulmer et collab., 2000). Notons également que l'EAI a été validé dans un protocole en salle d'urgence (Fulmer et collab., 2000). L'étude a démontré son acceptabilité par les infirmières et la faisabilité de l'utiliser dans un milieu clinique achalandé.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
EDMA : Échelles de détection des comportements négligents et maltraitants Espagne (2004)	54 items Observation	Professionnels des services sociaux. À domicile ou en contexte ambulatoire.	Consistance interne (alpha 0,93) Stabilité, fidélité interjuges Validité de construit Validité de contenu Sensibilité (93 % et 91 %) Spécificité (89 % et 94 %)

L'EDMA est un outil qui permet de documenter les soupçons d'un professionnel des services sociaux concernant une situation de maltraitance envers un aîné ou une situation à risque (Touza et collab., 2004). L'EDMA pose la maltraitance en termes d'inadéquation des soins, ce qui la situe sur un des pôles du continuum des soins dispensés, l'autre extrémité étant les soins adéquats. En ce sens, il est à la fois un outil d'évaluation et un outil de détection précoce des situations à risque. L'EDMA adopte une définition large de la maltraitance et permet d'en détecter les formes physiques, psychologiques et matérielles ainsi que la violence conjugale, la négligence et l'autonégligence. Les items du questionnaire répertorient des facteurs de risque, des exemples de comportements maltraitants et des signes de maltraitance. L'EDMA se compose de deux échelles, l'une concerne l'aîné (31 items) et l'autre la personne possiblement maltraitante (21 items). Le professionnel remplit le questionnaire à l'aide des données colligées par observation et, au besoin, par des entretiens avec l'aîné et son entourage. Les deux échelles peuvent être utilisées ensemble ou séparément, selon l'information disponible et les soupçons du professionnel. L'EDMA est disponible en espagnol et en anglais.

Les propriétés psychométriques (fidélité, validité de contenu et de construit, validité liée au critère) de l'EDMA ont été documentées en Espagne auprès de 46 travailleurs sociaux et 278 personnes âgées de 65 ans et plus (Touza et collab., 2011; Touza et collab., 2012). En ce qui a trait aux mesures de fidélité, l'outil présente une excellente consistance interne (alpha de Cronbach de 0,93 pour chacune des deux échelles) et une bonne stabilité à un mois d'intervalle. Par contre, le niveau de fidélité interjuges demeure à confirmer (Touza et collab., 2011). Le score total à l'échelle de l'aîné classe correctement 91,4 % des cas et présente une sensibilité de 93,2 % et une spécificité de 89,2 %, tandis que le score total à l'échelle sur la personne qui maltraite classe correctement 92,5 % des cas et obtient une sensibilité de 91,1 % et une spécificité de 94,3 %. Ajoutons que l'EDMA est fortement corrélé aux résultats de l'IOA, une mesure de la maltraitance dans le contexte d'une relation d'aide.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
EPAS : <i>Elder's Psychological Abuse Scale</i> Taiwan (2006)	32 questions Entretien et observation	Professionnels des services sociaux À domicile ou en institution	Stabilité (test-retest 79 et 100 %, kappa 0,6) Validité de contenu Validité de construit

L'EPAS est un outil documentant la maltraitance psychologique envers des aînés vivant à domicile ou en établissement (Wang J., 2006; Wang et collab., 2007). Il se compose de 32 énoncés couvrant différentes dimensions de violence psychologique et émotionnelle. L'EPAS est complété par le professionnel par observation et un entretien en face à face. Les auteurs suggèrent de compléter les dernières questions en questionnant le proche aidant, dans les cas où le professionnel n'est pas familier avec le dossier de l'aîné (Q14-Q32). La complétion de l'EPAS est relativement brève, soit entre 5 et 10 minutes. L'outil utilise un système de score dans lequel un résultat de 10 et plus indique une victimisation suspectée de l'aîné. Bien que destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux, cet outil n'a pas fait l'objet d'une validation avec des professionnels en contexte clinique. La version originale de l'outil a été validée en chinois, mais il en existe une traduction anglaise non validée.

La fidélité, ainsi que la validité de contenu et de construit de l'EPAS ont été mesurées. On lui attribue une bonne stabilité à deux semaines d'intervalle (test-retest entre 79 % et 100 %, selon les items de l'outil; k supérieur à 0,60 sauf six items) (Wang et collab., 2007). En ce qui concerne la validité de construit, les aînés qui vivent de la violence psychologique obtenaient en moyenne des scores plus élevés que les aînés non maltraités. Par contre, la validité liée au critère de l'EPAS n'a pas été mise à l'épreuve.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
E-IOA : <i>Expanded Indicators of Abuse Questionnaire</i> Israël (2006)	23 questions Entretien	Professionnels des services sociaux. Hôpital	Consistance interne (alpha 0,78; 0,91) Validité de contenu Validité de construit Sensibilité (60,9 %; 92,9 %) Spécificité (94,3 %; 97,7 %)

L'E-IOA est un outil de détection du risque de maltraitance chez des aînés qui se présentent en milieu hospitalier (Cohen et collab., 2006). Il est décrit comme un outil pouvant détecter les formes physique, sexuelle, matérielle, psychologique de maltraitance ainsi que la négligence. L'E-IOA a été développé à partir de la version originale de l'IOA (Reis et Nahmiash, 1998) et transformé en questionnaire comportant 23 items concernant l'aîné et un proche aidant. L'E-IOA est conçu pour être complété par un professionnel (par exemple un travailleur social) par le biais d'un entretien semi-dirigé avec l'aîné et sa famille. Une échelle de fréquence est proposée pour qualifier chacun des énoncés de l'outil. Le temps nécessaire

pour remplir le questionnaire est d'environ deux heures en incluant l'entretien. Une formation préalable est nécessaire à son utilisation par le professionnel.

La fidélité, le contenu, le construit et la capacité de l'E-IOA à détecter les aînés à risque de maltraitance ont été validés auprès de professionnels de la santé et d'aînés israéliens en contexte hospitalier. Il apparaît que l'instrument a une très bonne consistance interne (alpha de Cronbach oscillant entre 0,78 et 0,91) (Cohen et collab., 2006). Lorsqu'il est comparé à une liste de signes de maltraitance, l'E-IOA permet de classer correctement 91,7 % des personnes, soit 92,9 % des personnes possiblement maltraitées (sensibilité) et 97,9 % des personnes qui ne l'étaient pas (spécificité). Un score de 2,7 ou plus a été établi comme à haut risque de maltraitance. Une validation ultérieure du questionnaire auprès d'un échantillon plus vaste (730 aînés hospitalisés) a démontré que 83,3 % des aînés identifiés par la liste des signes évidents de maltraitance l'étaient correctement par l'E-IOA, soit une sensibilité de 60,9 % et une spécificité de 94,3 % (Cohen et collab., 2007). Dans cette étude, un score moyen de 1,7 et plus était considéré comme à haut risque de maltraitance. Il est à noter que l'E-IOA semble plus efficace pour identifier certaines formes de maltraitance (psychologique et exploitation financière) que d'autres.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
FVOW : <i>Family Violence Against Older Women Scale</i> États-Unis (2009)	29 items Entretien	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha 0,97) Stabilité (test-retest 0,83) Validité de construit

Le FVOW est un instrument de mesure de la violence conjugale et de la maltraitance envers des femmes afro-américaines âgées de 50 ans et plus (Paranjape et collab., 2009). L'outil se base sur une définition large de la violence familiale et comprend la violence physique, sexuelle, émotionnelle ou financière, la coercition et la négligence. En plus de se baser sur une revue de la documentation scientifique, les énoncés ont été générés à partir des résultats de groupes de discussion avec des femmes afro-américaines. Le FVOW a donc été développé avec et pour une population très spécifique. Il se compose de 29 items et il est disponible en anglais.

La première validation des propriétés psychométriques du FVOW a démontré une excellente consistance interne (alpha de Cronbach 0,973), ainsi qu'une bonne stabilité à deux semaines d'intervalle (test-retest 0,829) (Paranjape et collab., 2009). La validité de construit de l'outil semble adéquate puisque le FVOW est corrélé positivement aux résultats d'un outil mesurant la violence conjugale et à un autre mesurant la maltraitance envers les aînés (HS-EAST). À noter cependant que le FVOW est plus fortement associé à la violence conjugale indiquant qu'il mesure davantage la violence conjugale que la maltraitance. Son utilisation n'a été pas mise à l'épreuve en contexte clinique.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
GMS : <i>Geriatric Mistreatment Scale</i> Mexique (2012)	22 questions Entretien	Professionnels de la santé et des services sociaux. À domicile	Consistance interne (alpha 0,83) Validité de contenu Validité de construit

Le GMS est un instrument de mesure et d'évaluation de la maltraitance envers des personnes âgées (Giraldo-Rodriguez et Rosas-Carrasco, 2012). Il a été développé au Mexique dans un souci d'adaptation au contexte socioculturel. L'outil mesure cinq formes de maltraitance : physique, sexuelle, psychologique, financière et la négligence. Une section du GMS permet d'identifier la relation entre l'aîné et la personne maltraitante. La version préliminaire de l'outil comprenait 49 questions, mais la version définitive en comporte 22, auxquels il faut répondre par oui ou non. Le score peut être global ou compilé par type de maltraitance. Le GMS est disponible en espagnol et en anglais.

En plus de la validation du contenu du GMS auprès d'un groupe d'experts et d'aînés, une première validation des propriétés psychométriques (consistance interne, validité de construit) du GMS a été menée auprès de 626 personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile. Il a été administré par des professionnels de la santé et des services sociaux, directement au domicile de l'aîné. Le GMS a démontré une bonne consistance interne (alpha de Cronbach 0,83). Conformément à l'hypothèse des auteurs, un résultat positif au GMS était associé à des facteurs parfois liés à la maltraitance dans la documentation scientifique (âge, sexe, statut matrimonial, dépression, limitations fonctionnelles, état de santé, pertes de mémoire). Bien que le GMS ait été complété par des professionnels de la santé et des services sociaux lors de sa première validation, son utilisation n'a été pas mise à l'épreuve en contexte clinique.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
IOA : <i>Indicators of Abuse</i> Canada (1998)	29 items Entretien et observation	Professionnels de la santé et des services sociaux À domicile	Consistance interne (alpha 0,91 et 0,92) Validité de construit Sensibilité (78 % et 84,4 %) Spécificité (99,2 % et 100 %)

L'IOA est un outil servant à identifier la maltraitance envers des aînés vivant à domicile à partir d'une liste d'indicateurs considérés par les auteures comme des facteurs de risque ou des signes de maltraitance (Reis et Nahmiash, 1998). L'IOA examine la maltraitance physique, psychologique ou matérielle ainsi que la négligence. Il est composé de 27 questions portant sur des problèmes vécus par l'aîné ou l'aidant et deux items sociodémographiques. Le questionnaire se complète à l'aide d'une échelle Likert servant à qualifier l'étendue des problèmes. L'IOA a été conçu pour être utilisé par des professionnels de la santé et des services sociaux expérimentés et ayant reçu une formation sur son utilisation. Bien que l'IOA puisse être rempli dans un laps de temps acceptable (moins de

20 minutes), il nécessite que le professionnel mène préalablement un entretien de deux à trois heures au domicile de l'aîné. Le développement de l'IOA s'est fait dans le cadre d'un projet plus large de détection de la maltraitance ayant eu lieu dans un CLSC du Québec (Reis et Nahmiash, 1995 b; Reis et Nahmiash, 1998). Il en existe une version anglaise et une française (LISA).

La validation de l'IOA s'est faite auprès de 341 personnes âgées de 55 ans et plus et ayant un proche aidant non rémunéré. La consistance interne rapportée de l'IOA est excellente (alpha de Cronbach 0,92 dans l'échantillon 1 et 0,91 dans l'échantillon 2) (Reis et Nahmiash, 1998). De même, il identifie correctement 78,4 à 84,4 % des aînés qui subissaient de la maltraitance (sensibilité) et 99,2 à 100 % des non-cas (spécificité). Tout en reconnaissant que le seuil critique doit être perfectionné, les auteures de l'outil ont établi qu'un score de 16 et plus à l'IOA pouvait indiquer une zone à risque de maltraitance.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
OAPAM : <i>Older Adult Psychological Abuse Measure</i> États-Unis (2011)	18-31 items Autoadministré	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha 0,92) Validité de construit

L'OAPAM vise à détecter la maltraitance psychologique subie par un aîné de la part d'un proche aidant (Conrad et collab., 2011). Il s'agit d'un questionnaire autoadministré complété par l'aîné. L'OAPAM comporte 31 questions auxquelles il faut répondre par oui ou non et portant sur quatre dimensions de violence psychologique : l'isolement, les menaces et l'intimidation, l'insensibilité et le manque de respect, l'humiliation et les reproches. Une version plus courte de l'outil (18 items) a aussi été validée. L'OAPAM est disponible en anglais.

La fidélité et la validité de construit de l'outil ont été examinées. On lui attribue une excellente consistance interne (alpha de Cronbach 0,92) et une excellente équivalence entre les items et entre les personnes (Conrad et collab., 2011). Bien que la validité de construit de l'outil a également été démontrée, confirmant que le OAPAM mesure la maltraitance psychologique, il n'a pas été testé en contexte clinique.

OUTIL D'ÉVALUATION	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
QUALCARE : <i>Quality of Care Scale</i> États-Unis (1990)	54 items Observation	Infirmières À domicile	Consistance interne (alpha 0,96) Fidélité interjuge (66 %) Validité de construit

Le QUALCARE conceptualise la maltraitance envers les aînés dans le contexte plus large d'un milieu de vie et de soins inadéquats (Phillips et collab., 1990). Il permet de déceler la maltraitance physique, psychologique, la négligence, l'exploitation financière et la violation des droits. Le QUALCARE est une grille d'évaluation du milieu de vie qui s'attarde à

l'environnement physique, aux soins reçus, à des dimensions psychosociales, aux droits de la personne et à des questions financières. Les 52 questions de la grille se complètent à l'aide d'une échelle comportant cinq choix allant des meilleurs soins possibles aux pires soins possibles. Un exemple représentant les extrémités pour chacun des items est fourni. Le QUALCARE est complété par un professionnel de la santé formé, après une visite au domicile de l'aîné et un entretien avec l'aîné et son aidant. Bien qu'il ait été développé initialement en anglais, une traduction française du QUALCARE a été élaborée et validée au Québec (Bravo et collab., 1995).

La validation de la version française du QUALCARE s'est faite par deux infirmières auprès de 40 dyades de proches aidants et d'aînés âgées de 60 ans et plus (Bravo et collab., 1995). On lui attribue une excellente consistance interne avec un alpha de Cronbach variant entre 0,80 et 0,95 entre les sous-catégories et atteignant 0,96 pour l'ensemble. Par contre, le QUALCARE affiche une fidélité interjuges faible à modérée (66 % en moyenne, varie entre 57,3 et 74,3 %), et ce, bien que les infirmières aient reçu une formation préalable de deux jours. En ce qui a trait à la validité de construit, une faible qualité de soins au QUALCARE était associée à une autonomie physique ou cognitive réduite et à un réseau social déficient, confirmant les hypothèses des auteures. Finalement, plus l'évaluation des intervenants allait dans le sens d'une situation de maltraitance, moins la qualité des soins (QUALCARE) était jugée bonne par les infirmières.

5.1.3 Outils visant à détecter le risque de maltraitance envers des aînés

Les outils qui documentent le risque de maltraitance s'intéressent habituellement aux caractéristiques de l'aîné, de son entourage et de son milieu de vie. Bien que des avancées aient été faites ces dernières années, les connaissances sur les facteurs de risque de maltraitance commise à l'endroit d'aînés demeurent à approfondir. Dans ce contexte, on peut se questionner sur la validité des outils qui s'appuient uniquement sur l'identification de facteurs de risque (Anthony et collab., 2009; Spencer, 2010).

OUTIL AXÉ SUR LES FACTEURS DE RISQUE	COMPOSANTE INSTRUMENTALE	COMPOSANTE CLINIQUE	COMPOSANTE PSYCHOMÉTRIQUE
SVS : <i>Social Vulnerability Scale</i> Australie (2011)	15 questions	Utilisateurs et milieux non spécifiés.	Consistance interne (alpha 0,90; 0,81 et 0,86) Stabilité (test-retest 0,87) Validité de construit

Le SVS se distingue des autres outils présentés dans cette synthèse par le fait qu'il ne porte pas spécifiquement sur des comportements maltraitants. En effet, le SVS sert à évaluer la vulnérabilité sociale d'aînés afin de détecter précocement l'exploitation financière (Pinsker et collab., 2011). À l'origine, le questionnaire était composé de 22 items, mais il a été réduit à 15 questions auxquelles il faut répondre à l'aide d'une échelle de fréquence. Le SVS s'interprète à l'aide du score total (0-88), un score plus élevé signifiant une vulnérabilité sociale plus grande.

La fidélité et la validité de construit du SVS ont été mises à l'épreuve. Le SVS a démontré une bonne stabilité (test-retest 0,87) et une excellente consistance interne (entre items et entre groupes). Concernant sa validité de construit, l'analyse factorielle a démontré la présence de facteurs, distincts, mais corrélés, soit la crédulité et la naïveté. Des différences significatives dans les scores des groupes ayant des troubles cognitifs et ceux sans troubles cognitifs confirment que les construits sont exacts.

5.2 ANALYSE DES OUTILS

L'examen des quinze outils décrits précédemment démontre une grande variabilité dans les approches de détection et d'évaluation, dans la définition et les formes de maltraitance retenues, la méthodologie de validation et les propriétés psychométriques des outils ainsi que leur utilité en contexte clinique. Les composantes de l'analyse des outils présentées au tableau 5 sont reprises séparément pour examiner la pertinence et la valeur clinique des outils de détection et d'évaluation de la maltraitance commise envers des aînés.

5.2.1 Propriétés psychométriques

Plusieurs auteurs ont soulevé la difficulté d'apprécier les propriétés psychométriques des outils en l'absence d'une valeur de référence pour confirmer la présence de maltraitance hors de tout doute (Fulmer et collab., 2004; Haggerty et collab., 2011; Pillemer et collab., 2007). D'ailleurs, les US Preventive Services Task Force, qui ont analysé les preuves scientifiques concernant la recherche de cas et les outils de détection en matière de maltraitance envers des aînés, ont conclu que peu d'instruments rencontraient leurs critères d'inclusion (HS-EAST, IOA et CASE) et bien que ceux-ci performaient adéquatement lorsqu'administrés dans le cadre d'une étude, ils n'avaient pas été validés en contexte clinique réel (Nelson et collab., 2004).

La plupart des outils ont en effet été validés dans un cadre expérimental en mettant l'accent sur des aspects de fidélité et de validité de contenu et de construit. Or, dans le cadre d'une réflexion sur le choix d'un instrument clinique, ces aspects, bien qu'importants, sont moins essentiels que la capacité à distinguer cliniquement les cas de maltraitance des non-cas (sensibilité, spécificité, valeur prédictive) (Lachs et Pillemer, 2004). Ces dernières caractéristiques sont rarement connues et, lorsqu'elles le sont (7 outils sur 15), on remarque que les outils présentent des propriétés psychométriques très variables en ce qui a trait à la sensibilité et à la spécificité.

5.2.2 Formes de maltraitance commise envers des aînés

Les formes de maltraitance envers des aînés qui sont étudiées diffèrent selon les outils répertoriés. Certains ciblent précisément une forme de maltraitance, par exemple la violence psychologique dans l'EPAS et l'OAPAM, tandis que d'autres considèrent seulement certaines formes comme le MCTS (violence physique et psychologique). La majorité s'appuie sur une définition large de la maltraitance (physique, psychologique, matérielle, négligence, violation des droits, violence conjugale) et se compose d'items servant à documenter chacune de ces formes.

Puisque les outils de détection constituent une première étape dans l'évaluation de la maltraitance, ils devraient rester généraux et inclure plusieurs formes de maltraitance (Anthony et collab., 2009). Ainsi, utilisés dans une logique de recherche de cas, des instruments tels que le SVS, l'OAPAM ou l'EPAS qui se concentrent sur une seule forme de maltraitance (psychologique ou financière) sont moins pertinents. On peut également se questionner sur l'utilité clinique du MCTS qui ne considère que la violence physique et psychologique, excluant par le fait même deux formes fréquentes de maltraitance, soit la négligence et l'exploitation financière. Par contre, ces outils peuvent être utiles pour étudier davantage une situation de maltraitance concernant une forme spécifique.

5.2.3 Contexte clinique

Afin de privilégier un ou des outils de détection de la maltraitance commise envers des aînés, une certaine réflexion critique sur leurs conditions d'utilisation s'impose. Bien que plusieurs aspects de la validité et de la fidélité des outils repérés aient été examinés, peu ont été validés lorsqu'utilisés par des professionnels en contexte clinique réel. Pourtant, il est primordial qu'un instrument soit adapté à son contexte d'utilisation (Daly, 2010). À la lecture du tableau 5, on constate que six outils sont à une étape préliminaire de leur développement et n'ont pas été mis à l'épreuve cliniquement. Il s'agit du FVOW, de l'EPAS, du VASS, du GMS, du SVS et du MCTS²².

Certains contextes cliniques apparaissent plus propices à des activités de recherche de cas. Ces contextes appellent souvent l'usage d'instruments plus brefs. C'est notamment le cas pour les salles d'urgence et les cliniques médicales. Dans une étude approfondie du dépistage en matière de violence conjugale, les outils constitués de plus de 12 items étaient exclus d'emblée de l'analyse (Feder et collab., 2009). En ce qui a trait à la maltraitance commise à l'endroit d'aînés, le plus court outil répertorié a été élaboré spécifiquement pour des médecins en clinique ambulatoire (EASI). Par ailleurs, on remarque que les outils les plus longs et complexes ont été conçus ou validés par des travailleurs sociaux (EDMA, IOA, E-IOA) ou des infirmières (QUALCARE, EAI) et ne sont applicables que dans des contextes cliniques particuliers.

En prenant en considération les caractéristiques discutées précédemment, les outils les plus prometteurs sont présentés pour chacun des contextes cliniques suivants : clinique ambulatoire, salle d'urgence, services sociaux ou à domicile.

²² Ces outils ne seront pas inclus dans l'analyse de l'utilité des outils dans les différents milieux cliniques, puisqu'aucune donnée empirique n'est disponible sur leurs conditions d'utilisation.

Tableau 5 Contexte clinique d'utilisation des outils de détection de la maltraitance et validation des propriétés psychométriques

NOM DE L'OUTIL (année) FORMES DE MALTRAITANCE (nombre d'items ou de questions)		MILIEU CLINIQUE				TYPE DE PROFESSIONNEL			VALIDATION
		CA	U	D	SS	Méd.	Inf.	TS	
Détection	CASE – Caregiver Abuse Scale (1995) MAT, NÉG, PHYS, PSY (8 items)								③
	EASI – Elder Abuse Suspicion Index (2008) MAT, NÉG, PHYS, PSY, SEX (6 items)								① ③ ④
	HS-EAST – Hwalek-Sengstock – Elder Abuse Screening Test (1986) MAT, NÉG, PHYS, PSY, VDR (15 items)								① ② ③ ④
	MCTS – Modified Conflict Tactics Scale (2005) PHYS, PSY (10 items)								② ④
	VASS – Vulnerability to Abuse Screening Scale (2002) MAT, NÉG, PHYS, PSY, VDR (12 items)								① ②
Évaluation	EAI (EAI-R) – Elder Abuse and Neglect Assessment Instrument (1984) MAT, NÉG, PHYS, PSY, SEX (41 items)								③ ④ ⑤
	EDMA – Échelles de détection des comp. négligents et maltraitants (2004) MAT, NÉG, PHYS, PSY, VC (54 items)								③ ④ ⑤
	EPAS – Elder's Psychological Abuse Scale (2006) PSY (32 questions)								① ②
	FVOW – Family Violence against Older Women (2009) NÉG, PHYS, PSY, SEX, VC, VDR (29 items)								① ②
	E-IOA – Expanded Indicators of Abuse (2006) MAT, NÉG, PHYS, PSY, SEX (23 items)								① ③
	GMS – Geriatric Mistreatment Scale (2012) MAT, NÉG, PHYS, PSY, SEX, (22 items)								① ②
	IOA – Indicators of Abuse (1998) MAT, NÉG, PHYS, PSY, SEX (29 items)								① ③
	OAPAM – Older Abuse Psychological Abuse Measure (2011) PSY (18 ou 31 items)								③
	QUALCARE : Qualité des soins (1995) MAT, NÉG, PHYS, PSY, VDR (54 items)								③ ④
	SVS – Social Vulnerability Scale (2011) MAT (15 items)								① ②

Légende :

CA : Clinique ambulatoire
U : Urgence
D : Domicile
SS : Services sociaux
Méd. : Médecin
Inf. : Infirmier, infirmière
TS : Travailleur social, travailleuse sociale

Types de maltraitance :

- MAT : matérielle
- NÉG : négligence
- PHYS : physique
- PSY : psychologique
- SEX : sexuelle
- VC : violence conjugale
- VDR : violation des droits



Propriétés psychométriques disponibles



Validation sans nouvelles données sur les propriétés psychométriques

Étape de validation :

- ① Conceptualisation et élaboration de l'outil
- ② Validation : propriétés psychométriques
- ③ Validation des propriétés psychométriques en contexte clinique réel
- ④ Autres contextes : clinique, pays, langue
- ⑤ Données concernant l'implantation de l'outil

5.2.4 Clinique ambulatoire

Un outil bref convient bien à la recherche de cas en cabinet médical (Daly, 2010). La faisabilité de l'utilisation d'outils de détection en clinique médicale ambulatoire a été démontrée pour l'EASI et l'EAI-R.

L'EASI est le seul outil qui a été développé spécifiquement pour des médecins. L'acceptabilité de son utilisation par ces derniers a été démontrée en contexte clinique auprès d'un large échantillon (Yaffe et collab., 2008). Il présente une sensibilité et une spécificité modeste (respectivement 47 % et 75 %). L'EASI est reconnu comme un outil valide et prometteur en matière de détection de la maltraitance par des médecins ou dans un contexte ambulatoire (Haggerty et collab., 2011; Perel-Levin, 2008; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2008; World Health Organization, 2011).

En ce qui a trait à l'EAI-R, il a été utilisé par des gériatres ou des infirmières en gériatrie dans une clinique médicale. Il documente à la fois des aspects objectifs et subjectifs de la condition de l'ainé. Bien que plus long que l'EASI, l'EAI-R exige quand même une évaluation subséquente plus approfondie (Fulmer et collab., 2012). Le EAI a une sensibilité de 71 % et une spécificité de 93 %. Il est cependant à noter que ces propriétés psychométriques ont été obtenues lorsqu'il a été testé en salle d'urgence avec des infirmières. On ne connaît pas sa performance lorsqu'il est utilisé en clinique médicale (EAI-R).

Le HS-EAST a été utilisé dans une clinique dentaire auprès de clients recrutés dans la salle d'attente par des assistants de recherche. Bien que les personnes âgées questionnées n'aient pas démontré de réticence, plus de validation est à faire pour ce qui est de la détection grâce à un outil en clinique dentaire, notamment parce que l'instrument était administré par des assistants de recherche plutôt que du personnel de la clinique (Fulmer et collab., 2012).

5.2.5 Salle d'urgence

Un seul outil a été développé spécifiquement pour une utilisation en milieu hospitalier à l'urgence et a été testé dans le cadre d'un protocole de détection de la maltraitance auprès des patients se présentant à l'urgence (Fulmer et collab., 2000). Il s'agit de l'EAI. Bien qu'il comporte une quarantaine d'items, l'EAI est parfois classé comme un outil de détection (*screening*) (Anthony et collab., 2009) parfois comme un instrument d'évaluation (*assessment instrument*) (Spencer, 2010). Comme il a été mentionné précédemment, l'EAI présente une bonne sensibilité et une très bonne spécificité. Il est acceptable pour les infirmières et les patients âgés, et son utilisation est possible en salle d'urgence. Il importe cependant de rappeler que cette validation a été menée uniquement dans un hôpital aux États-Unis.

5.2.6 Services sociaux ou à domicile

La majorité des outils testés cliniquement l'ont été dans un contexte de services sociaux ou de services de protection des adultes vulnérables (APS). Ils sont habituellement plus longs que les outils présentés précédemment et exigent souvent une visite au domicile de l'ainé et un entretien avec l'ainé et son entourage. Par exemple, le QUALCARE, l'IOA et l'E-IOA

nécessitent que les professionnels consacrent entre deux et trois heures pour les compléter. Par ailleurs, certains de ces outils mettent à profit des renseignements colligés d'emblée par les intervenants sociaux qui dispensent des services à des aînés, maximisant les opportunités de repérer les situations de maltraitance (par exemple les EDMA ou l'IOA) (Reis et Nahmiash, 1998; Touza, 2010; Touza et collab., 2011). Cependant, la faible fidélité interjuge d'une échelle plus complexe, telle que le QUALCARE, confirme le caractère subjectif de la qualité des soins et soulève les difficultés de recourir à un instrument peu fidèle reposant largement sur le professionnel et nécessitant une formation préalable intensive. En ce qui a trait aux outils plus brefs validés avec des travailleurs sociaux ou dans un contexte de services sociaux, on retrouve le HS-EAST, le EASI et le CASE.

Les propriétés psychométriques des échelles EDMA se démarquent puisqu'elles présentent une excellente sensibilité et spécificité. Il faut cependant prendre en considération que c'est un instrument qui a été développé en Espagne et qu'on ne connaît pas ses performances s'il était traduit. L'utilisation du EASI par des travailleurs sociaux semble également prometteuse. Il a obtenu de meilleurs scores de sensibilité et de spécificité lorsqu'il était utilisé en Espagne par des travailleurs sociaux (sensibilité : 51 %-67 % et spécificité : 95 %-96 %).

Pour ce qui est des outils destinés à identifier les proches aidants maltraitants, le CASE semble plus intéressant, notamment parce qu'il a été développé et validé au Québec et que son utilisation est plus facile. Non testé en contexte clinique, le MCTS requiert un score compliqué pour atteindre une bonne sensibilité et une bonne spécificité (multiplication de certains items, etc.) et ne considère pas toutes les formes de maltraitance.

En résumé

Malgré les nombreux outils recensés et le caractère prometteur de certains, il s'avère qu'aucun ne correspond aux exigences de l'ensemble des contextes cliniques. Même si certaines propriétés psychométriques sont connues, on remarque une variabilité dans les types de validité documentés et dans la performance même des outils quant à celles-ci. Aussi, l'évaluation des outils repose souvent sur un nombre limité de sujets ou de contextes cliniques. En attendant d'autres validations à plus grande échelle, les outils de détection de la maltraitance envers les aînés doivent donc être utilisés avec prudence et être considérés essentiellement comme des aides à l'évaluation clinique. En aucun cas, ils ne peuvent remplacer une démarche fondée sur un jugement clinique global et une évaluation plus approfondie de la situation de l'aîné.

6 INTERVENTIONS VISANT À AUGMENTER LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS DES ÂÎNÉS

Bien que la recherche de cas soit une stratégie préventive largement recommandée lorsqu'il est question de maltraitance envers les aînés, les connaissances scientifiques sur les interventions visant à favoriser son déploiement demeurent limitées (Pillemer et collab., 2007). En effet, aucune étude recensée ne fait état d'un programme démontrant l'augmentation des cas détectés par des professionnels ou même la modification des pratiques professionnelles au regard de cette activité (Cooper et collab., 2009 b; Perel-Levin, 2008; Pillemer et collab., 2007; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2008; World Health Organization, 2011).

Cependant, certaines études se sont penchées sur l'efficacité des interventions agissant sur des facteurs professionnels pouvant avoir un effet direct ou indirect sur la recherche de cas. Ces interventions visent pour la plupart à former les professionnels pour les sensibiliser à la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées, pour parfaire leurs connaissances sur la question ou modifier leurs pratiques professionnelles. D'autres études se sont penchées sur les conditions ou la faisabilité de l'implantation d'un protocole de détection des aînés qui vivent une situation de maltraitance. Enfin, la question de l'effet du cadre législatif sur les cas rapportés a également été abordée.

6.1 INTERVENTIONS ÉDUCATIONNELLES

Six études évaluant l'efficacité d'interventions éducationnelles (formation générale initiale ou formation continue) ont été répertoriées. De ces six études, quatre ont reçu un score 2 (Cooper et collab., 2012; Desy et Prohaska, 2008; Sugita et Garrett, 2012; Uva et Guttman, 1996) et deux se sont vu attribuer le score minimal (Day et collab., 2010; Jogerst et Ely, 1997).

Les résultats des études sont présentés en fonction des effets documentés sur les professionnels : l'amélioration des connaissances (réelles ou perçues), un changement dans les attitudes, l'amélioration des habiletés et une modification dans les comportements (tableau 6). Les interventions plus détaillées sont décrites en annexe.

Tableau 6 Efficacité des interventions éducationnelles, selon les effets évalués

Interventions éducationnelles	Score devis	Effets évalués de l'intervention				
		Connaissances	Connaissances perçues	Attitudes	Habiletés perçues	Comportements
Cooper et collab. 2012 (brève présentation didactique et vidéo) Résidents en médecine/formation initiale	2	+	■	+	■	nul
Sugita et Garrett 2012 (symposium) Professionnels et personnel en soins dentaires/formation continue	2	■	+	+	■	■
Uva et Guttman 1996 (séance didactique + vidéo) Résidents en médecine/formation initiale	2	■	+	+	■	■
Desy et Prohaska 2008 (séance didactique) Infirmières d'urgence/formation continue	2	+	■	■	Non spécifique à la maltraitance	+
Jogerst et Ely 1997 (visite à domicile avec TS et infirmière) Résidents en médecine/formation initiale	1	■	■	■	+	Nul
Day et collab. 2010 (atelier interdisciplinaire) Étudiants en travail social et en soins infirmiers/formation initiale	1	■	+	■	■	■

Légende :

+: Amélioration;

« Nul » : Aucun effet observé;

■ : Effet non évalué dans l'étude.

6.1.1 Connaissances

En ce qui a trait à l'effet de la formation sur l'augmentation des connaissances réelles, deux études l'ont documenté (Cooper et collab., 2012; Desy et Prohaska, 2008), tandis que trois autres ont mesuré l'amélioration des connaissances perçues (Day et collab., 2010; Sugita et Garrett, 2012; Uva et Guttman, 1996).

À partir d'un devis prétest/posttest sans groupe de comparaison (score 2), l'étude de Cooper et ses collaborateurs (2012) a mesuré l'effet de la participation volontaire à une séance didactique de vingt minutes sur les connaissances de résidents en médecine. Lorsqu'ils ont été sondés trois mois après, les participants à la formation ont obtenu des scores significativement plus élevés que lors du prétest au questionnaire mesurant leurs connaissances.

La deuxième étude (score 2) a mesuré l'effet d'un atelier d'une journée sur les connaissances d'infirmières d'urgence (Desy et Prohaska, 2008). Cet atelier comportait dix modules spécifiques à des enjeux de santé des aînés, dont un module concernait la maltraitance. Immédiatement après la journée de formation, le score moyen au questionnaire évaluant les connaissances était significativement plus élevé que le score obtenu avant l'intervention. Ainsi, les infirmières ayant assisté à la formation démontraient une amélioration de leurs connaissances concernant la maltraitance envers les aînés. Bien que le devis de l'étude ne permette pas d'évaluer la rétention des connaissances, 95 % des infirmières ont rapporté trois mois après la formation avoir intégré complètement (55 %) ou en partie (40 %) les notions acquises à leur pratique avec une clientèle aînée.

Par ailleurs, trois études rapportent une amélioration des connaissances perçues par les participants à la suite des interventions de nature éducationnelle : un symposium sur la maltraitance envers les aînés (Sugita et Garrett, 2012), une séance didactique avec présentation d'une vidéo (Uva et Guttman, 1996) et un atelier interdisciplinaire (Day et collab., 2010). Toutefois, les devis de ces études ainsi que la mesure de l'effet de l'intervention par la perception qu'ont les participants de leurs connaissances ne permettent pas de conclure à l'efficacité de ces stratégies éducationnelles pour améliorer les connaissances des professionnels.

6.1.2 Attitudes

Trois études (Cooper et collab., 2012; Sugita et Garrett, 2012; Uva et Guttman, 1996) ont considéré l'effet des interventions éducationnelles sur les attitudes des professionnels quant aux aînés, à la maltraitance, à la recherche de cas et au signalement.

Dans l'étude de Cooper et collab. (2012), les résidents en médecine ayant participé à une séance didactique sur la maltraitance envers les aînés étaient, quant à eux, plus confiants en leur capacité de prendre en charge un cas et étaient plus enclins à considérer la possibilité que leurs patients âgés soient maltraités.

Après avoir participé à un symposium de quatre heures, un pourcentage plus élevé des hygiénistes dentaires et autre personnel en soins dentaires rapportaient avoir été confrontés à une situation de maltraitance suspectée au cours de leur carrière (Sugita et Garrett, 2012). Le symposium semble également avoir sensibilisé les participants à la problématique et avoir augmenté leur confort et leur intention d'agir en présence de soupçon quant à une situation de maltraitance. Il faut cependant rappeler que le questionnaire de suivi a été effectué immédiatement après la formation et que les résultats de celle-ci n'ont été évalués qu'à partir des perceptions des participants.

Dans l'étude d'Uva et Guttman (1996), tous les résidents en médecine ayant assisté à une séance didactique rapportaient, après la formation, se sentir à l'aise ou en mesure de reconnaître la maltraitance en salle d'urgence. Il est à noter que l'échantillon de cette étude était petit ($n = 31$) et que les résultats de la formation n'ont pas été mesurés objectivement.

6.1.3 Habiletés

Une seule étude a mesuré l'effet d'une intervention de nature éducationnelle sur les habiletés perçues des médecins en lien avec la maltraitance commise envers des aînés. Jogerst et Ely (1997) ont comparé deux cohortes de médecins, l'une ayant reçu une formation universitaire conventionnelle et l'autre ayant bénéficié d'une composante de visites à domicile. Ces visites consistaient à se rendre au domicile de l'aîné accompagné d'un travailleur des services de protection et d'une infirmière, afin d'évaluer la situation de l'aîné. Les médecins de la cohorte « visites à domicile » étaient significativement plus confiants en leurs habiletés perçues pour évaluer la situation de l'aîné et son environnement domiciliaire. Une tendance, non statistiquement significative, a également été observée dans ce groupe concernant les habiletés perçues à détecter la maltraitance (Jogerst et Ely, 1997). Il faut cependant mentionner que les deux cohortes ne sont pas comparables, notamment parce que le groupe « sans visites à domicile » avait complété la formation universitaire quelques années auparavant et cumulait plus d'années d'expérience au moment de l'enquête.

6.1.4 Comportements

Trois études ont mesuré l'effet des interventions éducationnelles sur la modification des pratiques professionnelles (Cooper et collab., 2012; Desy et Prohaska, 2008; Jogerst et Ely, 1997).

L'étude de Jogerst et Ely (1997) a comparé deux cohortes de médecins, la première ayant reçu une formation médicale traditionnelle et l'autre dont la formation incluait une composante « visites à domicile » consistant à évaluer la situation de l'aîné à domicile accompagné d'un travailleur des services de protection et d'une infirmière. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes concernant le nombre de cas de maltraitance diagnostiqués (Jogerst et Ely, 1997). Ainsi, bien que les médecins ayant bénéficié de la composante « visites à domicile » rapportaient plus d'habiletés avec la clientèle aînée, celles-ci ne se traduisaient pas par de meilleurs résultats en termes de nombre de cas détectés. Similairement, Cooper et collab. (2012) ont constaté que l'amélioration des connaissances n'engendrait pas une modification des pratiques professionnelles en matière de détection. Les auteurs rapportent que les résidents en médecine ont mentionné être inquiets de compromettre leur relation thérapeutique, ne pas savoir comment questionner leurs patients atteints de troubles cognitifs ou être réticents à aborder le sujet sans preuve tangible. Les participants qui avaient complété le questionnaire de suivi étaient donc plus enclins à considérer la maltraitance lorsqu'ils évaluaient un aîné, avaient plus confiance en leur capacité de prendre en charge un cas, mais ils ne questionnaient pas plus fréquemment leurs patients âgés sur de possibles situations de maltraitance (Cooper et collab., 2012).

Enfin, dans l'étude de Desy et Prohaska (2008), les infirmières ayant pris part à l'atelier de formation rapportaient utiliser plus fréquemment un outil d'évaluation de la maltraitance envers les aînés (outil non spécifié) qu'avant la formation. Cependant, l'étude n'a pas permis de déterminer si une utilisation plus fréquente de l'outil d'évaluation se traduisait par une augmentation dans des situations de maltraitance détectées par les infirmières nouvellement formées.

En résumé

Afin d'interpréter justement les résultats de ces études, il est judicieux de prendre en considération leurs limites méthodologiques, limites qui se reflètent dans les faibles scores attribués aux études. Ainsi, le devis de certaines études n'inclut pas de groupe de comparaison, ni de mesures préintervention, n'a pas recours à un instrument validé ou objectif pour mesurer les résultats (par exemple la modification de comportements) ou n'utilise qu'une courte séquence temporelle pour mesurer les effets. De même, la taille des échantillons ayant servi à évaluer l'effet des interventions est faible. Ainsi, l'état actuel des connaissances sur les interventions éducationnelles les plus efficaces demeure limité (Alt et collab., 2011).

En considérant ces limites, les résultats des études semblent indiquer que les interventions éducationnelles ont le potentiel d'améliorer les connaissances et de modifier les attitudes des professionnels quant à la maltraitance des aînés et sa prise en charge (détection, signalement, suivi). Il importe cependant de souligner que l'acquisition de connaissances n'a pas démontré un changement de comportements quant aux pratiques de recherche de cas. En ce qui a trait aux habiletés nécessaires à la recherche de cas de maltraitance envers des aînés, il semble qu'une dimension pratique à la formation initiale des médecins puisse les améliorer. D'autres évaluations sont cependant nécessaires pour confirmer chacune de ces observations.

6.2 PROTOCOLES ENCADRANT LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS DES AÎNÉS

Les protocoles en matière de maltraitance envers les aînés visent à soutenir les intervenants de première ligne à toutes les étapes de l'intervention. La plupart des protocoles se développent autour d'outils de détection ou d'évaluation et décrivent les étapes à suivre pour détecter, signaler ou diriger l'aîné qui vit de la maltraitance vers des ressources appropriées. Trois études repérées décrivent et évaluent des protocoles visant la détection de la maltraitance commise envers des aînés (voir tableau 12, annexe IV). Les évaluations des protocoles concernent leur contenu et leur utilité (Ejaz et collab., 2001), les conditions de leur implantation (Hawkins et collab., 2009) ou la faisabilité de les utiliser dans un contexte clinique précis (Fulmer et collab., 2000). Tous les protocoles recensés privilégient l'utilisation d'un outil pour encadrer la détection ou l'évaluation des situations de maltraitance.

Dans l'étude américaine de Hawkins et ses collaborateurs (2009), une version électronique qui combine les outils EAI et HS-EAST est privilégiée. Afin de détecter la violence en milieu familial, une plateforme informatique permet de colliger des données et de les partager, si nécessaire, avec les autres professionnels appelés à intervenir dans le dossier. Les auteurs affirment que le recours à cette plateforme améliore la collaboration entre les agences et

évitait aux personnes victimes de violence familiale de répéter leur histoire à plusieurs intervenants. D'un point de vue organisationnel, le déploiement d'un tel outil informatique est long et coûteux et exige que les professionnels soient préalablement formés à son utilisation, ce qui présente un défi dans un contexte de roulement important de personnel. L'impact de ce protocole sur le nombre de cas de maltraitance détecté n'est pas mesuré dans l'étude.

Fulmer et collab. (2000) ont, quant à eux, vérifié la faisabilité d'implanter dans une salle d'urgence un protocole de dépistage systématique de la négligence à l'endroit d'ânés de 70 ans et plus. Le protocole prévoyait la détection, l'orientation et le suivi des ânés en situation de maltraitance. Des infirmières ont été formées à l'utilisation de l'outil EAI et aux procédures d'orientation vers une équipe multidisciplinaire d'évaluation des cas suspectés. Après une semaine destinée à l'appropriation des outils par le personnel, le projet pilote s'est déroulé sur une durée de trois semaines pendant lesquelles sept cas de maltraitance ont été identifiés par les infirmières. Selon les auteurs, la faisabilité d'utiliser un protocole de dépistage de la négligence chez la clientèle âgée se présentant à l'urgence a été démontrée.

Le dernier protocole évalué a été développé en Ohio et vise la détection et l'orientation des cas de maltraitance et de violence conjugale envers des ânés (Ejaz et collab., 2001; Nagpaul, 2001). Le protocole se compose de trois outils (évaluation du risque, maltraitance suspectée et maltraitance confirmée) et d'un algorithme clinique pour l'évaluation des personnes âgées. Le contenu et l'utilité perçue du protocole ont été validés par 76 professionnels de la santé et des services sociaux. Chaque professionnel de l'étude expérimentait le protocole auprès de deux de ses clients. Après avoir utilisé le document du protocole avec des clients, celui-ci a été jugé trop long et peu utile pour des intervenants expérimentés. Les professionnels avec moins d'expérience, de même que les infirmières et les médecins cliniciens ont profité davantage du document que les travailleurs sociaux. Il est à noter également que les professionnels qui avaient été formés au protocole par un formateur lors d'un atelier formel présentaient une meilleure compréhension de la maltraitance envers les ânés et de la violence conjugale en comparaison avec ceux qui n'avaient reçu que le document (Ejaz et collab., 2001; Nagpaul, 2001).

En résumé

Bien que des difficultés soient évoquées par les auteurs, les quelques études présentées suggèrent qu'il est possible d'implanter des protocoles plus ou moins complexes dans des contextes cliniques divers (soins à domicile, urgence, services sociaux). Certaines difficultés d'implantation ont néanmoins été soulevées de même que la nécessité de former les professionnels afin qu'ils s'approprient le protocole d'intervention et l'intègrent à leur pratique. Comme l'étude d'Ejaz et collab. (2001) le soulève, certains professionnels moins expérimentés pourraient profiter davantage des protocoles et des outils. Enfin, aucune étude recensée n'a permis de faire le lien entre un protocole précis et l'augmentation des pratiques de recherche de cas.

6.3 CADRE LÉGISLATIF

Les seules études repérées qui se sont intéressées aux effets du cadre législatif sur la recherche de cas ont mesuré l'effet des lois rendant obligatoire le signalement des situations de maltraitance sur le nombre de cas dévoilés aux autorités. Bien que les résultats des études soient mitigés (Cooper et collab., 2009b) et qu'une certaine prudence s'impose, l'implantation d'un système de signalement obligatoire ne semble pas suffisante pour augmenter le nombre de cas rapportés. Par exemple, la loi *The Elder Abuse Prevention and Caregiver Support Law*, adoptée au Japon en 2006, définit les types de maltraitance et met en place un système de signalement. Les responsabilités de la prévention et du soutien aux proches aidants se situent tant sur le plan national que local (Nakanishi et collab., 2009). Une évaluation des premières années d'implantation de la loi a permis de conclure que l'introduction de celle-ci n'est pas suffisante pour augmenter les cas rapportés, même si une augmentation non statistiquement significative a été observée après deux ans (Nakanishi et collab., 2010). Les auteurs en concluent que les conditions organisationnelles joueraient un rôle de premier plan dans l'implantation d'activités de prévention et d'intervention en matière de maltraitance envers des personnes âgées et que l'adoption d'une loi serait une condition favorable, mais non suffisante pour améliorer la détection des cas. Les municipalités les plus avancées dans l'implantation se caractérisaient par une adhésion plus substantielle des agences (police et *advocacy group*) (Nakanishi et collab., 2010; Nakanishi et collab., 2009).

Aucune étude mesurant l'effet du cadre législatif sur la recherche de cas n'a été repérée.

7 DISCUSSION

La maltraitance envers les aînés n'est pas un phénomène rare, mais elle demeure méconnue et peu révélée. Puisqu'il s'agit d'un problème lourd de conséquences, notamment en termes de mortalité (Lachs et collab., 1998), il s'avère important que les personnes aînées qui vivent des situations de maltraitance soient repérées précocement afin d'assurer leur sécurité et de leur offrir les services et le suivi adéquat. La recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne est une stratégie préconisée en santé publique pour atteindre cet objectif. Bien qu'aucune étude à ce jour n'ait démontré que les activités de recherche de cas puissent réduire le phénomène de la maltraitance envers des aînés, aucune étude scientifique n'a démontré son inefficacité ou ses effets négatifs (Moyer, 2013). Cette absence de preuves scientifiques n'établit pas l'inefficacité de la recherche de cas, mais témoigne davantage de l'état de la recherche scientifique en matière de maltraitance envers les aînées. Les experts dans le domaine de la maltraitance envers les aînés s'entendent pour dire qu'il est souhaitable d'améliorer l'identification des personnes maltraitées ou à risque de vivre de la maltraitance, afin de mettre fin à la violence et qu'elles aient accès au soutien social, médical, psychologique et légal nécessaire pour améliorer leur situation (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008; Perel-Levin, 2008; Pillemer et collab., 2007; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2011). Compte tenu de leurs contacts privilégiés, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent jouer un rôle important dans la détection des cas de maltraitance commise à l'endroit des personnes aînées (Fulmer et collab., 2004; Perel-Levin, 2008; Wolf et collab., 2002; Wood et collab., 2010). Bien que l'ampleur de la maltraitance commise à l'endroit d'aînés demeure à documenter, il s'agit d'un problème assez fréquent pour que des professionnels de la santé et des services sociaux y soient confrontés sur une base régulière (Lachs et Pillemer, 2004). C'est dans ce contexte que plusieurs facteurs susceptibles d'agir sur l'adoption de cette pratique par des professionnels de la santé et des services sociaux ont été examinés.

7.1 COMMENT FAVORISER LA RECHERCHE DE CAS DE MALTRAITANCE ENVERS DES AÎNÉS PAR DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX?

Améliorer les connaissances scientifiques sur le sujet

Bien qu'une centaine d'articles scientifiques aient été analysés dans cette synthèse, les connaissances en matière de recherche de cas de la maltraitance commise envers des aînés demeurent partielles. En 2007, un examen du nombre d'articles scientifiques portant sur la maltraitance à l'endroit d'aînés en fonction des domaines de recherche a fait ressortir le peu d'insistance sur les aspects de détection. Sur un total de 398 études recensées, 8 % des citations concernaient des instruments de mesure ou de détection et seulement 6,5 % des articles portait spécifiquement sur la détection (Erlingsson, 2007). À titre comparatif, 22 % des références recensées concernaient la prévalence. En ce qui a trait aux devis des études qui sont menées et publiées dans le domaine, ils demeurent limités à ceux des études d'observation. D'ailleurs, une revue systématique similaire à celle de Erlingsson (2007) a récemment souligné le peu d'études avec un devis robuste dans le champ de la maltraitance envers des aînés (Daly et collab., 2011). Utilisant un système de gradation de la robustesse des études scientifiques allant de A (méta-analyse) à D (opinion d'experts ou

basée sur l'analyse de cas), Daly et collab. (2009) n'ont trouvé aucune étude de grade A et seulement 14 de grade B, sur un total de 590 articles examinés (483 de grade C et 93 de grade D).

Aux enjeux méthodologiques s'ajoute celui de l'applicabilité des résultats des études au contexte québécois et canadien. En 2007, les études canadiennes ne représentaient que 29 des 398 références recensées traitant de la question de la maltraitance à l'endroit de personnes âgées (Erlingsson, 2007). Depuis, plusieurs études menées par des chercheurs canadiens ont été publiées, mais des aspects demeurent encore à documenter (McDonald, 2011). Par ailleurs, la grande majorité de la documentation scientifique produite provient des États-Unis (243 sur 398), là où le contexte sociolégal rend obligatoire le signalement par certains professionnels des situations de maltraitance. Il importe donc de prendre en considération ces aspects lors de l'examen des écrits scientifiques ainsi qu'au moment de discuter des solutions à mettre de l'avant. Par exemple, très souvent le contexte légal dans lequel un outil de détection a été développé n'est pas pris en considération au moment de l'implanter (Spencer, 2010).

Ces constats réaffirment les besoins flagrants de recherche évaluative pour orienter l'intervention en matière de maltraitance commise à l'endroit de personnes âgées, et ce, tant au Québec (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010), qu'au Canada (McDonald, 2011) et à l'échelle internationale (Daly et collab., 2011). Malgré des lacunes importantes dans les connaissances, il est tout de même possible d'en dégager certains constats susceptibles de guider la réflexion sur l'amélioration de la recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne.

Utiliser les outils de détection en tenant compte de leurs limites

Lorsqu'il est question de repérer les personnes qui vivent des situations de violence ou de négligence, le réflexe est de se tourner vers un outil permettant d'encadrer et de baliser le processus avec des critères précis. L'examen des outils de détection destinés aux professionnels de la santé et des services sociaux a permis d'en repérer quinze validés et spécifiques à la maltraitance envers des aînés. Ces outils se déclinent en une variété d'objectifs (détection précoce, évaluation globale, usage universel ou ciblé, évaluation du risque futur) et de modalités de collecte (entretien auprès des aînés ou des proches aidants, observation, autoadministration). Pour encadrer la détection, les outils ont recours à des questions directes sur des comportements maltraitants, des listes de signes et symptômes ou des facteurs de risque. Les professionnels et les milieux cliniques auxquels ces outils sont destinés sont diversifiés. D'ailleurs, les attentes et les besoins en termes d'outils de détection de la maltraitance envers les aînés ne font pas consensus (Stiegel, 2006; World Health Organization, 2008). Alors que certains espèrent un outil bref, facile à utiliser, qui convienne à tous les types de professionnels et de milieux cliniques (Imbody et Vandsburger, 2011), d'autres ne peuvent que souligner les limites des outils existants et soulever des doutes quant à leur précision, leur justesse et les conséquences de leur utilisation (Fulmer et collab., 2004; Haggerty et collab., 2011; Nelson et collab., 2004; Sandmoe, 2007).

Il faut dire que l'état actuel des connaissances ne permet pas de recommander un outil qui rend possible l'identification hors de tout doute d'une situation de maltraitance commise envers un aîné. L'examen des outils a en effet révélé que la plupart présentaient des propriétés psychométriques modestes, soulevant des questions sur leur utilisation à grande échelle en milieu clinique (Perel-Levin, 2008).

La modeste performance des outils de détection pourrait inciter à les rejeter d'emblée. Or, en considérant que les professionnels font peu de recherche de cas (Cooper et collab., 2009b), qu'ils demandent des outils pour les soutenir et que ceux-ci peuvent servir à les sensibiliser à la présence de maltraitance chez la clientèle aînée (Fulmer et O'Malley, 1987, cités dans Pillemer et collab., 2007; Yaffe et collab., 2008), leur rejet catégorique n'apparaît pas la meilleure avenue. La solution réside peut-être dans une révision des attentes au regard des outils. En les envisageant comme des outils de sensibilisation permettant d'orienter la pratique clinique, plutôt que des tests infaillibles permettant de détecter des cas, l'enjeu des propriétés psychométriques devient moins fondamental.

Par ailleurs, le recours aux outils de détection n'est pas une fin en soi et doit être envisagé comme l'étape initiale d'un continuum de détection, d'évaluation et de suivi des aînés maltraités. La plupart des auteurs qui ont publié sur les outils de détection font cette mise en garde et insistent sur la nécessité qu'un mécanisme d'orientation vers une investigation plus approfondie soit mis en place (Cohen et collab., 2006; Moody et collab., 2000; Neale et collab., 1991; Reis et Nahmiash, 1995a; Yaffe et collab., 2008). Le continuum de services en lien avec la maltraitance envers des aînés revêt alors toute son importance. Dans ce modèle, où la recherche de cas s'orchestre en deux temps, les professionnels sollicités à l'étape de la détection ne sont pas nécessairement les mêmes qu'à celui de l'investigation. On peut également supposer que certains milieux cliniques de première ligne se prêtent davantage à une évaluation approfondie de la situation de l'aîné, tels que les soins à domicile, et ce, à l'aide d'outils d'évaluation plus longs (Fulmer et collab., 2004). D'ailleurs, pour certains professionnels, une relation thérapeutique à long terme permet mieux de détecter la maltraitance, en facilitant l'identification des modifications dans la situation de l'aîné (Schmeidel et collab., 2012).

Enfin, une autre condition pour optimiser l'utilisation des outils est de considérer le contexte clinique pour lequel ils ont été développés en tenant compte du cadre législatif, du type de professionnel et du milieu clinique. Similairement, lorsque ces conditions cliniques sont modifiées, il faut s'assurer qu'une nouvelle validation des propriétés psychométriques de l'instrument est menée, afin d'évaluer sa performance dans ce nouveau contexte.

Offrir des activités de sensibilisation et de formation des professionnels

Étant donné les limites actuelles des instruments de détection, il est essentiel d'implanter d'autres stratégies susceptibles d'« outiller » les professionnels afin qu'ils recherchent activement les cas de maltraitance chez leur clientèle âgée (Lachs et Pillemer, 2004; World Health Organization, 2008). En ce sens, une amélioration de la formation initiale des professionnels appelés à côtoyer cette clientèle (Pillemer et collab., 2011; Pillemer et collab., 2007), de même qu'une offre de formation continue spécifique à la maltraitance envers les aînés sont recommandées (Imbody et Vandsburger, 2011).

En ce qui a trait aux modalités des formations, il est suggéré d'offrir des séances en groupe multidisciplinaire regroupant des participants provenant de divers organismes (Perel-Levin, 2008). Aussi, la documentation scientifique a fait ressortir un intérêt des professionnels pour une offre variée de matériel éducatif, accessible dans des formats adaptés aux différents besoins, notamment un attrait pour la formation en ligne (Wagenaar et collab., 2010). Une mise en garde s'impose cependant quant aux modalités des formations. Une étude avec un devis avec randomisation aléatoire et visant à évaluer l'effet d'une formation sur la maltraitance commise par des professionnels de la santé et des services sociaux a comparé l'effet d'une formation sur les connaissances de professionnels selon deux modalités pédagogiques du même contenu, soit l'assistance à une séance de cours et la lecture individuelle du matériel pédagogique (Richardson et collab., 2002). Les participants à l'étude qui avaient assisté au cours rapportaient une amélioration de leurs connaissances sur la maltraitance envers les aînés tandis qu'on observait une détérioration des connaissances dans le second groupe. Ainsi, la formation améliorait les connaissances, mais uniquement lorsqu'elle était dispensée par un formateur.

Au-delà du format de la formation proposée, le contenu pédagogique devrait prendre en considération les inquiétudes des professionnels quant aux conséquences de questionner les aînés sur de possibles situations de maltraitance (Cooper et collab., 2009b). Dans une étude visant à évaluer l'efficacité d'une séance didactique pour changer les pratiques de détection, les auteurs rapportent que les résidents en médecine ont mentionné être inquiets de compromettre leur relation thérapeutique, ne pas savoir comment questionner leurs patients atteints de troubles cognitifs ou être réticents à aborder le sujet sans preuve tangible (Cooper et collab., 2012). Pour penser modifier les pratiques professionnelles, il apparaît donc fondamental non seulement de les sensibiliser à la problématique et de parfaire leurs connaissances, mais aussi d'axer la formation sur les attitudes et les habiletés nécessaires, et ce, de manière à leur donner confiance quant à leur capacité de faire face à ces situations en préservant leur relation thérapeutique.

Plus encore, le contenu des formations offertes devrait aborder l'ensemble des facteurs influençant la recherche de cas, c'est-à-dire autant les caractéristiques des aînés et de leur entourage qui complexifient le dévoilement des situations de violence et de négligence, que les conditions organisationnelles qui encouragent et facilitent la recherche de cas (directives, recours à une équipe multidisciplinaire, présence de protocoles, recours aux outils, interventions disponibles, suivi concret qui peut être proposé, etc.). Il est important que les professionnels sentent que la recherche de cas ne repose pas uniquement sur eux et qu'il s'agit d'une pratique qui s'inscrit comme une priorité organisationnelle s'intégrant à une démarche plus large de réponse à la maltraitance envers les personnes âgées.

Mettre en place les conditions d'implantation

Bien que les facteurs organisationnels soient peu étudiés, il est reconnu que les conditions organisationnelles jouent un rôle de premier plan lorsqu'il est question d'implanter des pratiques professionnelles précises (Flores et collab., 2010; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). L'examen des facteurs professionnels a révélé que les dispensateurs de soins sont préoccupés par ce qui suit la détection d'une situation de maltraitance (Killick et Taylor, 2009), ce qui nous ramène, comme mentionné plus haut, à

l'importance du continuum de détection, d'évaluation et de suivi de la clientèle âgée aux prises avec une situation de maltraitance. La complexité de la problématique, notamment en raison des diverses formes de maltraitance qui vont de l'exploitation financière à l'agression sexuelle, exige que le professionnel puisse compter sur une équipe multidisciplinaire pour un soutien clinique, mais aussi sur des mécanismes d'orientation vers d'autres organisations susceptibles d'intervenir (Imbody et Vandsburger, 2011; Krueger et Patterson, 1997; Wong et Marr, 2002). La détection n'est que l'étape initiale, une évaluation de la situation et une intervention doivent suivre (Anetzberger, 2005; Perel-Levin, 2008). En ce sens, la recherche de cas ne peut être conçue isolément sans prendre en considération l'ensemble du contexte organisationnel dans lequel elle se déploie.

7.2 IMPLICATION POUR LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

À la lumière des facteurs influençant la recherche de cas de maltraitance commise envers des aînés par les professionnels de première ligne, des leviers présents dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux peuvent être mis à profit pour favoriser une telle pratique au Québec.

Alors que plusieurs ont fait ressortir les difficultés associées à un manque de consensus sur la définition de la maltraitance commise envers des aînés (Anthony et collab., 2009; Ingram, 2003), le Québec peut compter sur une définition formalisée dans un plan d'action gouvernemental (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Le plan qui réunit plusieurs secteurs est susceptible de rallier les acteurs autour de cette définition, favorisant à la fois le travail d'équipe multidisciplinaire et la collaboration intersectorielle. La sélection des outils de détection peut également s'appuyer sur cette définition, en ciblant ceux qui couvrent toutes les dimensions de la maltraitance, écartant du coup les outils destinés à évaluer une forme spécifique (par exemple la maltraitance psychologique ou l'exploitation financière).

En ce qui a trait à l'activité de recherche de cas par des professionnels de la santé et des services sociaux, au moins deux documents structurants la considèrent comme un élément clé de la réponse à la maltraitance envers les aînés. D'une part, le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* situe le dépistage comme un des trois axes d'un continuum de services concertés, les deux autres étant la prévention et l'intervention (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). D'autre part, le PNSP appelle à des pratiques cliniques préventives pour la recherche de cas d'abus, de négligence et de violence dont seraient victimes des personnes âgées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

Au Québec, trois milieux cliniques de première ligne sont névralgiques pour rejoindre les aînés et devraient par conséquent être ciblés : les cliniques ambulatoires, les services de soutien et de soins à domicile et les urgences des hôpitaux. Ces milieux constituent les principaux points de contact des aînés avec le système de santé en première ligne. À titre d'illustration, en 2009, 93 % des aînés québécois avaient un médecin de famille (Institut canadien d'information sur la santé, 2011b) et 90 % des personnes de 65 ans et plus consultaient un médecin au moins une fois par année (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Ainsi, des opportunités de détecter des situations de maltraitance en clinique

existent au moment des consultations annuelles des patients âgés à leur médecin de famille (Yaffe et collab., 2009). Dans ce contexte, le rôle du médecin n'est pas d'en faire une évaluation complète, mais bien d'être en mesure de reconnaître la possibilité d'une situation maltraitante afin d'orienter la personne vers une évaluation plus approfondie (Bomba, 2006). L'outil EASI a d'ailleurs été développé au Québec dans cette visée (Yaffe et collab., 2008). Les groupes de médecine familiale (GMF), regroupements de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec une équipe de professionnels de la santé, constituent également un contexte clinique propice à la recherche de cas de maltraitance, notamment parce que les infirmières y sont appelées à jouer un rôle préventif et de détection auprès de la clientèle.

Par ailleurs, le domicile constitue un milieu clé pour repérer des situations possiblement problématiques. En 2005, 9,3 % des Québécois âgés de 65 ans et plus ont rapporté recevoir des soins à domicile (Aubin et Traoré, 2007). Or, pour certains, les professionnels qui se rendent à domicile sont le plus à même de constater des situations de maltraitance (Anetzberger, 2005), notamment parce qu'ils ont un accès privilégié au milieu de vie de l'aîné, mais aussi parce qu'ils peuvent observer les interactions entre la personne âgée et son entourage. Différents outils performants ont été conçus à l'intention des professionnels œuvrant dans ce milieu.

Enfin, le *Guide de gestion de l'urgence* produit par le MSSS établit clairement que la maltraitance envers des aînés mérite une attention particulière et que des efforts de détection doivent être déployés dans ce milieu. Le guide stipule : « Des mécanismes de dépistage d'abus physiques, psychologiques ou économiques doivent être mis en place afin de diriger vers un travailleur social les personnes âgées qui en sont victimes » (Ministère de la Santé et des Services sociaux et Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2006, p. 106). La faisabilité de rechercher des cas de maltraitance parmi la clientèle aînée se présentant aux urgences a été documentée ailleurs et un outil destiné spécifiquement à ce milieu clinique a été développé (Fulmer et collab., 2000; Fulmer et collab., 2005; Fulmer, 2008).

Ainsi, des opportunités de rechercher des cas de maltraitance envers des aînés existent dans le réseau québécois de la santé en première ligne. La présente synthèse démontre toutefois qu'il n'existe pas de formule unique convenant à tous les types de professionnels et à tous les milieux cliniques. La stratégie la plus prometteuse réside dans la valorisation de la meilleure adéquation entre l'outil, le type de professionnel et le milieu clinique (Fulmer et collab., 2004), pour ensuite sélectionner l'outil le plus valide, si plusieurs choix sont disponibles.

7.3 AU-DELÀ DE LA DÉTECTION DES VICTIMES, LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂNÉES

Au même titre qu'elle doit s'inscrire dans un continuum de services, la recherche de cas ne peut être envisagée isolément sans la mise en place d'autres stratégies préventives. La réponse à la maltraitance en agissant sur la composante sociétale est une de ces stratégies (Perel-Levin, 2008; Wolf et collab., 2002). Il ressort en effet de la documentation scientifique sur la maltraitance envers les aînés qu'il est essentiel de promouvoir au sein de la société une vision plus positive du vieillissement, afin de combattre l'âgisme et favoriser des rapports

moins conflictuels et inégalitaires entre les générations. À cet effet, des campagnes sociétales de sensibilisation ainsi que des programmes intergénérationnels en milieu scolaire ont été proposés (Pillemer et collab., 2007; Wood et collab., 2010; World Health Organization, 2011). Plusieurs ont aussi relevé l'importance d'adopter une stratégie globale de prévention de la maltraitance axée sur l'amélioration des déterminants de la santé chez les personnes âgées (Podnieks, 2006), notamment par la promotion d'un vieillissement en santé et la valorisation de leur participation sociale (Cardinal et collab., 2008; Imbody et Vandsburger, 2011). Des initiatives structurantes qui agissent sur plusieurs déterminants, tels que les Villes amies des aînés, sont susceptibles d'atteindre ces objectifs (Organisation mondiale de la Santé, 2007).

7.4 LIMITES DE LA DÉMARCHE SUIVIE

En terminant, il importe de rappeler les limites de la démarche suivie dans cette synthèse des connaissances. Bien qu'un nombre considérable d'études aient été intégrées, il ne s'agit pas d'une revue systématique. La littérature grise n'a pas été recherchée systématiquement et il se peut que des études produites dans d'autres contextes sociolégaux que ceux ciblés explicitement n'aient pas été considérées. En plus des limites géographiques et linguistiques, la période ciblée (2000-2011) pour interroger les bases de données a réduit le nombre de références repérées. Enfin, compte tenu du mandat précis reçu du MSSS, la synthèse des connaissances s'est limitée à documenter la recherche de cas de maltraitance envers des aînés dans le contexte spécifique des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne, et ce, en insistant sur la question des outils de détection. D'autres acteurs (auxiliaires familiales, aides domestiques, policiers, personnel des banques, etc.) ont été identifiés comme pouvant jouer un rôle dans le repérage des situations de maltraitance vécues par des aînés (Imbody et Vandsburger, 2011; Ingram, 2003; Stiegel, 2006). Bien qu'on puisse supposer que certains des constats de ce rapport s'appliquent à ces autres intervenants, les connaissances scientifiques rapportées dans cette synthèse concernent principalement la recherche de cas par des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

CONCLUSION

La synthèse des connaissances a permis de mettre en évidence quatre niveaux de facteurs susceptibles d'influencer la recherche de cas de maltraitance envers des aînés par un professionnel en première ligne. Ces facteurs, qui concernent le contexte sociolégal et organisationnel tout comme le professionnel et l'aîné, agissent en interaction. Ainsi, toute stratégie visant à augmenter la recherche de cas de la maltraitance auprès de la clientèle aînée dans le réseau de la santé québécois devrait tenir compte de ces quatre catégories de facteurs. Au regard des outils de détection de la maltraitance, la synthèse a démontré qu'il en existe quinze ayant fait l'objet d'une certaine validation. Même si le recours aux outils est susceptible de contribuer à la détection des aînés maltraités, aucun outil ne permet de détecter la maltraitance hors de tout doute. En attendant d'autres validations à plus grande échelle, les outils de détection de la maltraitance envers les aînés doivent donc être utilisés avec prudence et être considérés essentiellement comme des aides à l'évaluation clinique. En aucun cas, ils ne peuvent remplacer une démarche fondée sur un jugement clinique global et une évaluation plus approfondie de la situation de l'aîné. Les outils de détection peuvent cependant être utiles pour sensibiliser les professionnels et orienter leur pratique clinique quant à la maltraitance envers les aînés. Le choix de l'outil à implanter devrait aussi privilégier une certaine adéquation entre le contexte clinique, le type de professionnel et les caractéristiques de l'outil. Tous les contextes cliniques ne sont pas équivalents et n'appellent pas les mêmes exigences et stratégies de recherche de cas. Enfin, il s'avère essentiel que les professionnels de la santé et des services sociaux appelés à côtoyer des aînés reçoivent de la formation pour les sensibiliser au phénomène de la maltraitance ainsi que pour améliorer leurs connaissances et leur capacité à repérer et à intervenir auprès des aînés qui vivent de telles situations. Les résultats de la synthèse ont cependant mis en lumière qu'une offre de formation aux professionnels n'est pas suffisante, tout comme le seul recours à un outil, et que des mesures organisationnelles devraient soutenir la recherche de cas. En ce sens, les résultats de la synthèse rejoignent plusieurs des orientations et des mesures du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*.

RÉFÉRENCES

- Abbey, L. (2009). Elder abuse and neglect: when home is not safe. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25 (1), p. 47-60.
- Acierno, R., Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H., Steve, K., Muzzy, W. et Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100 (2), p. 292-297.
- Almogue, A., Weiss, A., Marcus, E.L., et Beloosesky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51 (1), p. 86-91.
- Alt, K., Nguyen, A., et Meurer, L. (2011). The Effectiveness of Educational Programs to Improve Recognition and Reporting of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23 (3), p. 213-233.
- American Medical Association (2007). *AMA Code of Medical Ethics: Opinion 2.02. Physicians' Obligations in Preventing, Identifying, and Treating Violence and Abuse*. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion202.shtml> [en ligne].
- Anetzberger, G.J. (2001). Elder Abuse Identification and Referral: The Importance of Screening Tools and Referral Protocols. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (2), p. 3-22.
- Anetzberger, G.J. (2005). Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28 (1-2), p. 27-41.
- Anthony, E.K., Lehning, A.J., Austin, M.J., et Peck, M.D. (2009). Assessing elder mistreatment: instrument development and implications for adult protective services. *Journal of Gerontological Social Work*, 52 (8), p. 815-836.
- Aravanis, S.C., Adelman, R.D., Breckman, R., Fulmer, T.T., Holder, E., Lachs, M. et collab. (1993). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Archives of Family Medicine*, 2 (4), p. 371-388.
- Aubin, J. et Traoré, I. (2007). L'utilisation des services à domicile et les besoins perçus par les adultes québécois. *Zoom Santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Beach, S.R., Schulz, R., Williamson, G.M., Miller, L.S., Weiner, M.F., et Lance, C.E. (2005). Risk Factors for Potentially Harmful Informal Caregiver Behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (2), p. 255-261.
- Beaulaurier, R.L., Seff, L.R., et Newman, F.L. (2008). Barriers to Help-Seeking for Older Women Who Experience Intimate Partner Violence: A descriptive Model. *Journal of Woman and Aging*, 20 (3-4), p. 231-248.

- Beaulieu, M. et Bergeron-Patenaude, J. (2012). *La maltraitance envers les aînés. Changer le regard*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 133, p.69-87.
- Bell, B., Oyeboode, J., Oliver, C., et Bell, B. (2004). The Physical Abuse of Older Adults: The Impact of the Carer's Gender, Level of Abuse Indicators, and Training on Decision Making. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16 (3), p. 19-44.
- Biggs, S., Erens, B., Doyle, M., Hall, J., et Sanchez, M. (2010). *Abuse and neglect of older people: Secondary analysis of UK prevalence study*, London, University of London; National Centre for Social Research.
- Bomba, P.A. (2006). Use of a single page elder abuse assessment and management tool: a practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3-4), p. 103-122.
- Bravo, G., Girouard, D., Gosselin, S., Archambault, C., et Dubois, M.F. (1995). Further validation of the QUALCARE scale. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7 (4), p. 29-48.
- Buri, H.M., Daly, J.M., et Jogerst, G.J. (2009). Elder abuse telephone screen reliability and validity. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21 (1), p. 58-73.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994). Periodic health examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ*, 151 (10), p. 1413-1420.
- Cardinal, L., Agence de la santé et des services, et Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Clancy, M., McDaid, B., O'Neill, D., et O'Brien, J.G. (2011). National profiling of elder abuse referrals. *Age and Ageing*, 40 (3), p. 346-352.
- Cohen, M. (2011). Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18 (6), p. 261-270.
- Cohen, M., Levin, S.H., Gagin, R., et Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18 (5), p. 660-685.
- Cohen, M., Levin, S.H., Gagin, R., et Friedman, G. (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (8), p. 1224-1230.

- Conrad, K.J., Iris, M., Ridings, J.W., Langley, K., et Anetzberger, G.J. (2011). Self-report Measure of Psychological Abuse of Older Adults. *The Gerontologist*, 51 (3), p. 354-366.
- Cooper, C., Huzzey, L., et Livingston, G. (2012). The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 24 (9), p. 1447-1453.
- Cooper, C., Manela, M., Katona, C., et Livingston, G. (2008a). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (3), p. 283-288.
- Cooper, C., Maxmin, K., Selwood, A., Blanchard, M., et Livingston, G. (2009a). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 21 (4), p. 774-778.
- Cooper, C., Selwood, A., et Livingston, G. (2008b). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37 (2), p. 151-160.
- Cooper, C., Selwood, A., et Livingston, G. (2009b). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (10), p. 826-838.
- Daly, J.M. (2010). *Elder Abuse Prevention - Revised*. Iowa City, University of Iowa College of Nursing.
- Daly, J.M. et Jogerst, G.J. (2005). Readability and content of elder abuse instruments. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17 (4), p. 31-52.
- Daly, J.M., Mary, M.L., et Jogerst, G.J. (2011). Elder Abuse Research: A systematic Review. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23 (4), p. 348-365.
- Day, M.R., Bantry-White, E., et Glavin, P. (2010). Protection of vulnerable adults: an interdisciplinary workshop. *Journal of Community Practice*, 83 (9), p. 29-32.
- Desy, P.M. et Prohaska, T.R. (2008). The Geriatric Emergency Nursing Education (GENE) course: an evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, 34 (5), p. 396-402.
- Ejaz, F.K., Bass, D.M., Anetzberger, G.J., Nagpaul, K., et Ejaz, F.K. (2001). Evaluating the Ohio Elder Abuse and Domestic Violence in Late Life Screening Tools and Referral Protocols. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (2), p. 39-57.
- Erlingsson, C.L. (2007). Searching for elder abuse: a systematic review of database citations. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (3-4), p. 59-78.
- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., Kuntze, S., Spencer, A., Bacchus, L., Hague, G., Warburton, A., et Taket, A. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 13 (16).

- Fisher, B., Zink, T. et Regan, S. (2006). Hidden within the golden years: intimate partner violence and abuse against older women. Dans R.W. Summers et A.M. Hoffman (dir.), *Elder abuse: A Public Health Perspective*, (p. 97-115). Washington, American Public Health Association.
- Flores, J., Lampron, C., et Maurice, P. (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Fortin, M.-F., Côté, J., et Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Chenelière Éducation.
- Fulmer, T. (1984). Elder abuse assessment tool. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 3 (4), p. 216-220.
- Fulmer, T. (2008). Screening for mistreatment of older adults. *American Journal of Nursing*, 108 (12), p. 52-59.
- Fulmer, T., Firpo, A., Guadagno, L., Easter, T.M., Kahan, F., et Paris, B. (2003). Themes from a grounded theory analysis of elder neglect assessment by experts. *The Gerontologist*, 43 (5), p. 745-752.
- Fulmer, T., Guadagno, L., Bitondo, D.C., et Connolly, M.T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (2), p. 297-304.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I., et Fairchild, S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26 (5), p. 436-443.
- Fulmer, T., Paveza, G., Vandeweerd, C., Guadagno, L., Fairchild, S., Norman, R. et collab. (2005). Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team. *Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60 (8), p. 1002-1006.
- Fulmer, T., Strauss, S., Russell, S. L., Singh, G., Blankenship, J., Vemula, R. et collab. (2012). Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics. *Gerodontology*, 29 (2), p. 96-105.
- Fulmer, T., Street, S., et Carr, K. (1984). Abuse of the Elderly: Screening and detection. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (3), p. 131-140.
- Gagné, D. et Maurice, P. (2011). *Effets potentiels sur le bilan de sécurité d'une mesure rendant obligatoire la formation et/ou le certificat de compétence pour les conducteurs de véhicules tout-terrain et de motoneiges de 18 ans et plus*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Giraldo-Rodriguez, L. et Rosas-Carrasco, O. (2012). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics and Gerontology International*, 12 (3), p. 555-562.

- Haggerty, L.A., Hawkins, J.W., Fontenot, H., et Lewis-O'Connor, A. (2011). Tools for Screening for Interpersonal Violence: State of the Science. *Violence and Victims*, 26 (6), p. 725-737.
- Harrell, R., Toronjo, C. H., McLaughlin, J., Pavlik, V.N., Hyman, D.J., et Dyer, C.B. (2002). How geriatricians identify elder abuse and neglect. *American Journal of the Medical Sciences*, 323 (1), p. 34-38.
- Hawkins, J.W., Pearce, C.W., Skeith, J., Dimitruk, B., et Roche, R. (2009). Using technology to expedite screening and intervention for domestic abuse and neglect. *Public Health Nursing*, 26 (1), p. 58-69.
- Hwalek, M.A. et Sengstock, M.C. (1986). Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical Screening Instrument. *The Journal of Applied Gerontology*, 5 (2), p. 153-173.
- Imbody, B. et Vandsburger, E. (2011). Elder Abuse and Neglect: Assessment Tools, Interventions and Recommendations for Effective Service Provision. *Educational Gerontology*, 37 (7), p. 634-650.
- Ingram, E.M. (2003). Expert Panel Recommendations on Elder Mistreatment Using a Public Health Framework. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15 (2), p. 45-65.
- Institut canadien d'information sur la santé (2011a). *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques? Analyse en bref*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé (2011b). *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut de la statistique du Québec (2011). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2011*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Jammal, A., Allard, R., et Loslier, G. (1988). *Dictionnaire d'épidémiologie*. Québec, Edisem.
- Jogerst, G. et Ely, J.W. (1997). Home Visit Program for Teaching Elder Abuse Evaluations. *Family Medicine Journal*, 29 (9), p. 634-639.
- Jones, J.S., Veenstra, T.R., Seamon, J.P., et Krohmer, J. (1997). Elder Mistreatment: National Survey of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 30 (4), p. 473-479.
- Joubert, L. et Posenelli, S. (2009). Responding to a "window of opportunity": the detection and management of aged abuse in an acute and subacute health care setting. *Social Work in Health Care*, 48 (7), p. 702-714.
- Kennedy, R.D. (2005). Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Family Medicine Journal*, 37 (7), p. 481-485.

- Killick, C. et Taylor, B.J. (2009). Professional decision making on elder abuse: systematic narrative review. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21 (3), p. 211-238.
- Krueger, P. et Patterson, C. (1997). Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 157 (8), p. 1095-1100.
- Lachs, M.S. et Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364 (9441), p. 1263-1272.
- Lachs, M.S., Williams, C.J., O'Brien, S., Pillemer, K.A., et Charlson, M.E. (1998). The Mortality of Elder Mistreatment. *Journal of American Association*, 280 (5), p. 428-432.
- McCreadie, C., Bennett, G., Gilthorpe, M. S., Houghton, G., et Tinker, A. (2000). Elder abuse: do general practitioners know or care? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93 (2), p. 67-71.
- McDonald, L. (2011). Elder Abuse and Neglect in Canada: The Glass is Still Half Full. *Canadian Journal on Aging*, 30 (3), p. 437-465.
- Meeks-Sjostrom, D. (2004). A comparison of three measures of elder abuse. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), p. 247-250.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix : politique de soutien à domicile*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux et Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2006). *Guide de gestion de l'urgence*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Sécurité publique. (2009). *Bulletin d'information. La criminalité envers les personnes âgées*. Québec, Direction de la prévention et du soutien, ministère de la Sécurité publique du Québec.
- Ministry of Health and Age Concern New Zealand (2007). *Family Violence Intervention Guidelines. Elder Abuse and Neglect*. Wellington, Ministry of Health.
- Moody, L.E., Voss, A., et Lengacher, C.A. (2000). Assessing abuse among the elderly living in public housing. *Journal of Nursing Measurement*, 8 (1), p. 61-70.
- Moyer, V.A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: A US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 158 (6).
- Nagpaul, K. (2001). Application of Elder Abuse Screening Tools and Referral Protocol: Techniques and Clinical Considerations. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (2), p. 59-78.

- Nakanishi, M., Nakashima, T., et Honda, T. (2010). Disparities in systems development for elder abuse prevention among municipalities in Japan: implications for strategies to help municipalities develop community systems. *Social Science and Medicine*, 71 (2), p. 400-404.
- Nakanishi, M., Hoshishiba, Y., Iwama, N., Okada, T., Kato, E., et Takahashi, H. (2009). Impact of the elder abuse prevention and caregiver support law on system development among municipal governments in Japan. *Health Policy*, 90 (2-3), p. 254-261.
- Neale, A.V., Hwalek, M.A., Scott, R.O., et Sengstock, M.C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, 10 (4), p. 406-418.
- Nelson, H.D., Bougatsos, C., et Blazina, I. (2012). *Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services.
- Nelson, H.D., Nygren, P., McInerney, Y., et Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140 (5), p. 387-396.
- O'Dwyer, C. et O'Neill, D. (2008). Developing Strategies for the Prevention, Detection and Management of Elder Abuse: The Irish Experience. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20 (2), p. 169-180.
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreddie, C., Scholes, S., Constantine, R. et collab. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People Prevalence Survey Report*. London, National Centre for Social Research.
- Organisation mondiale de la Santé (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Oswald, R., Jogerst, G.J., Daly, J.M., et Bentler, S.E. (2004). Iowa Family Physician's Reporting of Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16 (2), p. 75-88.
- Paranjape, A., Rodriguez, M., Gaughan, J., et Kaslow, N.J. (2009). Psychometric Properties of a New Scale to Assess Family Violence in Older African American Women: The Family Violence Against Older Women (FVOW) Scale. *Violence Against Women*, 15 (10), p. 1213-1226.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Geneva, World Health Organization.
- Perez-Rojo, G., Izal, M., et Sancho, M.T. (2010). Linguistic and cultural adaptation of two tools for the detecting suspected elder abuse. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 45 (4), p. 213-218.

- Phillips, L.R., Morrison, E.F., et Chae, Y.M. (1990). The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice. *International Journal of Nursing Studies*, 27 (1), p. 77-91.
- Pillemer, K., Breckman, R., Sweeney, C.D., Brownell, P., Fulmer, T., Berman, J. et collab. (2011). Practitioners' views on elder mistreatment research priorities: Recommendations from a research-to-practice consensus conference. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23 (2), p. 115-126.
- Pillemer, K.A., Mueller-Johnson, K.U., Mock, S.E., Suito, J.J. et Lachs, M. (2007). Interventions to Prevent Elder Mistreatment. Dans L. S. Doll, S. E. Bonzo, J. A. Mercy, et D. A. Sleet (dir.), *Handbook of Injury and Violence Prevention*, (p. 241-254). New York, Springer.
- Pinsker, D., McFarland, K., et Stone, V. (2011). The Social Vulnerability Scale for Older Adults: An Exploratory and Confirmatory Factor Analytic Study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23 (3), p. 246-272.
- Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H., et Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21 (3), p. 187-210.
- Podnieks, E. (2006). Social inclusion: an interplay of the determinants of health - new insights into elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3-4), p. 57-79.
- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1-2), p. 5-58.
- Poole, C. et Rietschlin, J. (2012). Intimate Partner Victimization Among Adults Aged 60 and Older: An Analysis of the 1999 and 2004 General Social Survey. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24 (2), p. 120-137.
- Pottie Bunge, V. (2000). *Mauvais traitements infligés aux adultes plus âgés par les membres de la famille*. Ottawa, Statistique Canada.
- Radensky, L. et Parikh, D. (2008). Developing a « Train the Trainer » Program to Identify Elder Abuse and Neglect: The Jewish Home Lifecare System Model. *Home Health Care Management and Practice*, 20 (3), p. 254-259.
- Reichenheim, M.E., Paixao, C.M., et Moraes, C.L. (2009). Reassessing the construct validity of a Brazilian version of the instrument Caregiver Abuse Screen (CASE) used to identify risk of domestic violence against the elderly. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (11), p. 878-883.
- Reis, M. et Nahmiash, D. (1995a). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14 (2, suppl. 2), p. 45-60.
- Reis, M. et Nahmiash, D. (1995b). When seniors are abused: An intervention model. *The Gerontologist*, 35 (5), p. 666-671.
- Reis, M. et Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38 (4), p. 471-480.

- Rinker, A.G. (2009). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48 (1), p. 110-115.
- Sandmoe, A. (2007). How well can standardized instruments help nurses to identify abuse of older people? A literature review. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 27 (2), p. 4-8.
- Saveman, B.I. et Sandvide, A. (2001). Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15 (3), p. 244-249.
- Schmeidel, A., Daly, J., Rosenbaum, M., Schmuck, G., et Jogerst, G. (2012). Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24 (1), p. 17-36.
- Schofield, M.J. et Mishra, G.D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43 (1), p. 110-120.
- Schofield, M.J. et Mishra, G.D. (2004). Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13 (6), p. 1043-1052.
- Schofield, M.J., Reynolds, R., Mishra, G.D., Powers, J.R., et Dobson, A.J. (2002). Screening for Vulnerability to Abuse Among Older Women: Women's Health Australia Study. *Journal of Applied Gerontology*, 21 (1), p. 24-39.
- Schulman, E.A. et De Pold-Hohler, A. (2012). The American Academy of Neurology position statement on abuse and violence. *Neurology*, 78, p. 433-435.
- Sinha, M. et Milligan, S. (2012). La violence familiale envers les personnes âgées. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2010*. Ottawa, Statistique Canada.
- Spencer, C. (2010). *Environmental Scan and Critical Analysis of Elder Abuse Screening, Assessment and Intervention Tools for Canadian Health-Care Providers*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- Starr, L.A. (2010). Preparing those caring for older adults to report elder abuse. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (5), p. 231-235.
- Stiegel, L. (2006). Recommendations for the elder abuse, health, and justice fields about medical forensic issues related to elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18 (4), p. 41-81.
- Sugita, J. et Garrett, M. (2012). Elder Abuse and Oral Health Care Providers: An Intervention to Increase Knowledge and Self-Perceived Likelihood to Report. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24 (1), p. 50-64.
- Taylor, D.K., Bachuwa, G., Evans, J., et Jackson-Johnson, V. (2006). Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *Journal of the National Medical Association*, 98 (3), p. 403-404.

- Thompson-McCormick, J., Jones, L., Cooper, C., et Livingston, G. (2009). Medical students' recognition of elder abuse. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (7), p. 770-777.
- Thomson, A.M., Beavan, J.R., Lisk, R., McCracken, L.C., et Myint, P.K. (2010). Training in elder abuse: The experience of higher specialist trainees in Geriatric Medicine in the UK. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51 (3), p. 257-259.
- Touza, C. (2010). Porqué y cuando se han de utilizar las « Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (EDMA) ». *Cuadernos de Trabajo Social*, 23 (0214-0314), p. 145-161.
- Touza, C., Prado, C., et Segura, P. (2011). Construcción y validación de las Escalas de Detección de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (1), p. 91-106.
- Touza, C., Prado, C., et Segura, P. (2012). Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24 (4), p. 312-325.
- Touza, C., Segura, P., et Prado, C. (2004). Initial conclusions on the design and validation of the "Inadequate Treatment Detection Scale" for elders. *The Journal of Adult Protection*, 6 (3), p. 4-14.
- Uva, J.L. et Guttman, T. (1996). Elder Abuse Education in an Emergency Medicine Residency Program. *Academic Emergency Medicine*, 3 (8), p. 817-819.
- Wagenaar, D.B., Rosenbaum, R., Herman, S., et Page, C. (2009). Elder abuse education in primary care residency programs: a cluster group analysis. *Family Medicine Journal*, 41 (7), p. 481-486.
- Wagenaar, D.B., Rosenbaum, R., Page, C., et Herman, S. (2010). Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 110 (12), p. 703-711.
- Walsh, C.A., Olson, J.L., Ploeg, J., Lohfeld, L., et MacMillan, H. L. (2011). Elder abuse and oppression: voices of marginalized elders. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23 (1), p. 17-42.
- Walsh, C.A. et Yon, Y. (2012). Developing an Empirical Profile for Elder Abuse Research in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24 (2), p. 104-119.
- Wang, J.J. (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42 (3), p. 307-318.
- Wang, J.J., Tseng, H.F., et Chen, K.M. (2007). Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21 (1), p. 40-47.

- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., et Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (3), p. 493-500.
- Wilson, G. (2002). Dilemmas and Ethics: Social Work Practice in the Detection and Management of Abused Older Women and Men. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 14 (1), p. 79-94.
- Wolf, R., Daichman, L. et Bennett, G. (2002). La maltraitance des personnes âgées. Dans E.G. Krug, L. Dalhberg, J.A. Mercy, A. Zwi, et R. Lozano-Ascencio (dir.), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, (p. 139-162). Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Wong, C. et Marr, S. (2002). Factors influencing health-care professionals in identifying and managing elder abuse: a preliminary report. *Geriatrics Today*, 5, p. 34-37.
- Wood, S., Bellis, M.A., Penhale, B., et Passman, R. (2010). *Elder Abuse. A review of evidence for prevention*. Liverpool, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- World Health Organization (2008). *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen, WHO, Regional office for Europe.
- Yaffe, M.J., Weiss, D., et Lithwick, M. (2012a). Seniors' Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24 (4), p. 277-292.
- Yaffe, M.J., Weiss, D., et Lithwick, M. (2012b). The Elder Abuse Suspicion Index (EASI): Family Physician - Administered vs. Self-Administered.
- Yaffe, M.J., Weiss, D., Wolfson, C., et Lithwick, M. (2007). Detection and prevalence of abuse of older males: perspectives from family practice. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19 (1-2), p. 47-60.
- Yaffe, M.J., Wolfson, C., et Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (6), p. 646-654.
- Yaffe, M.J., Wolfson, C., Lithwick, M., et Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20 (3), p. 276-300.

ANNEXE 1
SÉLECTION DES ÉTUDES

SÉLECTION DES ÉTUDES

Tableau 7 Nombre de références selon les bases bibliographiques ou l'interface

Articles	Bases bibliographiques			
	Pubmed	Métamoteur	Proquest	Ebscohost
Nombre repéré*	2075	404	437	437
Première sélection et retrait des doublons (titre et résumé)	113	5	5	6
Nombre total d'articles présélectionnés	127			
Nombre total d'articles considérés dans la synthèse : <ul style="list-style-type: none"> • Ajout et retrait à partir de la lecture des articles en fonction des critères d'admissibilité; • Ajout des références repérées dans les bibliographiques d'articles; • Ajout d'articles pertinents produits pendant la période (2011-2012) et identifiés par la veille. 	114			

Légende :

* Contient des doublons.

ANNEXE 2
ANALYSE DES OUTILS DE DÉTECTION

ANALYSE DES OUTILS DE DÉTECTION

Tableau 8 Grille d'analyse des outils de détection

Composante « théorique »	Composante « instrumentale »	Composante « clinique »	Composante « psychométrique »
<ul style="list-style-type: none">• Définition• Formes de maltraitance• Bases théoriques et conceptuelles	<ul style="list-style-type: none">• Approche• Objectif• Mode d'administration• Temps requis• Source d'information	<ul style="list-style-type: none">• Professionnel visé• Milieu de pratique• Clientèle visée	<ul style="list-style-type: none">• Propriétés psychométriques

Légende :

Composante « théorique » : réfère à la définition de la maltraitance retenue par les concepteurs de l'outil, les formes de maltraitance considérées ainsi que les bases théoriques qui ont orienté son élaboration.

Composante « instrumentale » : regroupe les informations relatives à la conception de l'instrument et à la stratégie qu'il préconise pour recueillir les renseignements et documenter la maltraitance.

Composante « clinique » : concerne l'utilisation concrète de l'outil en contexte clinique, soit le type de professionnel et le milieu de pratique pour lesquels il a été conçu, ainsi que les circonstances cliniques (séquence et fréquence) de son utilisation.

Composante « psychométrique » : réfère à des informations sur les propriétés psychométriques de l'outil ainsi que les caractéristiques de sa validation.

Tableau 9 Définition²³ des propriétés psychométriques considérées dans l'analyse des outils de détection

FIDÉLITÉ : Précision et constance des mesures obtenues à l'aide d'un instrument de mesure.	
• Stabilité	Concordance entre deux mesures prélevées à deux moments différents.
• Consistance interne	Concordance existant entre tous les énoncés individuels de l'instrument de mesure – homogénéité d'un ensemble d'énoncés.
• Fidélité interjuges	Concordance des résultats enregistrés par deux observateurs indépendants.
VALIDITÉ LIÉE AU CRITÈRE : Corrélation entre un instrument de mesure et un autre critère mesurant le même phénomène.	
• Sensibilité	Capacité du test à reconnaître les sujets atteints.
• Spécificité	Capacité du test à reconnaître les sujets sains.
• Valeur prédictive positive	Chance qu'un test, lorsqu'il est positif, soit réellement positif et non faussement positif.
• Valeur prédictive négative	Chance qu'un test, lorsqu'il est négatif, soit réellement négatif et non faussement négatif.
• Validité concomitante	Corrélation entre deux instruments mesurant le même concept, simultanément.
VALIDITÉ CONCEPTUELLE OU DE CONSTRUIT : Capacité d'un instrument à mesurer le concept défini théoriquement.	
• Analyse structurelle	Capacité de l'instrument à mesurer l'ensemble des dimensions ou des facteurs présents dans le concept.
• Groupes de contraste	Capacité d'une échelle de mesure à obtenir des scores différents pour deux groupes d'individus différents.
• Validité convergente	Capacité de deux (ou plus) instruments mesurant un même concept à produire des résultats convergents (corrélation positive entre les scores).
• Validité divergente	Capacité de deux (ou plus) instruments mesurant un concept différent à produire des résultats différents (corrélation négative entre les scores).
VALIDITÉ DE CONTENU : Relation logique entre des énoncés qui déterminent le contenu d'un champ d'études à la suite de la vérification par des experts.	

²³ Définitions tirées de Fortin et collab. (2006). Les principes de mesure (p. 271-296). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les éditions de la Chenelière.

ANNEXE 3

DÉFINITION DES EFFETS DES INTERVENTIONS ÉDUCATIONNELLES

DÉFINITION DES EFFETS DES INTERVENTIONS ÉDUCATIONNELLES

Tableau 10 Définition²⁴ des effets mesurés dans les interventions destinées aux professionnels de la santé et des services sociaux

Connaissances	Ensemble des notions et des principes acquis par la personne.
Attitudes	Disposition interne, déterminée par l'expérience, qui pousse l'individu à constamment réagir de la même manière (positivement ou négativement) à l'égard d'une personne, d'un objet ou d'une situation.
Habiletés	Ensemble de savoir-faire qui permet à une personne de maîtriser une activité et de réussir dans l'accomplissement d'une tâche.
Comportements	Action observable pouvant être décrite ou mesurée.

²⁴ Grand dictionnaire terminologique. Office québécois de la langue française : <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca>.

ANNEXE 4

TABLEAU DES INTERVENTIONS ÉDUCATIONNELLES SUR LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

Tableau 11 Tableau des interventions éducationnelles sur la maltraitance envers les aînés

AUTEURS ET DEVIS	PAYS	POPULATION	INTERVENTION	MESURE DE L'EFFET	RÉSULTATS	CONCLUSIONS DES AUTEURS	EFFETS
Cooper et collab. (2012) Pré/post Score ②	R-U	24 résidents en médecine générale et en psychiatrie.	Présentation 20 minutes + DVD 8 minutes Didactique Formation initiale : cours obligatoire.	Connaissances (KAMA) Attitudes (CSQ) Mesure prétest et post-test : 3 mois après.	Plus de connaissances, plus vigilants, plus confiants en leur habileté à faire face à des cas, mais pas plus de questions posées aux patients.	La séance didactique augmente la vigilance et les connaissances des participants, mais ne modifie pas les comportements. La modification des comportements exige une formation plus complexe, avec un accent sur les habiletés communicationnelles.	Ⓐ Ⓑ Ⓔ
Sugita et Garrett (2012) Pré/post Score ②	É-U	103 dentistes, hygiénistes et autre personnel de soins dentaires.	Symposium de 4 heures avec un panel d'experts multidisciplinaires. Période de questions Formation continue.	Connaissances perçues. Attitudes Appréciation de la formation. Mesure prétest et post-test : immédiatement après.	Augmentation des connaissances perçues (26,2 % à 93,2 % <i>p</i> .000). Augmentation de la probabilité perçue de signaler un cas 61,2 % à 84,5 %. Augmentation du confort pour reconnaître les signes 52,4 % à 96,1 % <i>p</i> .000. Augmentation du confort à poser des questions aux patients 51,5 % à 92,2 % <i>p</i> .000. Très haut niveau de connaissances préintervention.	Confirme qu'un symposium réunissant un panel d'experts locaux peut sensibiliser les dentistes et le personnel en soins dentaires à la problématique de la maltraitance envers les aînés. Augmente des connaissances perçues et les attitudes favorables à la détection.	Ⓑ Ⓒ

Devis :

Score ① : 1 seule mesure après

Score ② : 2 mesures (avant et après) sans groupe de comparaison

Score ③ : 2 mesures avec groupe contrôle

Score ④ : 2 mesures avec plusieurs groupes expérimentaux

Score ⑤ : 2 mesures avec groupe contrôle et randomisation

Effets :

Ⓐ Connaissances

Ⓑ Connaissances perçues

Ⓒ Attitudes

Ⓓ Habiletés

Ⓔ Comportements

Tableau 11 Tableau des interventions éducationnelles sur la maltraitance envers les âgés (suite)

AUTEURS ET DEVIS	PAYS	POPULATION	INTERVENTION	MESURE DE L'EFFET	RÉSULTATS	CONCLUSIONS DES AUTEURS	EFFETS
<p>Désy et Prohaska (2008)</p> <p>Pré/post</p> <p>Score ②</p>	É-U	102 infirmières d'urgence.	<p>Atelier d'une journée comprenant 10 modules sur les âgés, dont 1 sur la maltraitance.</p> <p>Formation continue</p>	<p>Connaissances et intégration de celles-ci dans la pratique.</p> <p>Comportements autorapportés (utilisation d'un outil de détection).</p> <p>Mesure prétest et post-test : connaissances après la formation.</p> <p>Comportements 3 mois après.</p>	<p>Immédiatement après la formation : augmentation significative des connaissances.</p> <p>Trois mois après la formation : 55 % des infirmières ont complètement incorporé les connaissances sur la maltraitance dans leur pratique et 40 % ont introduit la plupart des connaissances.</p> <p>Augmentation non significative (11,5 % à 30 % des infirmières) de l'utilisation d'un outil d'évaluation de la maltraitance.</p>	<p>La formation améliore les connaissances des infirmières et les habiletés perçues (utilisation d'un outil d'évaluation).</p> <p>Les effets de l'intervention devraient être évalués en prenant soin d'avoir un devis rigoureux, notamment pour mesurer la modification des pratiques et l'effet sur d'autres variables.</p>	Ⓐ Ⓔ

Devis

Score ① : 1 seule mesure après

Score ② : 2 mesures (avant et après) sans groupe de comparaison

Score ③ : 2 mesures avec groupe contrôle

Score ④ : 2 mesures avec plusieurs groupes expérimentaux

Score ⑤ : 2 mesures avec groupe contrôle et randomisation

Effets

Ⓐ Connaissances

Ⓑ Connaissances perçues

Ⓒ Attitudes

Ⓓ Habiletés

Ⓔ Comportements

Tableau 11 Tableau des interventions éducationnelles sur la maltraitance envers les aînés (suite)

AUTEURS ET DEVIS	PAYS	POPULATION	INTERVENTION	MESURE DE L'EFFET	RÉSULTATS	CONCLUSIONS DES AUTEURS	EFFETS
<p>Uva et collab. (1996)</p> <p>Pré/post</p> <p>Score ②</p>	É-U	31 résidents en médecine d'urgence.	<p>Randomisation aléatoire.</p> <p>Séance de 50 minutes+ remise de matériel.</p> <p>Contenu : problématique, vidéo et mécanismes de signalement.</p> <p>Formation initiale.</p>	<p>Connaissances perçues.</p> <p>Attitudes</p> <p>Appréciation de la formation.</p> <p>Mesure prétest :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 : questionnaire avant la séance; • Groupe 2 : questionnaire après la séance. <p>Mesure post-test : 1 an après dans les deux groupes.</p>	<p>Groupe 1 : 23 % ont confiance en leur capacité de reconnaître la maltraitance; 17 % ont la connaissance du mécanisme de signalement.</p> <p>Groupe 2 : 100 % ont confiance en leur capacité de reconnaître la maltraitance; 100 % ont la connaissance du mécanisme de signalement.</p> <p>Suivi 1 an après : 100 % ont la capacité à reconnaître la maltraitance et à la signaler aux autorités (résultats similaires dans les 2 groupes).</p> <p>Session de formation jugée utile par tous les participants.</p>	<p>Valeur d'une formation de 50 minutes destinée aux résidents en médecine d'urgence.</p> <p>Méconnaissance des protocoles existant.</p> <p>Rétention des connaissances perçues 1 an après la formation.</p>	ⓑⓒ

Devis

Score ① : 1 seule mesure après

Score ② : 2 mesures (avant et après) sans groupe de comparaison

Score ③ : 2 mesures avec groupe contrôle

Score ④ : 2 mesures avec plusieurs groupes expérimentaux

Score ⑤ : 2 mesures avec groupe contrôle et randomisation

Effets

Ⓐ Connaissances

ⓑ Connaissances perçues

ⓒ Attitudes

ⓓ Habiletés

ⓔ Comportements

Tableau 11 Tableau des interventions éducationnelles sur la maltraitance envers les aînés (suite)

AUTEURS ET DEVIS	PAYS	POPULATION	INTERVENTION	MESURE DE L'EFFET	RÉSULTATS	CONCLUSIONS DES AUTEURS	EFFETS
Jogerst et Ely (1997) Score ①	É-U	71 résidents en médecine.	Deux cohortes non comparables : 1^{re} cohorte : groupe sans intervention; 2^e cohorte : visites à domicile avec un travailleur APS et une infirmière. Formation initiale.	Habilités Comportements autorapportés. Appréciation de la formation.	Groupe 1 contrôle : • Plus de visites à domicile; • Plus de déclarations de mise en tutelle. Groupe 2 « visite à domicile » : plus grande utilité rapportée de la formation dans la pratique de tous les jours. • Meilleures habiletés autorapportées pour évaluer l'aîné et son environnement et détecter la maltraitance (tendance).	Aucune différence significative entre les groupes concernant le nombre de cas de maltraitance diagnostiqués. Perceptions positives de la formation. Il existe des opportunités de collaboration entre les services APS et les programmes de formation des médecins.	ⓐⓔ
Day et collab. (2010) Score ①	Irlande	15 étudiants de cycle supérieur en travail social et 10 en soins infirmiers.	Atelier interdisciplinaire : 2 séances (2 h et 4 h). Contenu : problématique et intervention en matière de maltraitance et études de cas (petit groupe mixte). Formation initiale.	Connaissances perçues. Attitudes Résultats autorapportés et descriptifs. Appréciation de la formation.	Amélioration des connaissances perçues et de la sensibilisation. Amélioration de la compréhension perçue du travail en équipe et de ses enjeux. Identification des enjeux éthiques.	Évaluation positive de l'atelier par les étudiants. Approche pédagogique (groupe mixte, rétroaction et études de cas) et interdisciplinarité ont été appréciées. Importance de reconnaître les approches différentes selon les professions.	ⓑ

Devis

Score ① : 1 seule mesure après

Score ② : 2 mesures (avant et après) sans groupe de comparaison

Score ③ : 2 mesures avec groupe contrôle

Score ④ : 2 mesures avec plusieurs groupes expérimentaux

Score ⑤ : 2 mesures avec groupe contrôle et randomisation

Effets

Ⓐ Connaissances

Ⓑ Connaissances perçues

Ⓒ Attitudes

Ⓓ Habiletés

Ⓔ Comportements

Tableau 12 Évaluation des protocoles de recherche de cas de la maltraitance envers des aînés

AUTEURS ET DEVIS	DESCRIPTION DU PROTOCOLE	CONCLUSIONS
<p>Hawkins et collab. (2009) Évaluation qualitative</p>	<p>Outil informatique pour la détection de la violence en milieu familial.</p> <p>Milieu : soins à domicile</p> <p>Professionnels : infirmières, TS, thérapeutes</p> <p>Objectifs : colliger des données sur la violence; assurer la sécurité des personnes; signaler les cas de violence informatiquement.</p> <p>Formation des professionnels à l'utilisation de l'outil et à la détection de la violence familiale.</p> <p>Outil informatique permet d'identifier des situations à risque, possibilité d'adresser à une TS pour faire une évaluation plus approfondie.</p> <p>Combinaison des outils EAI et HS-EAST (maltraitance envers les aînés); <i>Abuse Assessment Screen</i> et <i>Danger Assessment</i> (violence conjugale); autres outils pour limitations fonctionnelles et violence à l'endroit des enfants.</p>	<p>Améliore la connaissance des experts et des services disponibles entre les agences qui collaborent.</p> <p>Facilite l'accès aux données sur les patients par toutes les agences impliquées, la communication et les références, accélère le processus de signalement obligatoire.</p> <p>Long à développer et à implanter, notamment à cause de certaines limites technologiques.</p> <p>Roulement de personnel exige un suivi dans la formation.</p> <p>Amélioration des délais et diminution du stress des victimes grâce à la collecte unique d'information.</p> <p>L'effet sur l'identification des cas n'a pas été mesuré.</p>
<p>Fulmer et collab. (2000) Étude descriptive et méthodologique (outil)</p>	<p>Projet pilote d'une durée de trois semaines visant à vérifier la faisabilité de l'implantation d'un protocole de dépistage de la négligence à l'urgence.</p> <p>Milieu : urgence</p> <p>Professionnels : infirmières.</p> <p>Formation des infirmières au protocole et période d'appropriation d'une semaine.</p> <p>Dépistage de tous les patients de 70 ans et plus se présentant à l'urgence et orientation vers une équipe multidisciplinaire d'évaluation pour les cas suspectés.</p> <p>Outils de détection : EAI et AMA</p>	<p>Démontre la faisabilité d'utiliser un protocole de dépistage à l'urgence.</p> <p>36 patients évalués durant une période de 3 semaines.</p> <p>7 cas identifiés positifs pour la négligence par les infirmières.</p> <p>Évaluation de l'équipe multi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 71 % de vrais positifs et 29 % faux négatifs. • 93 % de vrais négatifs et 7 % de faux positifs.

Tableau 12 Évaluation des protocoles de recherche de cas de la maltraitance envers des aînés (suite)

AUTEURS ET DEVIS	DESCRIPTION DU PROTOCOLE	CONCLUSIONS
<p>Ejaz et collab. (2001) Devis non expérimental</p>	<p>Protocole pour la détection et l'orientation des cas de maltraitance et de violence conjugale envers des aînés.</p> <p>Milieu : à domicile.</p> <p>Professionnels : santé et services sociaux.</p> <p>Document incluant plusieurs outils et proposant un algorithme clinique pour l'évaluation des personnes âgées.</p> <p>Outils : <i>Actual Abuse Screening Tool</i>, <i>Suspected Abuse Screening Tool</i>, <i>Risk of Abuse Screening Tool</i>.</p>	<p>Accent groupe avec des informateurs clés pour valider le contenu du document et le protocole proposé.</p> <p>À la suite de cette validation, une évaluation quantitative du protocole auprès d'intervenants a été menée.</p> <p>Deux formats de formation ont été testés : en personne et appropriation individuelle.</p> <p>Évaluation en deux temps : sur le contenu du document et l'utilisation par les professionnels avec deux clients (n76).</p> <p>Après l'utilisation avec des clients, il est apparu que le document initial est trop long et peu utile pour des intervenants expérimentés.</p> <p>Certains professionnels profitaient davantage du document : les professionnels moins expérimentés, les infirmières et les cliniciens vs les travailleurs sociaux.</p>



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

