

# Comprendre la maltraitance des aînés en pratique familiale

Mark J. Yaffe MD CM MCISc CCFP FCFP Bachir Tazkarji MD CCFP ABFM

## Résumé

**Objectif** Présenter ce qui constitue la maltraitance des aînés, ce dont les médecins de famille devraient être au courant, les signes et les symptômes laissant présager de mauvais traitements chez des adultes plus âgés, comment l'outil Elder Abuse Suspicion Index peut aider à détecter la maltraitance et les options qui existent pour réagir en cas de soupçons de maltraitance.

**Sources des données** On a fait une recension dans MEDLINE, PsycINFO et Social Work Abstracts pour trouver des publications en français ou en anglais, de 1970 à 2011, à l'aide des expressions *elder abuse*, *elder neglect*, *elder mistreatment*, *seniors*, *older adults*, *violence*, *identification*, *detection tools* et *signs and symptoms*. Les publications pertinentes ont fait l'objet d'un examen.

**Message principal** La maltraitance des aînés est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les adultes plus âgés. Si les médecins de famille sont bien placés pour détecter des mauvais traitements infligés aux aînés, leurs taux réels de signalement de cas de maltraitance sont plus faibles que dans d'autres professions. Cette situation pourrait s'améliorer s'ils comprenaient mieux les genres d'agissements qui constituent de la maltraitance des aînés, ainsi que les signes et les symptômes observés au bureau qui pourraient pointer vers des cas de mauvais traitements. La détection de tels cas pourrait être facilitée par le recours à un court outil validé, comme l'Elder Abuse Suspicion Index.

**Conclusion** Les médecins de famille peuvent jouer un rôle plus important dans la détection d'une éventuelle maltraitance des aînés. Une fois qu'on soupçonne de mauvais traitements, il existe dans la plupart des communautés des services sociaux ou des forces de l'ordre accessibles pour effectuer des évaluations plus approfondies et intervenir.

## Cas

M<sup>me</sup> B., une veuve de 88 ans, est une patiente de votre pratique depuis 27 ans. Elle a une cardiopathie ischémique stable et un diabète contrôlé par son régime alimentaire. Vous vous inquiétez que sa perte d'ouïe progressive nuise à sa capacité de bénéficier complètement des contacts sociaux, mais elle résiste aux recommandations répétées de subir des tests en audiologie. Vous lui faites remarquer qu'avec le temps, sa mémoire à court terme s'est beaucoup détériorée et qu'il y a des signes de problèmes de jugement. Elle minimise l'importance de ces déficits et de son score actuel de 25 au mini-test de l'état mental en insistant que ce ne sont que des «examens» sur papier. Lorsqu'elle ignore votre conseil d'arrêter de conduire, vous avisez la société de l'assurance-automobile de vos inquiétudes.

Pour mieux comprendre M<sup>me</sup> B., vous faites une vérification de son dossier. Vous y voyez qu'il y a 25 ans, vous l'aviez aidée à obtenir des soins de répit pour son père de 85 ans afin qu'elle puisse prendre un peu de vacances. À son retour, elle avait trouvé son père amaigri, déshydraté et confus. Les responsables du centre d'accueil lui avaient expliqué qu'il avait refusé de s'alimenter et qu'il avait été difficile de communiquer avec lui parce que peu d'employés parlaient espagnol. M<sup>me</sup> B. avait exprimé sa consternation de voir la détérioration de l'état de son père et l'omission des responsables de communiquer avec elle aux numéros de téléphone qu'elle avait laissés pour la rejoindre en cas d'urgence.

M<sup>me</sup> B. vit seule présentement et vous avez discuté avec elle qu'elle ne s'alimentait probablement pas suffisamment et que vous vous inquiétez de sa sécurité quand elle utilise la cuisinière. Elle fait fi de vos observations et

**POINTS SAILLANTS** Les médecins qui travaillent avec des adultes plus âgés doivent connaître les signes de maltraitance chez les aînés et y être sensibles. L'Elder Abuse Suspicion Index est un outil validé à l'intention des médecins de famille pour aider à identifier de tels mauvais traitements. Lorsqu'ils soupçonnent de la maltraitance, les médecins sont encouragés à consulter des services de protection des adultes, des services sociaux ou des agents de police formés pour évaluer la maltraitance d'adultes plus âgés et intervenir au besoin.

 Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien vers Mainpro.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the December 2012 issue on page 1336.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2012;581:e692-8

de vos suggestions de faire faire une évaluation à domicile par une infirmière ou une travailleuse sociale. Par contre, elle consent à ce que vous fassiez part de vos préoccupations à sa fille unique qui demeure à environ 2 000 km. Sa fille est difficile à rejoindre par téléphone et les messages sur la boîte vocale restent sans réponse. Quand vous arrivez enfin à lui parler, la fille indique qu'elle communique adéquatement avec sa mère en lui téléphonant une fois par semaine et que M<sup>me</sup> B. est une «femme de 88 ans normale» qui n'a pas besoin d'autres interventions.

### Sources des données

L'un des auteurs (M.J.Y.) procède depuis 2003 à une recension annuelle dans MEDLINE, PsycINFO et Social Work Abstracts pour trouver des publications en français ou en anglais depuis 1970, à l'aide des expressions *elder abuse, elder neglect, elder mistreatment, seniors, older adults, violence, identification, detection tools et signs and symptoms*. Les publications pertinentes ont fait l'objet d'un examen, reconnaissant certaines limitations. Plus précisément, on a remarqué que le domaine de la recherche sur la maltraitance des aînés est «tout récent» et les résultats de cette recherche sont surtout sous forme d'études descriptives, observationnelles et d'exposés de cas, qu'il n'y a pas de méta-analyses et seulement quelques essais sur le terrain<sup>1</sup>.

### Messages principaux

La maltraitance des aînés n'entraîne pas seulement une morbidité considérable, mais aussi un taux étonnamment élevé de mortalité non associée directement à des actes précis de mauvais traitement<sup>2</sup>. Les médecins qui travaillent avec des adultes plus âgés doivent donc être conscients de ce qu'on nomme indifféremment maltraitance des aînés, comportements abusifs envers des adultes plus âgés et mauvais traitements à des personnes âgées et y être réceptifs. On définit la maltraitance comme des actes ponctuels ou répétés, par omission ou commission, qui causent des préjudices ou de la détresse à une personne plus âgée, qui se produisent dans le contexte d'une relation dans laquelle on s'attendrait à pouvoir faire confiance à la personne qui a la responsabilité d'une personne protégée, en raison d'une relation familiale ou d'une responsabilité assumée volontairement pour les soins d'une personne, par contrat ou en vertu de liens d'amitié<sup>3</sup>. La maltraitance d'un aîné se distingue des actes criminels aléatoires ou imprévus commis contre un adulte plus âgé par des personnes en dehors de telles relations. Quoique la maltraitance puisse se produire par ignorance, on croit que la majorité des mauvais traitements envers des aînés ne sont pas accidentels ou qu'ils sont intentionnels<sup>4</sup>. Dans certaines sociétés, le mot aîné n'apparaît jamais dans la définition

de maltraitance des personnes âgées, ceci étant le reflet d'une pratique selon laquelle les leaders d'une communauté sont appelés aînés, qu'importe leur âge.

### Identification de la maltraitance des aînés.

L'identification de la maltraitance des aînés repose sur les victimes elles-mêmes ou sur les personnes habituellement bien placées pour être vigilantes ou qui sont sensibles aux mauvais traitements des adultes plus âgés: employés de banque, forces de l'ordre, travailleurs en soins à domicile, avocats, notaires, infirmières, travailleuses sociales, psychologues et médecins. Si diverses professions abordent différemment la maltraitance des aînés<sup>5</sup>, les médecins de famille sont bien placés pour voir les signes ou les symptômes révélateurs de mauvais traitements, étant donné qu'ils voient individuellement ces patients en moyenne 4 à 5 fois par année<sup>6</sup>. Malgré tout, on a fait valoir que les taux de signalement par les médecins de cas de maltraitance d'aînés sont les plus bas chez les travailleurs de la santé et des services sociaux<sup>7</sup>.

**Estimés de la prévalence.** Les estimés de la prévalence de la maltraitance des aînés varient parce que les études ont tendance à utiliser des définitions, des méthodologies et des situations différentes<sup>1,8-10</sup>. La majorité des projets de recherche se sont déroulés dans les pays occidentaux, surtout auprès de patients plus âgés sans problèmes cognitifs majeurs, vivant dans la communauté et ils font valoir des estimations variant entre 2,2 % et 18,4 %<sup>11-15</sup>. Une étude réalisée dans des pratiques familiales canadiennes, même si elle n'était pas officiellement conçue pour mesurer la prévalence, fait valoir des taux de mauvais traitements de personnes âgées se situant entre 12,0 % et 13,3 %<sup>16</sup>.

**Facteurs de risque.** La recherche sur les facteurs de risque de maltraitance des aînés se penchait initialement sur les facteurs courants de tous les aspects des mauvais traitements<sup>17</sup>. Par exemple, parmi les facteurs considérés comme prédisposant les bénéficiaires de soins à de la maltraitance, on mentionnait la perte d'autonomie, le fait d'être une femme, la dépendance envers l'abuseur, le déclin dans la santé mentale ou la déficience cognitive, des difficultés à effectuer les activités de la vie quotidienne, des comportements problématiques, la tendance à avoir des comportements physiques ou verbaux abusifs, l'isolement et l'absence d'une personne à appeler en cas de besoin. D'autre part, les facteurs proposés comme prédisposant les aidants à maltraiter autrui incluent la présence de stress chez l'aidant, une santé mentale déficiente, une maladie psychiatrique, l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépendance financière envers le bénéficiaire des soins et le fait d'être un homme. Selon la recherche, on commence à croire

que chaque manifestation de maltraitance d'un aîné pourrait avoir ses propres facteurs de risque spécifiques.

### Manifestations de la maltraitance des aînés

**Mauvais traitements physiques:** Les mauvais traitements physiques peuvent désigner l'infliction de douleurs physiques, de blessures ou la privation délibérée des services nécessaires au maintien de la santé mentale ou physique par l'aidant ou un autre fournisseur. Des exemples spécifiques sont résumés à l'**Encadré 1**<sup>18-20</sup>. Les signes et les symptômes qui en résultent peuvent prendre la forme d'ecchymoses inexplicables (particulièrement des ecchymoses ayant la forme de doigts ou de jointures, souvent sur le visage, le cou et le torse); des marques (souvent linéaires, en particulier sur la paume des mains et des pieds); des lacérations, des abrasions et des cicatrices; des foulures, des fractures ou des traumatismes multiples inexplicables; des changements de comportements inexplicables laissant présager une médication insuffisante ou excessive; des douleurs physiques inexplicables; des ecchymoses, une inflammation, de la sensibilité, des abrasions ou des traumatismes aux parties génitales, pointant vers des violences sexuelles; de l'appréhension, le retrait, de l'anxiété et de la tristesse (qui peuvent inclure une gamme d'humeurs dépressives, allant des symptômes dépressifs mineurs à la dépression profonde).

**Mauvais traitements psychologiques:** La maltraitance psychologique se présente par l'infliction verbale et non

verbale délibérée ou négligente d'une angoisse émotionnelle ou mentale et le recours à des moyens de contention physiques ou chimiques, à des médicaments ou à l'isolement en guise de punition ou comme substitut à un traitement ou à des soins. On trouve des exemples spécifiques résumés à l'**Encadré 2**<sup>21,22</sup>. Parmi les signes et les symptômes révélateurs figurent l'appréhension, l'évitement du contact physique ou oculaire ou les yeux constamment fixes; une tranquillité, une passivité, un retrait sans explication et une diminution du contact social avec autrui; de la colère, de la dépression ou une perte de poids; un aidant qui cherche à répondre pour l'aîné ou à empêcher une entrevue ou un examen en privé avec l'adulte plus âgé; des demandes fréquentes de sédatifs; et des rendez-vous souvent annulés.

### Encadré 2. Agissements indicateurs de maltraitance psychologique

Voici des indices de maltraitance psychologique:

- Mentir à la personne
- Cacher ses effets personnels
- L'humilier ou la traiter comme un enfant
- Faire des blagues désobligeantes
- Exercer de la coercition
- Crier ou parler à tue-tête de manière inappropriée
- Contrôler ses contacts avec les gens (isolement social de la famille, des amis, etc.)
- Menacer de frapper ou de lancer quelque chose
- Lui parler irrespectueusement
- Ne pas respecter son intimité
- Ne pas respecter ce qui lui appartient ou menacer de détruire ses biens
- L'insulter, jurer, la traiter de toutes sortes de noms, la dénigrer
- Menacer avec des armes, de privations, de punitions, de tutelle, d'abandon ou d'institutionnalisation
- Médication excessive intentionnelle

Données tirées de Clarke et Pierson<sup>21</sup> et de Bonnie et Wallace<sup>22</sup>

### Encadré 1. Agissements indicateurs de maltraitance physique

Voici des indices de maltraitance physique:

- Contention physique ou chimique inappropriée
- Utilisation d'une arme
- Personne frappée, giflée, qui a reçu des coups de pied ou de poings, attachée, secouée, étouffée, serrée fortement, bousculée, frappée contre un mur, pincée, égratignée, mordue, brûlée ou échaudée
- Membres tordus
- Transferts brutaux
- Chutes et blessures fréquentes, inexplicables ou expliquées de manière incohérente
- Visites multiples à l'urgence
- Violences sexuelles
  - Contacts, attouchements, frottements sexuels ou masturbation forcée, imposés par la ruse, la force ou la manipulation ou si l'aîné n'a pas la capacité de donner son consentement
  - Menaces verbales ou recours à la force (frapper, retenir, utilisation d'une arme) pour imposer des relations sexuelles orales, génitales ou anales
  - Personne forcée à regarder des photos ou des vidéos pornographiques ou sexuellement explicites ou à y participer
  - Propos offensifs sur le plan sexuel

Données tirées d'Aravanis<sup>18</sup>, de Lachs et Pillemer<sup>19</sup> et de Dyer et collab.<sup>20</sup>

**Mauvais traitements sur le plan financier ou matériel:** Les mauvais traitements sur le plan financier ou matériel peuvent se présenter comme des dépenses, une diminution ou une utilisation des biens, des actifs ou des ressources d'une personne sans son consentement de bon gré ou celui de son mandataire autorisé par la loi. Des exemples spécifiques sont donnés à l'**Encadré 3**<sup>23-26</sup>. Les signes et les symptômes qui en découlent peuvent inclure une anxiété inexplicable, de l'appréhension ou de l'évitement; un retrait social et moins de contacts avec les gens; la dépression et la perte de poids; une sous-médication; des vêtements inadéquats ou inappropriés pour la température; une tendance à pleurer ou des sentiments de culpabilité quand il s'agit de dénoncer l'abuseur.

**Négligence:** La négligence est l'omission par un aidant ou un mandataire de pourvoir aux besoins en

### Encadré 3. Agissements indicateurs de maltraitance financière ou matérielle

Voici des indices de maltraitance financière ou matérielle:

- Prendre sans autorisation, utiliser de manière abusive ou cacher des ressources, des biens ou des actifs, avec ou sans coercition, incitation, intimidation ou fausse représentation
- Utiliser un compte de banque, de l'argent, du crédit ou une carte de débit à l'encontre de la volonté de la personne ou à son insu
- Forcer la personne à donner une procuration
- Encaisser des chèques ou vendre des biens pour ensuite en garder l'argent
- Contrefaire des signatures
- Forcer la personne à signer des documents contre son gré ou sans qu'elle en comprenne la teneur
- Donner de fausses informations concernant des fonds
- S'accaparer de fonds, de biens ou de procurations pour servir ses propres intérêts
- Employer des contractuels pour servir ses propres intérêts

Données tirées de National Center on Elder Abuse<sup>23,26</sup>, de Tueth<sup>24</sup> et de Hafemeister<sup>25</sup>

matière de nourriture, d'eau, de logement, d'habillement, de médicaments, de sécurité, d'accès aux services de santé ou aux rendez-vous et de protection contre les abus ou l'exploitation. L'autonégligence (qui n'est pas unique aux aînés) peut être le reflet de problèmes personnels qui n'appartiennent pas à ce qu'on désigne comme étant de la maltraitance des aînés. On trouve à l'**Encadré 4** des exemples spécifiques de négligence de la part d'une tierce partie<sup>18,20,21</sup>. Les signes et les symptômes indicateurs peuvent se présenter sous forme d'une faible mobilité; des ulcères de décubitus, des plaies de lit ou de pression; une mauvaise hygiène et des odeurs corporelles; des infections fréquentes; des problèmes médicaux inexplicables ou

### Encadré 4. Agissements indicateurs de négligence

Voici des indices de négligence:

- Refus de l'accès à des moyens auxiliaires nécessaires ou de l'aide à y accéder (p. ex. marchettes, fauteuils roulants, appareils auditifs)
- Personne laissée seule ou sans supervision
- Conditions de vie insalubres
- Température trop chaude ou trop froide à la maison
- Refus de l'accès au téléphone
- Vêtements inappropriés; couches ou literies non changés
- Médications sans supervision ou de manière irrégulière
- Alimentation insuffisante; cachexie
- Retards dans la demande de traitements
- Suivi irrégulier
- Changements fréquents de médecins

Données tirées d'Aravanis<sup>18</sup>, de Dyer et collab.<sup>20</sup> et de Clarke et Pierson<sup>21</sup>

mal contrôlés; la perte de poids, la peur, l'anxiété ou la dépression.

*Négligence institutionnelle:* La maltraitance des aînés ne se produit pas seulement à domicile ou dans la communauté, mais aussi dans les maisons de retraite, les résidences-services, les centres d'hébergement et les hôpitaux. Des exemples spécifiques de tels cas sont présentés à l'**Encadré 5**<sup>27</sup>. Parmi les facteurs avancés pour expliquer la négligence envers les résidents, on peut mentionner des conditions de travail médiocres, des horaires de travail imprévisibles, les salaires peu élevés, la formation et la supervision inadéquates des employés (en particulier sur les façons de transiger avec les comportements provocants ou insultants des bénéficiaires), le manque de motivation du personnel, les préjudices envers certains aînés et le manque de congruence entre la mission de l'établissement et les besoins particuliers sur les plans de la santé et du milieu d'un adulte plus âgé<sup>28</sup>.

### Évolution du cas

Vous envisagez d'autres façons de rejoindre M<sup>me</sup> B. Vous vous demandez à quel point sa résistance (autonégligence) est le produit de son manque de confiance envers le milieu des soins de santé, parce qu'elle se souvient de l'expérience vécue par son père de la négligence institutionnelle, et dans quelle mesure elle est aussi le résultat du déni de la détérioration de son état. En même temps, vous réfléchissez à la possibilité que la négligence familiale apparente de la part de sa fille puisse être le fait de son propre déni à elle par rapport à des gains potentiels. Vous communiquez à nouveau avec sa fille pour vous enquêter de manière générale des ressources financières dont pourrait disposer M<sup>me</sup> B. pour payer pour ses soins à l'avenir. Vous apprenez que sa fille détient la délégation des pouvoirs, mais vérifie rarement les

### Encadré 5. Agissements indicateurs de négligence institutionnelle

Voici des indices de négligence institutionnelle:

- Soins d'assistance insuffisants
- Supervision inadéquate des bénéficiaires du centre
- Soins insuffisants ou imprévisibles par les infirmières et infirmières auxiliaires
- Longs délais pour répondre aux besoins des aînés
- Alimentation inadéquate
- Milieu de vie sous-optimal, surpeuplé ou insalubre
- Hâbleries médiocres du personnel en communication
- Maîtrise de la langue insuffisante pour répondre aux besoins des aînés
- Interactions inappropriées ou agressives entre le personnel et les clients
- Recours abusif à la contention physique ou chimique

Données tirées de Hawes et collab.<sup>27</sup>

affaires financières de M<sup>me</sup> B. De fait, M<sup>me</sup> B. emploie une femme quelques fois par semaine pour aider avec le ménage et les repas, mais sa fille avoue ne pas savoir grand-chose de cette personne et combien cette personne est payée.

Les facettes multiples de ce cas vous incitent à demander plus de renseignements sur la maltraitance des aînés et les mesures à prendre, tout en maintenant l’anonymat de la patiente. Dans la plupart des communautés, de tels soutiens sont accessibles auprès du service de police responsable des mauvais traitements aux aînés ou des services sociaux ou de protection des adultes. La travailleuse sociale qui répond à vos questions fait remarquer que même si M<sup>me</sup> B. montre des signes de mauvais jugement, elle n’est cependant pas inapte sur le plan légal et ne peut pas être contrainte à changer les choses contre son gré. La travailleuse sociale vous rappelle les présentations souvent subtiles et frustrantes de la maltraitance des aînés et indique qu’un certain nombre de manifestations de maltraitance peuvent coexister. Par exemple, elle fait remarquer que les visites peu nombreuses au cabinet pourraient être une façon de dissimuler des mauvais traitements physiques. Elle vous conseille donc que votre bureau prenne l’initiative de donner à M<sup>me</sup> B. des rendez-vous périodiques pour vous permettre à vous et à votre infirmière de garder un œil sur elle.

**Détection de la maltraitance des aînés.** Il est difficile de détecter la maltraitance des aînés à cause de ses signes et de ses symptômes parfois vagues ou portant à confusion et de ses implications sociales complexes. Les lignes directrices ne sont pas unanimes quant à la

recommandation que les médecins devraient faire le dépistage des mauvais traitements envers les adultes plus âgés<sup>29</sup>; par ailleurs, les médecins peuvent être confrontés à des situations qui soulèvent la suspicion de tels comportements abusifs. L’Elder Abuse Suspicion Index (EASI) (**Tableau 1**) peut se révéler un outil utile dans de telles circonstances. Les médecins de famille signalent que l’EASI est simple à utiliser et peut être administré rapidement et que c’est un moyen pratique de connaître l’étendue de la maltraitance des aînés<sup>29</sup>. Il comporte des questions dont l’utilisation est validée en cabinet avec des aînés dont les scores au mini-examen de l’état mental sont de 24 ou plus et ses propriétés psychométriques et leurs implications ont été décrites<sup>29</sup>. Il est produit en diverses langues<sup>30</sup> et on a qualifié la formulation des versions en français et en anglais comme étant facile à comprendre et acceptable pour une large fourchette d’âges<sup>31</sup>. Il peut être utilisé à répétition pour que les patients finissent par se sentir à l’aise avec ce questionnement<sup>29</sup>. Sa simplicité peut aider à atténuer les sentiments négatifs intrinsèques à de nombreuses victimes, notamment le déni, l’hésitation à signaler la maltraitance pour ne pas que l’abuseur soit puni, un sentiment de gêne, d’humiliation ou de honte, la peur de briser la solidarité familiale, la crainte des représailles de l’abuseur ou que cette personne cesse de prendre soin d’elles<sup>32</sup>.

Des lois sur le signalement obligatoire des mauvais traitements détectés envers des aînés n’existent que dans quelques régions au Canada et il n’y a actuellement pas de jurisprudence au pays portant sur l’omission par un médecin de dénoncer des cas suspectés. L’EASI n’a

**Tableau 1. Elder Abuse Suspicion Index: Le patient répond aux questions 1 à 5 et le médecin répond à la question 6; 1 réponse affirmative ou plus aux questions 2 à 6 pourraient être des indices de maltraitance.**

QUESTIONS: AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ...	RÉPONSE (ENCERCLEZ UNE RÉPONSE)	
1. Avez-vous dépendu de quelqu’un pour l’une des activités suivantes: prendre votre bain ou votre douche, vous habiller, faire vos commissions, faire vos transactions bancaires ou vos repas?	Oui	Non
2. Quelqu’un vous a-t-il empêché de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs, de l’aide médicale ou de rencontrer des gens que vous vouliez voir?	Oui	Non
3. Avez-vous été dérangé par les paroles de quelqu’un qui vous ont fait sentir de la honte ou menacé?	Oui	Non
4. Quelqu’un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté?	Oui	Non
5. Est-ce que quelqu’un vous a fait peur, vous a touché d’une manière que vous ne vouliez pas ou vous a fait mal physiquement?	Oui	Non
6. Médecin: L’abus envers une personne âgée peut être associé à des manifestations comme la difficulté à maintenir un contact oculaire, une nature retirée, de la malnutrition, des problèmes d’hygiène, des coupures, des ecchymoses, des vêtements inappropriés ou des problèmes de conformité aux ordonnances. Avez-vous remarqué de telles manifestations aujourd’hui ou au cours des 12 derniers mois?	Oui	Non

pas été conçu nécessairement comme un outil de diagnostic définitif, mais plutôt pour cerner des soupçons raisonnables justifiant une exploration plus approfondie de la situation par le médecin. Cette exploration peut prendre la forme d'un questionnaire adapté à la culture en seul à seul avec l'éventuelle victime, un examen physique ciblant la maltraitance ou l'obtention de l'autorisation du patient à demander une consultation auprès d'un expert approprié dans la communauté en maltraitance des aînés. Pour faciliter ce processus, on a produit une fiche format de poche qui reprend les questions de l'EASI et indique les ressources provinciales et territoriales particulières au Canada à qui les médecins peuvent s'adresser pour obtenir de l'aide ou des conseils lorsqu'ils s'inquiètent d'un cas de maltraitance ou en soupçonnent l'existence. La fiche format de poche de l'EASI se trouve en ligne<sup>33</sup> ou on peut s'en procurer des exemplaires imprimés plus durables<sup>34</sup>.

## Conclusion

La maltraitance des aînés est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les adultes plus âgés, exigeant que les médecins de famille fassent preuve de vigilance. Les médecins de famille, en raison de leurs contacts fréquents avec des aînés (et, dans les meilleurs des cas, en raison de leur solide relation de confiance établie avec eux avec le temps) sont bien placés pour identifier et documenter de manière exhaustive les signes et les symptômes indicateurs de mauvais traitements. L'EASI est un outil reconnu internationalement dont l'utilisation par les médecins de famille est validée comme auxiliaire dans ce processus. Lorsqu'ils soupçonnent des comportements abusifs, les médecins sont encouragés à consulter les services sociaux ou de protection des adultes ou encore des agents des forces de l'ordre formés dans l'évaluation de la maltraitance des adultes plus âgés et les interventions à cet égard. 🍀

**D<sup>r</sup> Yaffe** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université McGill et au Centre hospitalier St Mary's à Montréal, au Québec, et directeur de l'Éducation et de la Formation pour le Réseau international pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés. **D<sup>r</sup> Tazkarji** est directeur du programme local de résidence de l'Unité d'enseignement en médecine familiale Trillium-Summerville à Mississauga, en Ontario, et pour la University of Toronto.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Collaborateurs

**D<sup>r</sup> Yaffe** a effectué la recension des ouvrages spécialisés. Les 2 auteurs ont fait la synthèse critique des ouvrages et ont préparé l'article aux fins de publication.

### Correspondance

**D<sup>r</sup> Mark J. Yaffe**, Hôpital St Mary's, Centre de médecine familiale, 3830, avenue Lacombe, Montréal, QC H3T 1M5; téléphone 514 734-2676; télécopieur 514 734-2602 courriel [mark.yaffe@mcgill.ca](mailto:mark.yaffe@mcgill.ca)

### Références

- Daly JM, Merchant ML, Jogerst GJ. Elder abuse research: a systematic review. *J Elder Abuse Negl* 2011;23(4):348-65.
- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998;280(5):428-32.
- Organisation mondiale de la Santé. *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2002.
- Hamp LF. Analysis of elder abuse and neglect under state law: Dans: Bonnie RJ, Wallace RB, rédacteurs. *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. National Research Council Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect, Committee on National Statistics and Law, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academies Press; 2003. p. 181-237.
- Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M. Professionals show different enquiry strategies for elder abuse detection: implications for training and interprofessional care. *J Interprof Care* 2009;23(6):646-54.
- Harrell R, Tornjo CH, McLaughlan J, Pavlik VN, Hyman DJ, Dyer CB. How geriatricians identify elder abuse and neglect. *Am J Med Sci* 2002;32(1):34-8.
- O'Brien JG. Elder abuse and the physician. *Mich Med* 1986;85(11):618, 620.
- Thomas C. The first national study of elder abuse and neglect: contrast with results from other studies. *J Elder Abuse Negl* 2000;12(1):1-14.
- Van Bavel M, Janssens K, Schakenraad W, Thurlings N. *Abuse in Europe: background and position paper*. Utrecht, Allemagne: The European Reference Framework Online for the Prevention of Elder Abuse and Neglect; 2010.
- Definition Consensus Workshop report: defining and measuring elder abuse and neglect—preparatory work required to measure the prevalence of abuse and neglect of older adults in Canada. Toronto, ON: National Initiative for Care of the Elderly; 2010. Accessible à: [www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=52&ap p=234&cat1=651&tp=2&lk=no](http://www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=52&ap p=234&cat1=651&tp=2&lk=no). Accédé le 29 juillet 2011.
- Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Negl* 1993;4(1-2):5-58.
- Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the First National Prevalence Study. *J Elder Abuse Negl* 2009;21(1):1-14.
- Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T, Enosh G. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *J Elder Abuse Negl* 2009;21(3):253-77.
- Naughton C, Treacy MP, Drennan J, Lafferty A, Lyons I, Phelan A et collab. *Abuse and neglect of older people in Ireland*. Dublin, Irlande: National Centre for the Protection of Older People, University College Dublin; 2010.
- Acierno R, Hernandez MA, Amstader AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W et collab. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential abuse in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health* 2010;100(2):292-7.
- Yaffe MJ, Weiss D, Wolfson C, Lithwick M. Detection and prevalence of abuse of older males: perspectives from family practice. *J Elder Abuse Negl* 2007;19(1-2):47-60.
- Risk factors for elder mistreatment. Dans: Bonnie RJ, Wallace RB, rédacteurs. *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. National Research Council Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect, Committee on National Statistics and Law, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academies Press; 2003. p. 88-103.
- Aravanis SC. *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Chicago, IL: American Medical Association; 1996.
- Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995;333(7):437-43.
- Dyer CB, Connelly MT, McFeeley P. The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect. Dans: Bonnie RJ, Wallace RB, rédacteurs. *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. National Research Council Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect, Committee on National Statistics and Law, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academies Press; 2003. p. 339-81.
- Clarke ME, Pierson W. Management of elder abuse in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17(3):631-44.
- Concepts, definitions, and guidelines for measurement. Dans: Bonnie RJ, Wallace RB, rédacteurs. *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. National Research Council Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect, Committee on National Statistics and Law, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academies Press; 2003. p. 34-59.
- National Center on Elder Abuse. *The National Elder Abuse Incidence Study: final report*. Washington, DC: National Aging Information Center; 1998.
- Tueth MJ. Exposing financial exploitation of impaired elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8(2):104-11.
- Hafemeister TL. Financial abuse of the elderly in domestic settings. Dans: Bonnie RJ, Wallace RB, rédacteurs. *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. National Research Council Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect, Committee on National Statistics and Law, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academies Press; 2003. p. 385-9.
- National Center on Elder Abuse. *Elder abuse: questions and answers*. Washington, DC: National Aging Information Center; 1996.
- Hawes C, Blevins D, Shanley L. *Preventing abuse and neglect in nursing homes: the role of the nurse aide registries. Report to the Centers for Medicare and Medicaid Services (formerly HCFA) from the School of Rural Public Health*. College Station, TX: Texas A&M University System Health Science Center; 2001.

28. Lachs M, Bachman R, Williams CS, O'Leary JR. Resident to resident elder mistreatment and police contact in nursing homes: findings from a population-based cohort. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(6):840-5.
29. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl* 2008;20(3):276-300.
30. Yaffe MJ, Lithwick M, Wolfson C. *Elder Abuse Suspicion Index*. Montréal, QC: Université McGill; 2006. Accessible à: [https://secureweb.mcgill.ca/familymed/sites/mcgill.ca/familymed/files/EASI\\_Web.pdf](https://secureweb.mcgill.ca/familymed/sites/mcgill.ca/familymed/files/EASI_Web.pdf). Accédé le 13 mars 2012.
31. Yaffe MJ, Weiss D, Lithwick M. Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *J Elder Abuse Negl* 2012;24(4):277-92.
32. Baumhover LA, Beall SC. Prognosis: elder mistreatment in health care settings. Dans: Baumhover LA, Beall SC, rédacteurs. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons*. Baltimore, MD: Health Professions Press; 1996.
33. *Elder Abuse Suspicion Index* [français]. Toronto, ON: National Initiative for Care of the Elderly; 2006. Accessible à: [www.nicenet.ca/files/U\\_of\\_T\\_Nice\\_175084\\_EASI\\_Revised\\_5\\_Panel.PDF](http://www.nicenet.ca/files/U_of_T_Nice_175084_EASI_Revised_5_Panel.PDF). Accédé le 25 novembre 2011.
34. National Initiative for Care of the Elderly [site web]. *Tool overview*. Toronto, ON: National Initiative for Care of the Elderly; 2011 Accessible à: [www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=43&app=206&cat1=664&tp=2&lk=no](http://www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=43&app=206&cat1=664&tp=2&lk=no). Accédé le 25 novembre 2011.

---

La Série sur les soins aux aînés a été élaborée dans le contexte des initiatives du Comité du développement professionnel continu de la Société canadienne de gériatrie en collaboration avec *Le Médecin de famille canadien* pour présenter des articles sur des sujets en gériatrie rédigés par des médecins de famille pour des médecins de famille.

\*\*\*