

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

JUILLET 2014

Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés :

*approches axées sur la personne, coopératives et à
l'échelle du système*



Déni de responsabilité

Les infirmières et les établissements où elles travaillent ne sont pas tenus d'appliquer cette ligne directrice. Son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux besoins individuels et aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, et n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sans modification, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement écrit de la RNAO doit être obtenu. Une citation ou une référence doit apparaître dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014). *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Renseignements relatifs au financement

Financé par le programme Nouveaux Horizons pour les aînés du gouvernement du Canada.

Les opinions et les interprétations contenues dans la présente publication sont celles de ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

The logo for Canada, featuring the word "Canada" in a serif font with a small crown above the letter 'a'.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : www.RNAO.ca



Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés :

approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a le plaisir de présenter la première édition de la ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires, intitulée *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent tous les jours. La RNAO est ravie de vous fournir cette ressource clé.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, en commençant par le programme Nouveaux Horizons pour les aînés du gouvernement du Canada, qui a reconnu la capacité de la RNAO de diriger ce programme et qui lui a fourni un financement sur trois ans. Nous remercions également les docteurs Irmajean Bajnok et Monique Lloyd, directrice et directrice adjointe (respectivement) du Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, pour leurs compétences et leur leadership. Je remercie également les coprésidents du groupe d'experts, la D^{re} Elizabeth Podnieks (professeure émérite, Université Ryerson) et le D^r Samir Sinha (directeur du service de gériatrie, Mount Sinai et Réseau universitaire de santé) pour leurs compétences et leur intendance exquises de cette ligne directrice. Merci également à Susan McNeill, Verity White, Diana An, Megan Bamford, Anastasia Harripaul, Tasha Penney, Sarah Xiao, membres du personnel de la RNAO, et au reste de l'équipe du programme de la RNAO sur l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le travail intensif consacré à la production de la présente ligne directrice. Un merci tout spécial aux membres du groupe d'experts qui ont généreusement accordé leur temps et apporté leur expertise, afin de nous permettre de produire une ressource clinique rigoureuse et robuste. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires nécessite un effort conjugué de la part des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs et des chercheurs. La communauté des infirmières et des professionnels de la santé, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et les heures innombrables de bénévolat qui sont essentielles à la création à la révision de chaque ligne directrice. Les employeurs ont réagi avec enthousiasme en désignant des champions des pratiques exemplaires, en mettant les lignes directrices en pratique et en évaluant leur impact sur les patients et les établissements. Les gouvernements, ici comme à l'étranger, se sont joints à nous pour ce grand parcours. Ensemble, nous créons une culture de pratiques fondées sur les données probantes.

Nous vous demandons de partager cette ligne directrice avec vos collègues d'autres professions : nous avons tant à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons être sûrs que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possible, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, inf.aut., M.Sc.Inf., Ph.D., LLD(Hon), O.ONT.
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Intention et champ d'activité	6	
Résumé des recommandations	7	
Interprétation des données probantes	11	
Groupe d'experts de la RNAO	12	
Équipe du programme de la RNAO sur l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.....	13	
Remerciements aux intervenants	14	
Contexte	18	
Principes directeurs	22	

Recommandations relatives à la pratique professionnelle	23	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	40	
Recommandations relatives aux politiques, à l'établissement et au système	49	
Lacunes relatives à la recherche et implications futures	63	
Stratégies de mise en œuvre	64	
Évaluation et surveillance de cette ligne directrice	65	
Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice	73	

RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Liste de références bibliographiques	74
--	----

ANNEXES

Annexe A : Glossaire des termes	87
Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice	93
Annexe C : Processus utilisé pour l'examen systématique et la stratégie de recherche	94
Annexe D : Définitions des mauvais traitements et de la négligence envers des aînés	97
Annexe E : Théories relatives aux mauvais traitements et à la négligence	100
Annexe F : Stratégies de communication	103
Annexe G : Outils d'évaluation et de dépistage	105
Annexe H : Liste de ressources	112
Annexe I : Exemple d'arbre décisionnel	115
Annexe J : Ressources et liens : Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés :	116
Annexe K : Description de la trousse d'outils	119

APPROBATIONS

Approbations	120
--------------------	-----

Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPE)^{G*} est un document exhaustif qui fournit des ressources pour la pratique de soins infirmiers fondée sur les données probantes^G. Elle n'est pas conçue en tant que manuel ou de guide des choses à faire, mais plutôt en tant que modèle ou outil pour guider les pratiques exemplaires en matière de prévention et de résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés^G. La présente ligne directrice devrait être consultée et appliquée dans le respect tant des besoins des organisations ou des établissements individuels que des besoins et des préférences de l'aîné. De plus, la ligne directrice contient une vue d'ensemble des structures et des soutiens appropriés qui permettent de fournir les meilleurs soins possible fondés sur les données probantes.

Les infirmières^G, les autres prestataires de soins de santé^G, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de politiques, de procédures, de protocoles, de programmes de formation et d'évaluations, d'interventions et d'outils de documentation. Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations et des données probantes qui les appuient. Nous recommandons fortement que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien.

Si votre organisation adopte cette ligne directrice, nous vous recommandons de suivre ces étapes :

1. Évaluez vos pratiques de soins infirmiers et de soins de santé en vous fondant sur les recommandations de la ligne directrice,
2. Identifiez les recommandations qui vous permettront de répondre à des besoins ou de combler des lacunes dans les services;
3. Élaborez un plan de mise en œuvre des recommandations. (Des ressources pour la mise en œuvre, y compris la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires [2^e édition]* [2012c] de la RNAO, sont disponibles à l'adresse www.RNAO.ca)

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience.

*Dans ce document, les mots suivis du symbole G (^G) sont définis dans le glossaire des termes (**annexe A**).



Intention et champ d'activité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des déclarations élaborées de façon systématique afin de venir en aide aux infirmières et aux clients qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). L'élaboration initiale de l'objet et de la portée de la présente ligne directrice a été réalisée avec l'aide de trois groupes de discussion qui se sont réunis par téléconférence, réunissant 26 experts et prestataires de soins de santé d'un bout à l'autre du Canada, et d'un groupe de discussion en personne réunissant 20 aînés qui vivaient en Ontario. Le groupe d'experts a alors été convoqué pour déterminer l'objet de la ligne directrice, à savoir : étendre la sensibilisation aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés et fournir des recommandations fondées sur les données probantes pour la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence dans tout le continuum des soins au Canada.

La ligne directrice fournit des recommandations en matière de pratiques exemplaires dans trois grands domaines : pratique professionnelle, éducation et politiques/organisation/système. Pour une efficacité optimale, les recommandations dans ces trois domaines devraient être mises en œuvre ensemble.

- Les recommandations relatives à la pratique professionnelle^G s'adressent principalement aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé membres de l'équipe pluridisciplinaire^G qui prodiguent des soins directs aux aînés et à leur famille dans des milieux communautaires et institutionnels^G.
- Les recommandations relatives à l'éducation^G s'adressent aux personnes chargées de la formation du personnel, telles que les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement.
- Les recommandations relatives aux politiques, à l'organisation et au système^G s'appliquent à différents auditoires, selon le cas. Ces auditoires comprennent les gestionnaires, les administrateurs, les décideurs, les organismes de réglementation des soins infirmiers et les organismes gouvernementaux.

La portée de la présente ligne directrice inclut les torts causés par les principales formes de mauvais traitements et de négligence. Il s'agit de la violence physique, de la violence émotionnelle et psychologique, de la violence sexuelle, de l'exploitation financière et de la négligence. La présente ligne directrice inclut également des recommandations relatives à l'éducation et aux politiques, à l'organisation et au système qui abordent le comportement agressif entre les résidents^G. Les torts infligés par un résident (souvent un aîné atteint d'un déficit cognitif qui vit dans un établissement de soins de longue durée^G) à un autre résident sont foncièrement différents des autres formes de torts couvertes dans le présent document. Ce contenu est inclus parce que les établissements assument la responsabilité de fournir des soins de qualité à tous leurs résidents et d'assurer leur sécurité. De plus, les aînés qui vivent dans un établissement ont une relation de confiance^G avec l'organisation, et une telle relation est un élément clé de la plupart des définitions des mauvais traitements et de la négligence. Toutefois, un examen systématique des problèmes systémiques qui pourraient augmenter la vulnérabilité aux mauvais traitements ou à la négligence, par exemple la structure du système de santé, les modèles de prestation des soins, les structures de financement et les politiques publiques, n'est pas couvert par la présente ligne directrice. D'autres formes de torts qu'il est important de reconnaître, mais qui ne sont pas non plus couverts par la présente ligne directrice, comprennent la négligence de soi et l'agression d'un résident aîné envers un employé de l'établissement.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la présente ligne directrice, y compris le processus d'élaboration et la stratégie d'examen systématique^G et de recherche, veuillez consulter les [annexes B et C](#).

Résumé des recommandations

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Établir et maintenir une relation thérapeutique avec les aînés et leurs familles, le cas échéant, lors de discussions relatives aux problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence.</p>	IV
	<p>Recommandation 1.2 :</p> <p>Assurer la confidentialité et le respect de la vie privée lors des discussions de problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence, sauf si les obligations légales exigent la divulgation de telles informations.</p>	V
	<p>Recommandation 1.3 :</p> <p>Rester à l'affût de facteurs de risque et de signes de mauvais traitements et de négligence pendant les évaluations de l'aîné et les rencontres avec celui-ci.</p>	V
	<p>Recommandation 1.4 :</p> <p>Effectuer une évaluation détaillée en coopération avec l'aîné, l'équipe pluridisciplinaire et la famille, le cas échéant, lors d'allégations ou de soupçons de mauvais traitements ou de négligence.</p>	V
	<p>Recommandation 1.5 :</p> <p>Identifier les droits, les priorités, les besoins et les préférences de l'aîné en ce qui concerne les décisions relatives à son mode de vie et ses soins, avant de déterminer les interventions et les soutiens nécessaires.</p>	IV
2.0 Planification	<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Recueillir l'information et les ressources requises pour intervenir de façon appropriée lors d'allégations ou de soupçons de mauvais traitements et de négligence de façons compatibles avec la loi, les politiques et les pratiques de l'organisation et les normes de pratique professionnelle.</p>	V
	<p>Recommandation 2.2 :</p> <p>Collaborer avec l'aîné, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, le cas échéant, pour élaborer un plan de soins individualisé permettant de prévenir ou de résoudre les torts.</p>	IV

3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Intervenir dans les cas présumés ou soupçonnés de mauvais traitements et de négligence, conformément aux exigences de la loi et aux politiques ou aux procédures de l'organisation.</p>	V
	<p>Recommandation 3.2 :</p> <p>Mettre en œuvre un plan de soins individualisé qui incorpore de multiples stratégies visant à prévenir ou à résoudre les torts, y compris</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la formation et le soutien des aînés et des membres de leur famille, ■ les interventions et les soutiens pour ceux qui infligent de mauvais traitements ou qui font preuve de négligence, ■ des ressources ou des aiguillages, et ■ l'élaboration d'un plan de sécurité. 	IV – V
4.0 Évaluation	<p>Recommandation 4.1 :</p> <p>Collaborer avec l'aîné, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, le cas échéant, pour évaluer et réviser le plan de soins, en reconnaissant que certains cas de mauvais traitements et de négligence ne seront pas faciles à résoudre.</p>	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1 :</p> <p>Tous les employés dans toutes les organisations de soins de santé qui servent des aînés participent à des programmes d'éducation obligatoire qui les sensibilisent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ à l'âgisme⁶; ■ aux droits des aînés; ■ aux types de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, à leur prévalence et à leurs signes; ■ aux facteurs qui peuvent contribuer aux mauvais traitements et à la négligence; et ■ aux rôles et aux responsabilités des individus en ce qui concerne les interventions en cas de mauvais traitements ou de négligence ou la déclaration de ceux-ci. 	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.2 :</p> <p>Les infirmières, les autres prestataires de soins de santé et les superviseurs qui travaillent dans des organismes de soins de santé qui fournissent des soins et des services aux aînés participent à des occasions d'éducation obligatoire et permanente qui comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la compréhension des problèmes qui entourent les mauvais traitements et la négligence; ■ l'évaluation et l'intervention en cas de mauvais traitements et de négligence; ■ les rôles, les responsabilités et les lois; ■ des approches positives du travail avec des aînés; ■ des stratégies efficaces pour les comportements réactifs ou difficiles; ■ l'encouragement d'un milieu de travail⁶ sain et sécuritaire et du bien-être personnel. 	IV – V
	<p>Recommandation 5.3 :</p> <p>Les établissements d'enseignement incorporent la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO intitulée <i>Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système</i> dans le curriculum pour les infirmières et, le cas échéant, les autres prestataires de soins de santé.</p>	V
	<p>Recommandation 5.4 :</p> <p>Pour aider les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à acquérir des compétences en matière de prévention, d'identification et d'intervention relativement aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés, les programmes d'éducation sont conçus pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ tenir compte des attitudes, des connaissances et des compétences; ■ inclure des stratégies multimodales et interactives/participatives; et ■ favoriser une approche pluridisciplinaire. 	IV – V

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX POLITIQUES, À L'ÉTABLISSEMENT ET AU SYSTÈME		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
6.0 Politiques, établissement et système	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Les organisations et les établissements établissent et soutiennent des équipes collaboratives afin de les aider à prévenir et à régler les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.</p>	V
	<p>Recommandation 6.2 :</p> <p>Les organisations et les établissements établissent des politiques, des procédures et des soutiens qui permettent aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé de reconnaître les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, d'intervenir et, le cas échéant, de les déclarer.</p>	V

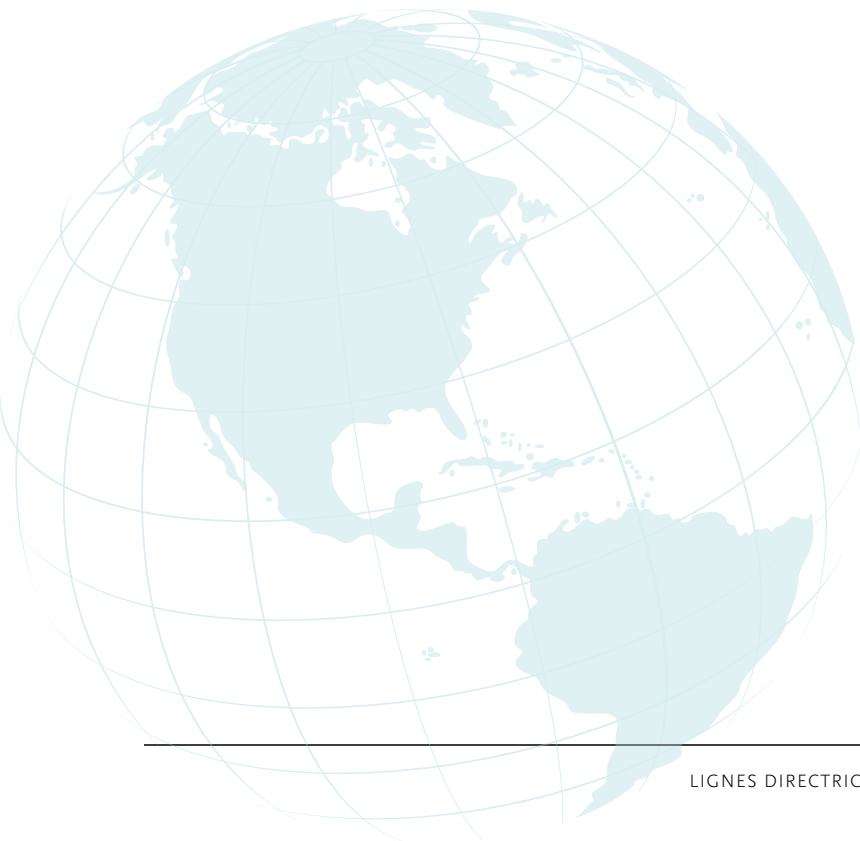
RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX POLITIQUES, À L'ÉTABLISSEMENT ET AU SYSTÈME		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
<p>6.0 Politiques, établissement et système</p>	<p>Recommandation 6.3 :</p> <p>Les établissements* adoptent une combinaison d'approches visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ en effectuant le dépistage d'employés potentiels, l'embauche des employés les plus qualifiés et une supervision et une surveillance appropriées au travail; ■ en s'attachant les services d'un personnel qualifié; ■ en fournissant une formation obligatoire à tous les employés; ■ en soutenant les besoins des personnes atteintes de déficits cognitifs, y compris celles qui ont des comportements réactifs; ■ en respectant les droits des résidents; ■ en établissant et en maintenant des soins axés sur la personne et un milieu de travail sain; et ■ en renseignant les aînés et leurs familles sur les mauvais traitements et la négligence ainsi que sur leurs droits, et en établissant une marche à suivre pour les plaintes et l'amélioration de la qualité. <p>*Remarque : peut également s'appliquer à d'autres établissements de soins de santé.</p>	<p>V</p>
	<p>Recommandation 6.4 :</p> <p>Les organisations et les établissements auxquels on a confié un mandat de prévention et de promotion de la santé^G (comme les organismes communautaires et les organisations de santé publique), dirigent des initiatives visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les aînés ou y participent.</p>	<p>V</p>
	<p>Recommandation 6.5 :</p> <p>Les organisations et les établissements identifient et éliminent les obstacles auxquels les aînés et leurs familles pourraient faire face lorsqu'ils tentent d'accéder à de l'information et à des services relatifs aux mauvais traitements et à la négligence.</p>	<p>IV</p>
	<p>Recommandation 6.6 :</p> <p>Les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des soins infirmiers fournissent des renseignements exacts sur les lois et les obligations dans leur territoire de compétence qui sont pertinentes pour les mauvais traitements et la négligence envers les aînés dans le continuum des soins.</p>	<p>V</p>
	<p>Recommandation 6.7 :</p> <p>Les gouvernements consacrent des ressources pour prévenir et résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.</p>	<p>V</p>
	<p>Recommandation 6.8 :</p> <p>Les infirmières, les autres prestataires de soins de santé et les intervenants clés (p. ex., associations professionnelles, organisations de soins de santé, groupes de défense des droits) préconisent des changements au niveau des politiques, de l'organisation et du système, y compris la disponibilité des ressources nécessaires, pour prévenir et résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.</p>	<p>V</p>

Interprétation des données probantes

Niveaux des données probantes*

Ia	Données probantes obtenues à partir d'une méta-analyse ^G ou d'examen systématiques d'essais contrôlés randomisés ^G , ou d'une synthèse de plusieurs études regroupant des recherches principalement qualitatives ^G .
Ib	Données probantes provenant d'au moins un essai comparatif randomisé.
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée ^G bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale ^G bien conçue, sans randomisation.
III	Synthèse de multiples études, regroupant principalement des recherches qualitatives ^G .
IV	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives ^G , des études descriptives ^G ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'experts ou de l'expérience clinique de spécialistes qui font autorité.

*Les niveaux des données probantes sont assignés aux modèles d'études afin de classer dans quelle mesure le modèle permet d'éliminer d'autres explications possibles du phénomène étudié. Plus le niveau des données probantes est élevé, plus il est possible d'être certain que les relations présentées entre les variables sont vraies. Les niveaux des données probantes ne reflètent ni le mérite ni la qualité des études. Cette hiérarchie de données probantes a été adaptée du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2012) et de Pati (2011).



Groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

D^{re} Elizabeth Podnieks, inf.aut., Ph.D.

Coprésidente du groupe d'experts

Professeure émérite, Ryerson University
Toronto (Ontario)

D^r Samir Sinha, M.D., D.Phil., FRCPC

Coprésident du groupe d'experts

Directeur des services gériatriques, Mount Sinai et
Réseau universitaire de santé
Expert-responsable, Stratégie des soins aux personnes
âgées
Toronto (Ontario)

**D^{re} Veronique Boscart, inf.aut., M.Sc.inf.,
M.Ed., Ph.D.**

IRSC et chaire de recherche industrielle Schlegel for
Colleges in Seniors Care
Conestoga College
Kitchener (Ontario)

Susan Crichton, B.H.Ecol., M.Sc.

Consultante en mauvais traitements envers les aînés
Gouvernement du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

D^r Sholom Glouberman, Ph.D.

Philosophe résident
Baycrest Centre for Geriatric Care
Toronto (Ontario)

D^{re} Sandra Hirst, inf.aut., Ph.D., GNC(C)

Professeure agrégée – Faculté des sciences infirmières
University of Calgary
Calgary (Alberta)

Barbara Hood

Directrice exécutive
NWT Seniors' Society
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Gail MacFarlane, inf.aut.

Infirmière enseignante/Consultante
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

D^{re} Lynn McDonald, Ph.D.

Directrice et professeure
University of Toronto –
Institute for Life Course and Aging
Toronto (Ontario)

Jarred Rosenberg, M.D.

Résident en médecine gériatrique
University of Toronto
Toronto (Ontario)

Charmaine Spencer, LL.B. (Psych.), J.D., LL.M.

Chercheuse en gérontologie, avocate
Gerontology Research Centre, Simon Fraser University
Vancouver (Colombie-Britannique)

Marney Vermette, inf.aut.

Liaison de l'engagement
Saint Elizabeth First Nation, Inuit and Métis Program
Première Nation Wabauskang, Ontario

Des déclarations de conflit d'intérêt et de confidentialité ont été faites par tous les membres du groupe d'élaboration de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Des renseignements supplémentaires sont disponibles auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Équipe des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Susan McNeill, inf.aut., B.Sc.inf., M.H.P.

Chef de l'élaboration de la ligne directrice

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Verity White, B.Sc.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Diana An, inf.aut., M.Sc.

Adjointe de recherche en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Megan Bamford, inf.aut., M.Sc.inf.

Adjointe de recherche en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Anastasia Harripaul, inf.aut., M.Sc.(A)

Adjointe de recherche en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Carol Holmes, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers, GNC(C)

Directrice de programmes, Soins de longue durée
Programme des pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Monique Lloyd, inf.aut., Ph.D.

Directrice adjointe, Élaboration de la ligne directrice, Recherche et évaluation
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Lynn Anne Mulrooney, inf.aut., M.H.P., Ph.D.

Analyste principale des politiques
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tasha Penney, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers, CPMHN(C)

Adjointe de recherche en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Althea Stewart Pyne, inf.aut., B.N., M.H.Sc.

Directrice de programmes, Milieux de travail sains
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Rita Wilson, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers

Directrice de programmes de cybersanté
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Sarah Xiao, inf.aut., M.Sc.inf.

Adjointe de recherche en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Remerciements aux intervenants

Des intervenants issus de diverses disciplines ont été interrogés. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Lori Adler, inf.aut., M.H.Sc.

Gestionnaire – Normes de pratique
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Nana Asomaning, IP, B.Sc.inf., maîtrise en soins infirmiers, GNC(C)

Infirmière gestionnaire des urgences gériatriques
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Catherine Awad, B.Sc.inf., inf.aut.

Infirmière autorisée
Windsor Regional Hospital, Metropolitan Campus
Windsor (Ontario)

Sue Bailey, inf.aut., B.A., M.H.Sc.N.

Coordonnatrice des pratiques exemplaires relatives aux soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Unionville (Ontario)

Sherry Baker, M.A.

Directrice exécutive
BC Association of Community Response Networks
Surrey (Colombie-Britannique)

Marie Beaulieu, Ph.D.

Professeure
Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

Angela Bisschop, inf.aut.

Directrice des services infirmiers
Parkview Services for Seniors
Stouffville (Ontario)

Paul Boudreau, B.Sc, inf.aut., B.Sc.inf., M.N.(C)

Coordonnateur des services de réglementation
The Association of Registered Nurses of Prince Edward Island (ARNPEI)
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Christine Bradshaw, M.S.W., R.S.W.

Travailleuse sociale
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Alexis Brown, inf.aut.

Directrice des services infirmiers
Caressant Care Harriston
Harriston (Ontario)

Lisa Bueckert, B.A., M.S.W., R.S.W.

Directrice clinique, travail social
Soins intégrés à domicile, Alberta Health Services
Calgary (Alberta)

Shelly Christensen, inf.aut., H.B.Sc.N., maîtrise en soins infirmiers

Infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale gériatrique
Niagara Health System
St. Catharines (Ontario)

Diane Clements, B.Sc.inf., maîtrise en soins infirmiers

Directrice par intérim, pratiques et politiques
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Ottawa (Ontario)

Dawn Clyens, inf.aut., B.A., maîtrise en soins infirmiers

Corps professoral, programme de formation pratique en sciences infirmières
Niagara College
St. Catharines (Ontario)

Isabelle Coady

Détective, section des mauvais traitements envers les aînés
Service de police d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Gina Coleman, s.s.w.

Coordonnatrice, programme Telecheck pour personnes âgées
Spectra Community Support Services
Brampton (Ontario)

Nancy Cooper, B.Sc., M.H.S.A.

Directrice de la qualité et de l'éducation
Ontario Long Term Care Association
Markham (Ontario)

Jacqueline Cople, inf.aut.

Infirmière autorisée – Équipe d'intervention en cas de
mauvais traitements envers les aînés
Calgary Family Services
Calgary (Alberta)

Jessica Coulis, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., C.N.S.

Gestion des urgences gériatriques
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Michelle Court, inf.aut.

Infirmière soignante – Unité comportementale de la
santé mentale chez les personnes âgées
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Joann Creager, M.Sc.(A), C.N.S.

Directrice des services gériatriques –
Programme hospitalier ami des aînés
Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)

Naomi D'Souza

Consultante principale
Ontario Long Term Care Family Councils
Network Association
Toronto (Ontario)

Alison Douglas, Ph.D., OT Reg. (Ont)

Coordonnatrice du projet sur les mauvais traitements
envers les aînés de l'ACE
Association canadienne des ergothérapeutes
Ottawa (Ontario)

Ainsley Gillespie, inf.aut., M.Sc.inf.

Directrice de la pratique des soins infirmiers
Lakeview Manor Beaverton
Beaverton (Ontario)

**Andrea Gouden, inf.aut., maîtrise en soins
infirmiers, B.Sc.inf., B.A., Bed**

Professeure de soins infirmiers
Seneca College
Toronto (Ontario)

Kathy-Lynn Greig, inf. aux. aut., B.Sc.inf.

Étudiante – Infirmière soignante
The Scarborough Hospital – Birchmount Campus
Toronto (Ontario)

**Bella Grunfeld, NP-PHC, B.Sc.inf., maîtrise en soins
infirmiers**

Infirmière praticienne – Équipe d'intervention dirigée
par des infirmières
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Sepali Guruge, inf.aut., Ph.D.

Professeure agrégée
Ryerson University, École des sciences infirmières
Toronto (Ontario)

Randy Filinski

Représentant des droits des personnes âgées/Aidant
Pickering (Ontario)

Gloria Hamel-Lauzon, inf.aut., B.Sc., M.Sc.inf.

Directrice de la santé mentale des adultes dans la
communauté
Cornwall Community Hospital
Cornwall (Ontario)

Mary Ann Hamelin, inf.aut., M.Sc.inf., GNC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Shannon Hunger, inf.aut., B.Sc.inf. (IP)

Infirmière-ressource SANE
Orillia Soldiers' Memorial Hospital – Centre régional
de traitement des agressions sexuelles et de la violence
familiale
Orillia (Ontario)

Gilda Jubas, M.S.W.

Membre du conseil d'administration
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care facilities
Toronto (Ontario)

John Keating

Enquêteur sur les mauvais traitements envers les aînés
Durham Regional Police Service
Whitby (Ontario)

Nina Labun, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers

Directrice exécutive
Kildonan Personal Care Centre
Winnipeg (Manitoba)

Jessica LeBlanc, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Lisa Loiselle, M.A.

Directrice associée de la recherche
University of Waterloo, Murray
Programme de recherche et d'éducation sur la maladie
d'Alzheimer
Waterloo (Ontario)

Sharon L. MacKenzie, B.A., M.Ed.

Directrice exécutive et conseillère
i2i Intergenerational Society of Canada
Victoria (Colombie-Britannique)

Chelsea Meixner, B.Sc.inf.

Élève-infirmière
University of Windsor
Windsor (Ontario)

Stacey Miller, B.S.W.

Directrice des services communautaires
A & O: Support Services for Older Adults
Winnipeg (Manitoba)

**Andrea Mowry, inf.aut., B.Sc.inf., maîtrise en
soins infirmiers**

Faculté de l'École de sciences infirmières
Trent Fleming School of Nursing
Peterborough (Ontario)

**Jennifer Oteng, inf.aut., B.Sc.inf., maîtrise en
soins infirmiers**

Infirmière itinérante en gériatrie
William Osler Health System
Brampton (Ontario)

**Marie Owen, inf.aut., B.Sc.inf., maîtrise en soins
infirmiers**

Directrice principale
Institut canadien pour la sécurité des patients
Edmonton (Alberta)

Noelle Ozog, B.Sc.S., B.Sc.inf.

University of Western Ontario
London (Ontario)

Sofie Pauwels, inf.aut.

Infirmière en santé publique
Service de santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Monita Persaud, M.S.W.

Consultante régionale en mauvais traitements envers les
aînés – Région du Grand Toronto
Elder Abuse Ontario
Toronto (Ontario)

**Mary-Lynn Peters, inf.aut.(EC), NP-Adult, M.S.,
GNC(C)**

Infirmière praticienne, gériatrie
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Kathryn Pilkington, B.A. (avec mention), LL.B.

Directrice
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services
for Seniors
Woodbridge (Ontario)

Jenny Ploeg, inf. aut., Ph. D.

Professeure, École de sciences infirmières
McMaster University
Hamilton (Ontario)

Sue Porto, inf.aut., SANE-A, SANE-P

Coordonnatrice de la pratique clinique
Windsor Regional Hospital
Windsor (Ontario)

Tammy Rankin, B.A., RSSW

Conseillère en mauvais traitements envers les aînés
Municipalité régionale de Durham
Whitby (Ontario)

Linda Reimer, inf.aut., B.Sc.inf., SANE-A

Infirmière autorisée
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Kim Ritchie, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers,
GNC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Ontario Shores Centre of Mental Health Science
Whitby (Ontario)

Judy Smith, inf.aut., B.Sc.inf., M.Ed.DE, ENC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée – Seniors Heal
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Vilasini Smith, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers

Professeure de sciences infirmières (retraîtée)
Arnprior, Ontario

Lily Spanjevic, inf.aut., B.Sc.inf., maîtrise en soins
infirmiers, GNC(C), CRN(C), CMSN

Infirmière en pratique avancée – gériatrie/médecine
Joseph Brant Hospital
Burlington (Ontario)

Linda Starr, inf.aut., inf. aux. aut., Dip App Sci
(Nsg), BN (ed), Grad Dip Distance Ed: LL.B.; LL.M., GCLP,
doctorante

Professeure agrégée – School of Nursing and Midwifery
Flinders University
Australie-Méridionale, Australie

Debora Steele, inf.aut., B.Sc.inf., CPMHNC, GNCC

Consultante en ressources psychogériatriques
Providence Care Mental Health Services
Brockville (Ontario)

Hilda Swirsky, inf.aut., B.Sc.inf., M.Ed.

Infirmière autorisée
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Rhonda Usenik, inf.aut., H.B.Sc.N.

Infirmière clinicienne enseignante
Alberta Health Services, Integrated Home Care
Calgary (Alberta)

Melinda Wall, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers

Infirmière clinicienne spécialisée
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby (Ontario)

Natalie Warner, inf.aut., M.inf.

Coordonnatrice des pratiques exemplaires relatives aux
soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de
l'Ontario
Peterborough (Ontario)

Heather Woodbeck, inf.aut., H.B.Sc.N., M.H.S.A.

Coordonnatrice des pratiques exemplaires relatives aux
soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de
l'Ontario
Thunder Bay (Ontario)

Contexte

Définition des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés

Les mauvais traitements et la négligence envers les aînés constituent un problème de santé et social qui a des répercussions sur des personnes de tous les milieux. Pour en assurer la prévention et la résolution, un effort soutenu à de multiples niveaux est requis. Plusieurs définitions de mauvais traitements et de la négligence envers les aînés ont été élaborées avec le temps, mais nous en fournissons deux pour guider le lecteur. La définition suivante, utilisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2002) et l'International Network for the Prevention of Elder Abuse, décrit les mauvais traitements et la négligence comme étant « Un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime ». Plus récemment, l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) (2012) a créé la définition suivante pour le contexte canadien : « les mauvais traitements envers les aînés constituent des actes ou des comportements verbaux, ou l'absence d'actes ou de comportements, qui causent des torts ou un risque de torts au sein d'une relation de confiance^G. Les mauvais traitements comprennent la violence et la négligence envers les aînés » (p. 99).

Différents types de mauvais traitements sont cités dans la littérature. Les principaux types sont la violence physique (p. ex., gifles, bousculades, utilisation inappropriée de contention^G), la violence émotionnelle ou psychologique (p. ex., humilier, menacer, traiter la personne comme un enfant), l'exploitation financière ou matérielle (p. ex., abus des procurations^G, vol, vente d'affaires personnelles sans consentement^G), la violence sexuelle (p. ex., toute activité sexuelle importune), et la négligence (p. ex., manquement à subvenir aux besoins de base en matière de santé ou médicaux, abandon). D'autres types et sous-types de mauvais traitements et de négligence qui ont été identifiés comprennent la violation d'un droit, la violence systémique et la violence spirituelle (veuillez consulter l'[annexe D](#) pour obtenir une définition de différents types de mauvais traitements).

Prévalence

La prévalence des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, autrement dit la proportion de la population qui est touchée par ce problème, est incertaine. Un examen systématique d'études internationales indique un taux de prévalence se situant entre 3,2 % et 27,5 % et semble indiquer qu'un aîné vulnérable sur quatre (c.-à-d. qui dépend d'autres personnes pour recevoir des soins) court le risque d'être victime de mauvais traitements (Cooper, Selwood, et Livingston, 2008). Au Canada, on estime à au moins 4 % la prévalence des mauvais traitements et de la négligence. Cette statistique est justifiée par un sondage téléphonique mené en 1989 auprès de plus de 2 000 aînés vivant dans la communauté et choisis aléatoirement (Podnieks, 1992). Dans des milieux institutionnels, l'incidence des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés est inconnue (McDonald, 2011); toutefois, des études de recherche indiquent qu'il s'agit d'une situation fréquente (McDonald et al., 2012). Par exemple, une étude importante menée en Allemagne a permis de conclure qu'environ 70 % des infirmières ont signalé qu'elles s'étaient elles-mêmes comportées de manière violente ou négligente envers les résidents au cours de l'année précédente (Goergen, 2004). Lachs et Pillemer (2004) mettent en perspective l'ampleur du problème en suggérant qu'« un clinicien à l'emploi du temps chargé, qui voit entre 20 et 40 aînés par jour, pourrait rencontrer tous les jours au moins une victime clinique ou subclinique de mauvais traitements envers les aînés » (p. 1264).

Conséquences

Les conséquences des mauvais traitements et de la négligence sont profondes et envahissantes. Au niveau individuel, les aînés qui sont victimes de mauvais traitements et de négligence font face à des problèmes majeurs liés à la qualité de vie. Ils pourraient être victimes de traumatismes physiques, ressentir une baisse de leur estime de soi et de leur dignité, perdre leur sentiment de sécurité et même courir un risque accru de décès prématuré (Dong et al., 2009; Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, et Charlson, 1998). Parmi les autres conséquences citées dans la littérature, on peut mentionner l'hospitalisation accrue (Covinsky, 2013) et les coûts économiques liés aux procédures d'enquête, aux interventions en matière de santé, à l'application de la loi et à la productivité perdue (Hirst, 2002).

Facteurs qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence

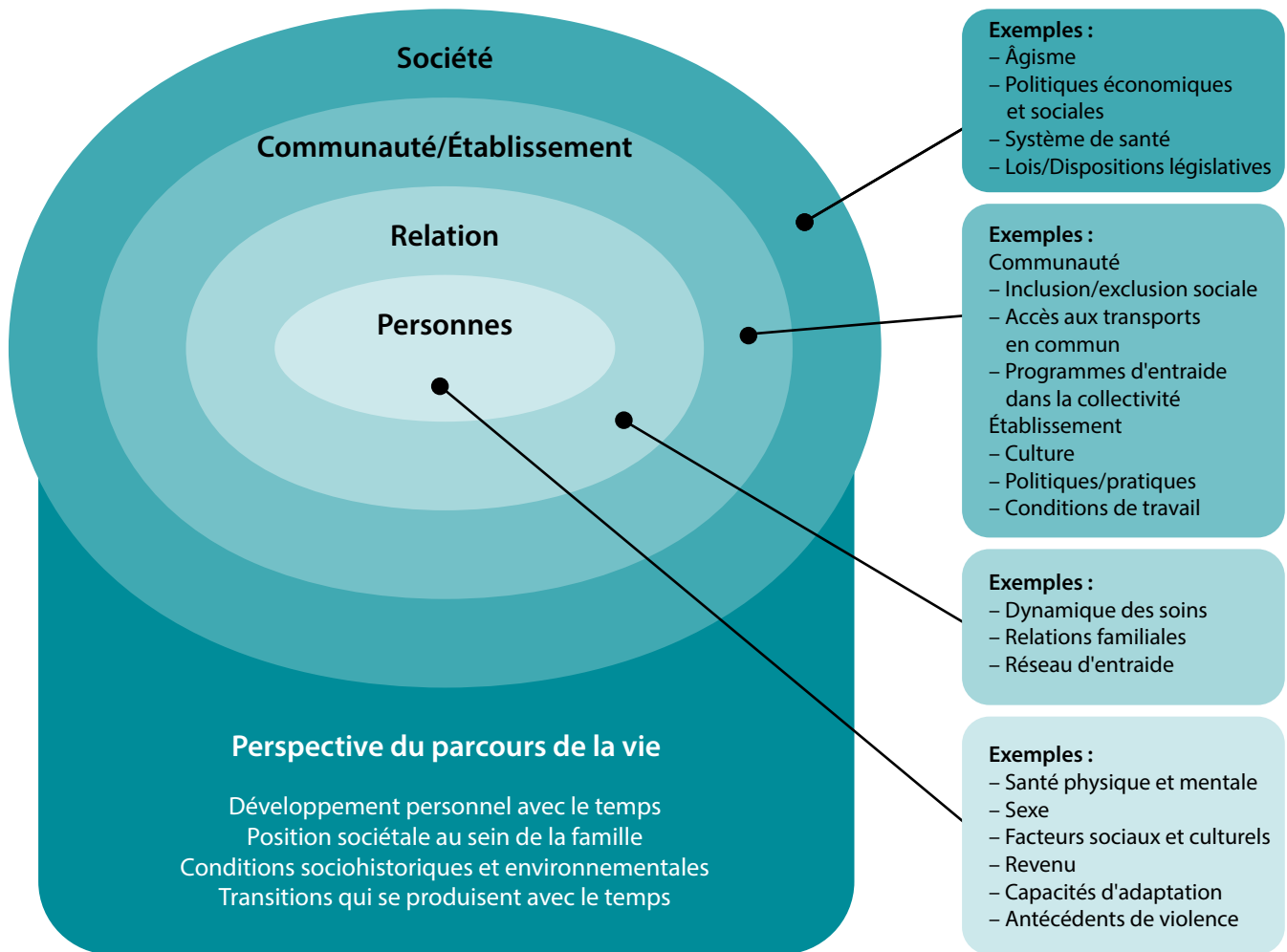
Plusieurs théories ont été élaborées pour expliquer les causes des mauvais traitements et de la négligence, et différents facteurs de risque qui pourraient augmenter la vulnérabilité d'un aîné ont été identifiés. Par exemple, des théories qui abordent la dynamique interpersonnelle, par exemple le pouvoir et le contrôle, le stress de l'aidant et le comportement violent appris avec le temps (veuillez consulter l'**annexe E** pour obtenir des descriptions plus détaillées des théories). Au niveau individuel, les facteurs de risque pour les aînés comprennent leur dépendance envers les soins, l'existence de problèmes cognitifs, l'isolement social et la dépendance envers des aidants qui ont des problèmes d'abus d'alcool ou de drogues ou qui ont été eux-mêmes victimes de mauvais traitements (veuillez consulter le tableau 2 : Facteurs de risque pour les mauvais traitements et la négligence).

On reconnaît aujourd'hui que les causes des mauvais traitements et de la négligence vont au-delà des caractéristiques et des circonstances de l'aîné et celles de l'auteur des mauvais traitements (Emploi et Développement social Canada [EDSC], 2011). On estime que les déterminants sociaux de la santé^G et la discrimination fondée sur des facteurs tels que l'âge, le sexe, la culture^G et la pauvreté augmentent la vulnérabilité d'une personne et peuvent donner lieu aux mauvais traitements et à la négligence (EDSC, 2011; Podnieks, 2006; Agence de santé publique du Canada, 2012b). De plus, il existe des circonstances à l'intérieur des établissements qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence. Par exemple, certains milieux institutionnels font face à des pénuries chroniques de personnel et de lits et ne disposent pas de capacités suffisantes au niveau du système pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des aînés. Dans de telles situations, les aînés sont particulièrement vulnérables. Pour en savoir plus, veuillez consulter la recommandation 6.3 et le tableau 5 : Facteurs et conditions qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence dans les établissements.

Compréhension des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés

Le modèle écologique ou du parcours de vie a été appliqué au contexte des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés par le groupe d'experts (McDonald et Thomas, 2013; Parra-Cardona, Meyer, Schiemberg, et Post, 2007; Schiemberg et al., 2011; Schiemberg et Gans, 2000; OMS, 2002). Une perspective écologique indique que les mauvais traitements et la négligence sont un problème complexe qui inclut l'interaction des facteurs et de conditions à plusieurs niveaux. Le modèle décrit les nombreux facteurs qui interagissent à quatre niveaux différents : la personne, la relation, la communauté ou l'établissement, et la société (veuillez consulter la figure 1). Les facteurs à chaque niveau peuvent soit augmenter le risque et par le fait même la vulnérabilité aux mauvais traitements et à la négligence, soit agir en tant que moyens de protection et contribuer à réduire la vulnérabilité. Par exemple, le cercle intérieur de la figure 1 représente le niveau de la personne. Les facteurs à ce niveau, comme la santé physique et mentale et les capacités d'adaptation, pourraient influencer si un aîné court des risques de devenir victime de mauvais traitements et de négligence ou pouvait courir de tels risques. Ensuite, le niveau de la relation inclut des facteurs tels que les relations au sein de la famille et la dynamique des soins. Les facteurs communautaires ou institutionnels sont illustrés au troisième niveau. Pour un aîné qui vit dans la communauté, le risque de mauvais traitements et de négligence est influencé par des facteurs tels que l'accès au transport en commun, la disponibilité de services de soutien et l'inclusion ou l'exclusion sociale. Les aînés qui vivent ou séjournent dans un établissement ou une maison de soins seraient affectés par des facteurs tels que les conditions de travail du personnel, la culture de l'établissement, ainsi que les politiques et les pratiques de l'organisation. Dans le cercle extérieur, les facteurs sociétaux qui influencent le risque de mauvais traitements et de négligence comprennent les attitudes envers le vieillissement et les politiques sociales et en matière de santé. Pour terminer, le modèle écologique est imbriqué dans le modèle du parcours de la vie. Cette perspective lie les événements de la vie et les conditions sociales prévalents pendant la vie de l'aîné; ces expériences peuvent créer une accumulation d'avantages ou de désavantages (McDonald et Thomas, 2013).

Figure 1 : Modèle écologique et du parcours de la vie



(McDonald et Thomas, 2013; Parra-Cardona, Meyer, Schiamberg, et Post, 2007; Schiamberg et al., 2011; Schiamberg et Gans, 2000; OMS, 2002)

Comment utiliser ce modèle

Le modèle écologique et du parcours de la vie illustré dans la figure 1 peut être utilisé pour comprendre la complexité des mauvais traitements et de la négligence, ainsi que les interactions entre les facteurs qui peuvent augmenter ou réduire la vulnérabilité d'une personne. Il peut également être utilisé en tant que cadre d'examen des différents niveaux où il serait bon d'axer les activités en matière de prévention et d'intervention. Ces multiples facteurs interreliés illustrent que pour une prévention et une résolution efficaces des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, il faut assurer une collaboration et une coordination entre les quatre niveaux (société, communauté/établissement, relation et personne).

Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés :

Depuis les années 1980, date à laquelle ce problème a attiré l'attention des chercheurs et est devenu une préoccupation pour les politiques publiques, de grands efforts ont été réalisés pour la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. Des organisations et des réseaux ont publié des rapports, élaboré des lignes directrices et créé des ressources éducatives. Des approches créatrices ont été mises en œuvre pour sensibiliser les gens au problème, par exemple des collaborations intergénérationnelles entre les jeunes et les aînés, le recours aux arts (p. ex., théâtre, danse, musique) et des cours de littératie financière pour les aînés. Parmi les initiatives visant à aborder les mauvais traitements et la négligence envers les aînés dans la communauté, on peut citer la collaboration entre différents groupes et individus (p. ex., police, communautés spirituelles, banques, prestataires de soins de santé, communautés culturelles et les aînés eux-mêmes). Dans les établissements de santé, les efforts faits pour prévenir et résoudre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés comprennent l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'éducation pour le personnel, les outils de dépistage et d'évaluation, et les politiques et les protocoles.

En dépit de ces efforts, il y a de la variabilité dans la pratique et, dans certains cas, des approches bien intentionnées peuvent s'avérer inadéquates, inefficaces ou irrespectueuses (veuillez consulter les recommandations 1.3 et 5.2). La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires a pour but de parer à ces lacunes. Elle fournit des recommandations fondées sur les meilleures données probantes disponibles tirées d'un examen systématique des écrits, complétées par des documents contextuels, la littérature grise^C, d'autres lignes directrices fondées sur les données probantes en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, et l'avis des membres du groupe d'experts. Selon les critères décrivant les niveaux de données probantes (veuillez consulter la section Interprétation des données probantes), la plupart des recommandations du présent document sont fondées sur des niveaux de données moins élevés. Cela se produit pour deux raisons : 1) la nature du sujet ne se prête pas à des méthodes de recherche telles que les essais contrôlés randomisés, et 2) une grande partie de la littérature sur ce sujet ne traite pas d'expériences.



Principes directeurs

Les principes directeurs suivants constituent la base des concepts contenus dans le présent document et sont fondés sur différentes ressources et sur les opinions du groupe d'experts.

- Les aînés ont droit à la protection de leurs droits de la personne et de leurs libertés fondamentales, y compris un respect total pour leur dignité, leurs convictions, leurs besoins et leur vie privée (Nations Unies, 1991).
- Les aînés sont présumés avoir les capacités mentales de prendre des décisions au sujet de leur propre vie, sauf si le contraire est clairement démontré (Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui, 1992).
- Les aînés devraient, dans la mesure où ils sont aptes à le faire, diriger leur plan de soins et consentir aux décisions relatives à leurs soins (Loi sur le consentement aux soins de santé, 1996).
- Toutes les approches prises pour aider un aîné qui a été victime de mauvais traitements ou de négligence devraient respecter le caractère unique, les préférences, les valeurs et les croyances de la personne, et être fondées sur une approche axée sur les besoins de la personne (RNAO, 2010a).
- Les aînés mentalement capables ont le droit de vivre leur vie comme ils l'entendent, à condition de ne pas porter atteinte aux droits et à la sécurité d'autrui.
- Les mauvais traitements et la négligence sont des enjeux complexes, à plusieurs volets, dont la prévention et la résolution efficaces nécessitent souvent du temps, de la sensibilité et des efforts de collaboration.
- Les aînés devraient participer activement à l'élaboration de programmes conçus pour eux.



Recommandations relatives à la pratique professionnelle

1.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 1.1 :

Établir et maintenir une relation thérapeutique avec les aînés et leurs familles, le cas échéant, lors de discussions relatives aux problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Une relation thérapeutique est essentielle pour aborder les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence. Une relation thérapeutique comprend des relations et des comportements compatissants et est [traduction] « fondée sur la confiance, le respect, l'empathie^G et l'intimité professionnelle, et nécessite un recours approprié au pouvoir inhérent au rôle de prestataire de soins » (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2006). La littérature présente la nécessité d'une relation de ce genre avec les aînés qui sont victimes de mauvais traitements et de négligence, mais il faut noter que les caractéristiques d'une relation thérapeutique sont à la base de la pratique des soins infirmiers, qui implique souvent les membres de la famille. Cette recommandation est donc étendue pour inclure l'établissement d'une relation thérapeutique avec les membres de la famille^G s'ils prennent part à la vie ou aux soins de l'aîné (pour obtenir une discussion supplémentaire sur la participation de la famille, y compris les complexités pouvant découler du travail avec les familles, veuillez consulter la recommandation 1.5).

La communication thérapeutique et les soins axés sur les besoins du client (de la personne)^G sont deux éléments importants de la relation thérapeutique (OIIO, 2006). La communication thérapeutique comprend des stratégies telles que l'établissement d'un rapport, l'écoute active et l'adaptation du style de communication en fonction des besoins de la personne, par exemple son niveau de littératie ou son état cognitif (OIIO, 2006). De plus, les techniques de communication peuvent comprendre les éléments suivants : « l'écoute, le silence, l'utilisation de questions ouvertes et d'énoncés participatifs, la reformulation, la réflexion, la recherche de clarification et de confirmation, l'accent sur ce qui est important, la récapitulation, la conscience de la communication verbale et non verbale, ainsi que la conscience des différences culturelles liées à la communication » (RNAO, 2002, p. 25). Les soins axés sur les besoins du client (de la personne) sont « une approche dans laquelle le client est considéré comme un tout; il ne suffit pas de prodiguer des services à l'endroit où se trouve le client. Les soins axés sur les besoins du client comprennent la défense des droits, l'habilitation et le respect de l'autonomie, de l'opinion, de l'autodétermination et de la participation du client en matière de décisions » (RNAO, 2006a, p. 2).

La littérature spécifique aux traitements et à la négligence envers les aînés appuie la nécessité de l'établissement d'une relation thérapeutique. Zink, Jacobson, Regan, et Pabst (2004) ont procédé à une étude qualitative visant à comprendre les besoins en matière de soins de santé des femmes âgées qui vivent des relations de violence. De nombreuses femmes ont indiqué qu'elles avaient vécu des expériences négatives lorsqu'elles divulguaient leurs mauvais traitements et cherchaient à en discuter. Parmi ces expériences, on peut citer des interactions avec des prestataires de soins de santé qui n'avaient pas beaucoup d'empathie, qui se sentaient visiblement mal à l'aise de discuter des mauvais traitements, ou de situations où des prestataires de soins de santé interviewaient des femmes avec leurs partenaires violents au lieu d'avoir une conversation privée en tête à tête, faisant en sorte que des occasions de divulguer les mauvais traitements étaient ratées. Les femmes ont indiqué avoir vécu des expériences positives lorsque les prestataires de soins de santé les écoutaient, faisaient preuve d'empathie et prenaient au sérieux leurs déclarations relatives aux mauvais traitements. Ces approches thérapeutiques sont également appuyées par Cohen (2011), qui suggère sur les aînés doivent avoir l'impression que le prestataire de soins de santé est digne de confiance, compréhensif, sensible et ne porte aucun jugement lors de discussions sur les mauvais traitements. Tetterton et Farnsworth (2011) font remarquer que les prestataires de soins de santé doivent prendre le temps de créer des liens de confiance et d'établir de bonnes relations, d'écouter attentivement, de montrer une grande ouverture d'esprit, de ne pas juger, et de ne pas sembler stupéfaits par les divulgations de mauvais traitements.

La nécessité d'une relation thérapeutique est également appuyée par des ouvrages qui présentent les obstacles aux divulgations de mauvais traitements et de négligence. Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui sont sensibles à ces obstacles sont peut-être plus efficaces dans leurs interactions avec les aînés et avec les familles. Le tableau suivant décrit les obstacles courants qui s'opposent aux divulgations de mauvais traitements et de négligence. Pour obtenir des stratégies de communication, veuillez consulter l'[annexe F](#).

Tableau 1 : Obstacles courants qui s'opposent à la divulgation des mauvais traitements et de la négligence

Parmi les obstacles courants qui empêchent la divulgation des mauvais traitements et de la négligence, on peut citer :

- l'isolement de l'aîné (p. ex., contacts peu fréquents avec les prestataires de soins de santé ou les soutiens communautaires);
- le fait qu'il ne veut pas se tourner contre la personne qui lui inflige de mauvais traitements ou qui le néglige;
- la réticence à parler d'« affaires familiales privées »;
- des sentiments de honte ou de gêne;
- la relation avec la personne qui lui inflige de mauvais traitements ou qui le néglige (p. ex., amour, protection, crainte de perdre le contact);
- dépendance envers les soins ou l'hébergement de la personne qui lui inflige des mauvais traitements ou qui le néglige;
- statut socioéconomique peu élevé (p. ex., insécurité ou dépendance économique);
- crainte de subir les représailles de la famille (p. ex., bannissement, refus de donner accès aux petits-enfants);
- crainte de châtiments de la part du personnel (y compris le retrait de l'aide) si les mauvais traitements se produisent dans un établissement;
- pression imposée par la communauté religieuse, sociale ou culturelle de ne pas parler;
- difficulté à d'exprimer ou à expliquer les mauvais traitements (p. ex., troubles cognitifs, difficultés linguistiques, aphasie);
- acceptation des mauvais traitements en raison d'une exposition à ceux-ci pendant toute sa vie;
- crainte des « autorités » ou méfiance envers celles-ci (p. ex., peur qu'on lui fasse quitter sa résidence, que l'auteur des mauvais traitements soit arrêté, de devoir s'installer dans une résidence de soins de longue durée);
- problèmes relatifs à l'immigration (p. ex., crainte d'être déporté si le répondant est déclaré pour mauvais traitements);
- questions relatives au sexe (p. ex., moins de pouvoirs économiques ou sociaux, les hommes âgés ne sont pas pris au sérieux ou ont honte de reconnaître qu'ils font l'objet de mauvais traitements; et
- expériences négatives antérieures avec les prestataires de soins de santé lors de la divulgation de mauvais traitements.

(Begley, O'Brien, Anand, Killick, et Taylor, 2012; Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuck, et Jogerst, 2012; Spencer, 2006; Spencer, 2010; Zink et al., 2004)

RECOMMANDATION 1.2 :

Assurer la confidentialité et le respect de la vie privée lors des discussions de problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence, sauf si les obligations légales exigent la divulgation de telles informations.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le groupe d'experts recommande que les infirmières et les autres prestataires de soins de santé respectent la vie privée et la confidentialité en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence. C'est important pour deux raisons : les mauvais traitements et la négligence sont des questions extrêmement sensibles et le respect de la vie privée et de la confidentialité et une responsabilité professionnelle et juridique. Cette notion de vie privée va au-delà de la nécessité de s'entretenir en tête à tête avec l'aîné dans un endroit privé. La vie privée peut avoir différentes définitions et des répercussions juridiques qui varient d'un territoire de compétence à l'autre. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) établit une distinction entre le droit à la vie privée physique et le droit à la protection de l'information, deux éléments importants en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence envers les aînés. Le droit à la vie privée physique est le « droit ou intérêt que nous avons à contrôler ou à restreindre l'accès d'autrui à notre personne » et le droit à la protection de l'information est [traduction] « le droit d'une personne à déterminer comment, quand, avec qui et à quelles fins leurs renseignements personnels sont partagés (AIIC, 2008, p. 27). De plus, la confidentialité a des répercussions importantes pour les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui travaillent avec des aînés. Selon l'AIIC (2008), la confidentialité est [traduction] « l'obligation éthique de maintenir le secret ou l'intimité des renseignements personnels et privés d'une personne » (p. 23).

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé sont encouragés à qui tenir compte des facteurs suivants en ce qui concerne la protection de la vie privée et la confidentialité :

- Les lois et les normes de pratique professionnelle relatives à la protection de la vie privée et à la confidentialité varient d'un territoire de compétence à l'autre. Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent connaître les lois et les normes en vigueur et les respecter.
- Il est important d'obtenir le consentement de l'aîné ou du mandataire spécial^c avant de partager des renseignements avec des tiers. Cela peut inclure le consentement à collaborer avec les membres de la famille et l'équipe pluridisciplinaire.
- Le partage de renseignements privés et confidentiels peut être permis dans certaines situations spécifiques (p. ex., en cas d'urgence). Pour obtenir des précisions, consultez les lois et les normes de pratique professionnelle locales.
- Le partage de renseignements personnels avec d'autres prestataires de soins de santé au besoin est parfois nécessaire pour assurer la continuité des soins, mais il doit être guidé par les lois et les normes de pratique professionnelle locales.

Voici des exemples de ressources qui peuvent aider les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à maintenir la protection de la vie privée et la confidentialité lors de discussions sur les mauvais traitements et la négligence :

- Lois sur la protection de la vie privée au Canada
Le Commissariat à la protection de la vie privée du Canada fournit des liens vers les bureaux de surveillance et les organismes gouvernementaux des provinces et des territoires : https://www.priv.gc.ca/resource/prov/index_f.asp
- Normes de pratique professionnelle des provinces et des territoires
Exemple : le College of Registered Nurses of British Columbia fournit des lignes directrices aux infirmières autorisées et aux infirmières praticiennes en matière de protection de la vie privée et de confidentialité : <https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/400ConfidentialityPracStd.pdf>

- Codes de déontologie

Exemples :

Code de déontologie des infirmières et infirmiers de l'AIIC :

http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code_of_ethics_2008_f.pdf

Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM

- Les politiques de votre organisation

RECOMMANDATION 1.3 :

Rester à l'affût de facteurs de risque et de signes de mauvais traitements et de négligence pendant les évaluations de l'aîné et les rencontres avec celui-ci.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les évaluations et les rencontres avec l'aîné constituent une occasion importante et unique d'identifier les facteurs de risque et les signes de mauvais traitements et de négligence, particulièrement lorsque l'aîné est isolé et contrôlé par l'auteur des mauvais traitements (Cohen, 2011; Joubert et Posenelli, 2009; Zink et al., 2004). Une évaluation holistique pourrait constituer la façon la plus complète d'identifier les facteurs de risque et les signes de mauvais traitements et de négligence, car elle comporte une évaluation de nombreux aspects de la santé, y compris la santé physique, émotive, mentale, spirituelle, cognitive, développementale et environnementale, ainsi que ce que signifie la santé pour la personne (AIIC, 2014b). Toutefois, de brèves évaluations fournissent également des occasions d'identifier les facteurs de risque et les signes de mauvais traitements et de négligence. Surtout, les deux types d'évaluation, à savoir cognitive et brève, devraient permettre de cerner les points forts, les capacités et les techniques d'adaptation efficaces de l'aîné (AIIC, 2014b).

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé peuvent également identifier les mauvais traitements et la négligence pendant les rencontres normales avec les aînés (et les autres personnes qui participent à leur vie et à leurs soins), en portant attention aux divulgations possibles et en utilisant des techniques de communication thérapeutique pour favoriser la discussion. Zink et al. (2004) ont constaté que les femmes âgées qui vivaient des relations de violence avaient besoin que les prestataires de soins de santé soient éveillés à leurs « allusions ou indications que quelque chose n'allait pas » et qu'elles avaient besoin d'aide « pour évoquer le sujet des mauvais traitements » (p. 903). Bien que cette recherche concerne les femmes âgées qui vivent dans la communauté, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé dans tous les milieux devraient également porter attention aux divulgations de mauvais traitements et de négligence et être ouverts à ce sujet. Veuillez consulter l'**annexe F** pour obtenir des conseils et des ressources permettent d'appuyer une communication efficace.

Le tableau 2 et le tableau 3 énumèrent les facteurs de risque et les signes possibles de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, tirés d'études de recherche, d'exams systématiques et de sources provenant de la littérature grise.

Tableau 2 : Facteurs de risque pour les mauvais traitements et la négligence

Parmi les facteurs de risque pour les mauvais traitements et la négligence, on peut citer :

- l'isolement;
- le manque de soutien;
- les troubles cognitifs (p. ex., la démence);
- les comportements réactifs⁶ (p. ex., agression verbale ou physique);
- le fait de vivre avec une personne atteinte d'une maladie mentale;
- le fait de vivre avec des personnes qui consomment des quantités excessives d'alcool ou de drogues illégales;
- la dépendance envers des tiers pour les activités de la vie quotidienne (y compris les transactions bancaires);
- une dégradation récente de l'état de santé; et
- des disputes fréquentes avec les membres de sa famille.

(Cohen, Halevy-Levin, Gaglin, Prilutzky, et Friedman, 2010; Davies et al., 2011; Lindbloom, Brandt, Hough, et Meadows, 2007; Perez-Carceles et al., 2009; Spencer, 2010; Wiglesworth et al., 2009)

Voir également le tableau 5 : Facteurs et conditions qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence dans les établissements

Mise en garde : la présence de facteurs de risque ou de signes de mauvais traitements et de négligence ne signifie pas nécessairement qu'une personne fait l'objet de mauvais traitements ou de négligence.



Tableau 3 : Signes possibles de mauvais traitements et de négligence

SIGNES POSSIBLES DE MAUVAIS TRAITEMENTS	SIGNES POSSIBLES DE NÉGLIGENCE
<p>Physiques/psychologiques/sexuels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ blessures à l'extrémité supérieure, au tronc, à la tête, au cou ou à la région anogénitale ■ dépression, angoisse ■ changement de comportement ou d'humeur en présence de l'auteur des mauvais traitements ou de la négligence; ■ brûlures ou ecchymoses non expliquées (peuvent être à différents stades de la guérison) ■ fractures (peuvent être à différents stades de la guérison) ■ signes de violence sexuelle (p. ex., infections génitales, traumatismes, ecchymoses à l'intérieur des cuisses) ■ signes qu'on a tiré les cheveux à la personne ■ explications ou documentation inadéquates d'une blessure (par les employés) ■ réponses évatives ou défensives (de la part des employés) <p>Financiers</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ irrégularités dans les comptes bancaires et les factures ■ conditions de vie ne correspondant pas au revenu ■ argent et affaires personnelles manquants ■ paiements faits à des étrangers ou à de nouveaux « meilleurs amis » ■ utilisation appropriée d'une procuration ■ tromperie ou contrainte relativement à des paiements ou des cadeaux, ou changements apportés au testament 	<ul style="list-style-type: none"> ■ déshydratation ■ malnutrition ■ niveau de sérum-albumine peu élevé ■ plaies de pression ■ mauvaise hygiène corporelle ou buccale ■ dépression ■ désespoir ■ conditions de vie sales
<p>(Erlingsson, Carlson, et Saveman, 2003; Lindbloom et al., 2007; Winterstein, 2012; Murphy, Waa, Jaffer, Sauter, et Chan, 2013; Perez-Carceles et al., 2009; Davies et al., 2011; Wiglesworth et al., 2009)</p>	

Mise en garde : la présence de facteurs de risque ou de signes de mauvais traitements et de négligence ne signifie pas nécessairement qu'une personne fait l'objet de mauvais traitements ou de négligence.

Outils de dépistage et d'évaluation

La valeur de l'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés (y compris les outils d'évaluation des aidants) est une source de controverse. Les outils d'évaluation et de dépistage présentent des avantages potentiels en matière de prévention et de résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, mais ils pourraient également causer des dommages involontaires. Du côté positif, les outils peuvent détecter les mauvais traitements et la négligence et faciliter une intervention précoce (Cohen et al., 2010; Cohen et al., 2007; Sandmoe, 2007). Dans une analyse critique des outils de dépistage et d'évaluation, Spencer (2010) explique que [traduction] « ensemble, le dépistage et l'évaluation guident les prestataires de soins de santé et d'autres intervenants au travers d'un processus systématique d'observation et de documentation afin que les manifestations des mauvais traitements ne soient pas ratées et qu'une aide appropriée soit offerte » (p. 9). S'il est approprié, Spencer (2010) affirme que le recours aux outils permet d'améliorer les soins, de mener à d'autres résultats positifs et de protéger la dignité de l'aîné.

Du côté négatif, les dommages potentiels et les effets involontaires possibles découlant du recours aux outils de dépistage et d'évaluation comprennent les atteintes à la vie privée et à la confidentialité, des résultats caractérisés par une intrusion ou une perte de pouvoir, des étiquettes de mauvais traitements, et des renvois ou interventions inappropriés lorsque les prestataires de soins de santé ne disposent pas des compétences, du temps ou des ressources pour aborder ces problèmes de façon appropriée (Spencer, 2010). De plus, le contenu et la formulation des outils ne sont pas nécessairement appropriés pour toutes les cultures et tous les emplacements géographiques (Spencer, 2010).

Un énoncé de recommandation fondé sur un examen systématique des écrits soulève des questions importantes au sujet de l'exactitude, des avantages et des résultats liés au recours aux outils de dépistage et d'évaluation avec les aînés (U.S. Preventive Services Task Force, 2013). Bien que l'examen n'ait pas trouvé de preuves solides relatives à des torts associés à l'évaluation, il indique qu'il existe [traduction] « des preuves inadéquates de l'exactitude des outils de dépistage » et « des preuves inadéquates que le dépistage ou la détection précoce réduit l'exposition aux mauvais traitements ou réduit les torts mentaux ou physiques ou la mortalité » (U.S. Preventive Services Task Force, 2013, p. 497). L'examen conclut que [traduction] « les bienfaits et les torts liés au dépistage des mauvais traitements chez les personnes âgées sont incertains et il est impossible d'établir un équilibre entre les bienfaits et les torts » (U.S. Preventive Services Task Force, 2013, p. 480). De même, un examen d'outils de dépistage dans les milieux de soins primaires a constaté que les études n'abordaient pas les effets indésirables possibles du dépistage, et qu'elles ne fournissaient pas de preuves que le dépistage permettait réellement de réduire les torts, les décès prématurés ou l'invalidité (Caldwell, Gilden, et Mueller, 2013).

Comme il n'existe aucune preuve claire à l'appui de recommandations spécifiques concernant l'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des mauvais traitements et de la négligence chez les aînés, il est recommandé que les organisations adoptent une approche critique afin de déterminer s'il convient de recourir à ces outils et de fournir les lignes directrices et la formation nécessaires aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé et si oui, le moment et la façon de le faire (veuillez consulter la recommandation 5.2). Si une organisation prend la décision de recourir à des outils d'évaluation ou de dépistage, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé sont encouragés à garder les points suivants à l'esprit :

- Les outils ne doivent pas être utilisés en tant que liste de contrôle.
- Les outils de dépistage et d'évaluation ne sont pas des outils de diagnostic.
- Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui utilisent des outils doivent avoir suivi la formation appropriée (veuillez consulter la recommandation 5.2).
- Le recours aux outils nécessite de la sensibilité et des compétences en communication thérapeutique (veuillez consulter l'[annexe G](#)).
- Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui utilisent des outils devraient se demander quel sera le soutien de suivi offert si des cas de mauvais traitements ou de négligence sont identifiés.
- Il pourrait s'avérer nécessaire d'utiliser plus d'un outil pour identifier différents types de mauvais traitements ou de négligence (Cohen, 2011; Sandmoe, 2007).
- Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient garder à l'esprit les aspects culturels et les besoins uniques de sous-populations d'aînés pendant le processus de dépistage (Cohen, 2011).
- Peu d'outils ont été validés pour des langues autres que l'anglais.

RECOMMANDATION 1.4 :

Effectuer une évaluation détaillée en coopération avec l'aîné, l'équipe pluridisciplinaire et la famille, le cas échéant, lors d'allégations ou de soupçons de mauvais traitements ou de négligence.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Lorsque les mauvais traitements ou la négligence sont présumés ou soupçonnés, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient procéder à une évaluation détaillée pour faciliter le traitement et le soutien. Le groupe d'experts recommande que l'évaluation soit effectuée en collaboration avec l'aîné, et, le cas échéant, avec l'équipe pluridisciplinaire et la famille. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les membres de la famille qui prennent part à la vie ou aux soins de l'aîné participeraient à ce processus, pourvu que cela respecte les préférences de celui-ci (veuillez consulter la recommandation 1.5 pour obtenir une discussion supplémentaire sur les préférences de l'aîné et la participation de la famille). De plus, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient s'assurer d'avoir obtenu un consentement éclairé avant de procéder à une évaluation détaillée et ils devraient partager l'information avec l'équipe pluridisciplinaire et les membres de la famille en tenant compte des règlements en matière de confidentialité et de protection de la vie privée. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la confidentialité et la protection de la vie privée, veuillez consulter la recommandation 1.2.

Une évaluation détaillée peut inclure

- une évaluation de la sécurité immédiate de l'aîné,
- des tests de diagnostic,
- l'utilisation d'outils d'évaluation, et
- des aiguillages et des consultations.

Remarque : dans certains cas de mauvais traitements et de négligence (p. ex., mauvais traitements et négligence qui se produisent au sein d'un établissement et dont l'auteur est un membre du personnel), la loi ou les politiques ou protocoles de l'organisation pourraient exiger des évaluations supplémentaires, une enquête ou un suivi. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les politiques ou les protocoles, veuillez consulter la recommandation 2.1.

Évaluation de la sécurité immédiate de l'aîné

Le groupe d'experts recommande que les infirmières et les prestataires de soins de santé évaluent la sécurité immédiate des aînés afin d'établir s'ils sont en danger immédiat de la part d'un membre de la famille (p. ex., conjoint[e], fils/fille), d'un prestataire de soins de santé ou d'un autre membre du personnel, d'un voisin ou, s'ils sont placés dans un établissement, d'un autre résident. La sécurité immédiate peut également être une source de préoccupation pendant le transfert ou à la sortie de l'établissement. Par exemple, si un aîné a été hospitalisé avec des signes de négligence ou une blessure telle qu'une fracture, le prestataire de soins de santé devrait déterminer s'il peut retourner à la maison sans danger. Cette évaluation de la sécurité devrait également inclure une identification des soutiens qui pourraient contribuer à la réduction du risque de mauvais traitements et de négligence pour l'aîné. La ligne directrice de la RNAO *La violence faite aux femmes : dépistage, identification et intervention initiale* (2012d) décrit des pratiques exemplaires qui concernent les femmes (non spécifiques aux aînés) victimes de mauvais traitements, y compris la planification de la sécurité et de questions qui aident la femme à évaluer son niveau de sécurité. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la planification de la sécurité, veuillez consulter la recommandation 3.2. Pour obtenir des lignes directrices sur la protection de la sécurité des infirmières et des autres professionnels de la santé, veuillez consulter la ligne directrice de la RNAO *Preventing and Managing Violence in the Workplace* (2009).

Tests de diagnostic

Une évaluation détaillée peut inclure des tests de diagnostic permettant d'identifier les indicateurs cliniques des mauvais traitements et de la négligence ou pour confirmer la présence d'une blessure. Bien que certains indicateurs puissent être associés à d'autres problèmes de santé, ils doivent être pris au sérieux en tant que signes potentiels de mauvais traitements ou de négligence. Par exemple, un niveau de sérum-albumine peu élevé pourrait être un signe de malnutrition découlant de la négligence (Cohen et al., 2010) et certaines blessures pourraient être un signe de violence physique ou sexuelle (veuillez consulter le tableau 3).

Utilisation d'outils d'évaluation

Une évaluation détaillée peut inclure le recours à un ou des outils de dépistage et d'évaluation; pour obtenir des renseignements supplémentaires et une discussion de la controverse entourant l'utilisation d'outils, veuillez consulter la recommandation 1.3 et l'[annexe G](#).

Aiguillages et consultations

Une évaluation détaillée pourrait nécessiter des consultations avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. De plus, des aiguillages vers des spécialistes ou des consultations avec ceux-ci pourraient s'avérer appropriés. Par exemple, des examens d'études de cas indiquent que les aînés victimes de violence sexuelle devraient recevoir des soins prodigués par des professionnels qui ont des compétences et une formation spécialisées (Burgess et Hanrahan, 2004; Chihowski et Hughes, 2008). La ligne directrice de la RNAO *Transitions des soins* (2014b) propose des recommandations permettant de maintenir la continuité des soins qui sont applicables aux moments où des aiguillages vers d'autres fournisseurs de soins ou des consultations avec ceux-ci ont lieu.

Voici des exemples d'aiguillages et de consultations possibles, selon la littérature et l'avis du groupe d'experts :

- gestionnaire ou coordonnateur de cas;
- éthicien ou conseil de déontologie;
- infirmières en médecine légale^G,
- infirmières gestionnaires des urgences gériatriques,
- équipe de sensibilisation en gériatrie,
- psychiatre gériatrique,
- gériatre,
- avocat,
- travailleur en santé mentale qui travaille avec des aînés,
- ergothérapeute,
- enquêteurs de police sur les mauvais traitements,
- fournisseurs de soins primaires,
- tuteur et curateur public^G,
- infirmières examinatrices en matière d'agression sexuelle (SANE)^G, ou
- travailleurs sociaux.

Remarque : dans les régions rurales et éloignées, l'accès direct aux spécialistes est parfois limité. Le recours à des technologies telles que Télésanté pourrait s'avérer nécessaire.

RECOMMANDATION 1.5 :

Identifier les droits, les priorités, les besoins et les préférences de l'aîné en ce qui concerne les décisions relatives à son mode de vie et ses soins, avant de déterminer les interventions et les soutiens nécessaires.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Pour aborder les mauvais traitements et la négligence de manière appropriée et efficace, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent identifier les droits, les priorités, les besoins et les préférences de l'aîné en ce qui concerne ses décisions relatives à ses habitudes de vie et à ses soins. Harbison, Coughlan, Karabanow, et VanderPlaat (2005) ont mené une étude qualitative auprès d'aînés dans des communautés rurales qui étaient victimes de mauvais traitements et de négligence. L'étude a permis de constater que les interventions étaient plus susceptibles de réussir si elles étaient harmonisées avec les normes culturelles et si elles respectaient les droits et les volontés des aînés. Par exemple, certains aînés ont indiqué qu'ils souhaitaient conserver leur autonomie, rester dans leur domicile et permettre aux voisins de leur fournir de l'aide au lieu d'avoir des étrangers (p. ex., services professionnels) dans leur domicile. De même, lors d'une étude qualitative menée auprès d'aînés qui résidaient dans la communauté et qui examinaient les soutiens pour déterminer ceux qui étaient utiles et nécessaires, les aînés ont indiqué qu'il était important pour eux de rester en possession de leur domicile et de maintenir des relations avec leur communauté et leurs amis (Begley et al., 2012).

La détermination des droits, des priorités, des besoins et des préférences des aînés dans le contexte des mauvais traitements et de la négligence s'harmonise bien avec le concept de soins axés sur les besoins de la personne (des clients). La ligne directrice de la RNAO *Soins axés sur les besoins du client* (2006a) décrit des processus à suivre pour identifier les préoccupations et les besoins qui s'appliquent au travail avec des aînés d'un bout à l'autre du continuum des soins. Parmi les processus de base, on peut citer la compréhension du point de vue des aînés; la clarification de leurs volontés et de leurs points forts; le soutien de leur autonomie; le fait de suivre leur initiative pour déterminer qui participera à leurs soins; et le fait de s'assurer que leurs objectifs, leurs préoccupations et leurs besoins sont communiqués, défendus et documentés. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les droits des aînés, veuillez consulter les principes directeurs, la recommandation 6.3 et les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées (Nations Unies, 1991).

Mise en garde : les politiques de l'organisation et les lois telles que la déclaration obligatoire des mauvais traitements infligés par les employés pourraient l'emporter sur les préférences des aînés.

Le groupe d'experts fait observer qu'il est possible que des défis surgissent lorsque l'on tente de cerner les priorités, les besoins et les préférences des aînés. Cela inclut les situations où la capacité mentale ^g de l'aîné est inadéquate, où il existe des obstacles en matière de langue ou des défis en matière de communication et lorsqu'il existe des conflits ou une dynamique complexe au sein des familles. Pour une discussion de la capacité mentale, veuillez consulter la recommandation 2.1. Pour obtenir des stratégies de communication, y compris le travail avec des traducteurs, veuillez consulter l'**annexe F**. La discussion suivante présente des points importants identifiés par le groupe d'experts concernant le travail avec les familles.

Participation de la famille

Les familles sont souvent au centre de la vie des aînés. Les familles sont définies largement comme quiconque que l'aîné considère comme étant proche dans les circonstances, à qui ils font confiance et qui, pour eux, est « comme un membre de la famille ». Dans certains cas, l'aîné pourrait souhaiter qu'ils participent activement au partage d'information, à la prise de décisions ou, dans le cas de mandataires spéciaux, qu'ils parlent pour eux.

Souvent, la participation de la famille est complexe (p. ex., perspectives contradictoires, dynamique familiale tendue ou qui n'offre pas beaucoup de soutien). Dans certaines situations, les membres de la famille peuvent maltraiter ou négliger l'aîné, contrôler la situation ou parler au nom de l'aîné sans avoir eu l'autorisation de le faire. Comme dans les autres recommandations de la présente ligne directrice, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient maintenir une relation thérapeutique avec l'aîné, être conscients de sa sécurité immédiate (et de la leur), et dans certains cas, impliquer d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire afin d'aider à soutenir l'aîné et sa famille. Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient également connaître la loi en ce qui concerne l'autorité de prendre les décisions (p. ex., s'il existe une hiérarchie de mandataires spéciaux dans leur province ou territoire pour les adultes frappés d'incapacité mentale).

2.0 PLANIFICATION

RECOMMANDATION 2.1 :

Recueillir l'information et les ressources requises pour intervenir de façon appropriée lors d'allégations ou de soupçons de mauvais traitements et de négligence de façons compatibles avec la loi, les politiques et les pratiques de l'organisation et les normes de pratique professionnelle.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient recueillir l'information et les ressources requises pour intervenir de façon appropriée lors d'allégations ou de soupçons de mauvais traitements et de négligence de façons compatibles avec la loi, les politiques et les pratiques de leur organisation et les normes de pratique professionnelle.

Cela inclut le respect des normes de pratique professionnelle et l'identification :

- des lois qui pourraient stipuler des mesures particulières relativement aux allégations ou aux soupçons de mauvais traitements et de négligence,
- des pratiques et des procédures organisationnelles qui s'appliquent aux allégations ou aux soupçons de mauvais traitements et de négligence,
- des personnes qui devraient prendre part à la prise de décisions (y compris l'aîné), et
- les ressources qui pourraient être disponibles pour aider à intervenir de façon appropriée (p. ex., conseil de déontologie, équipe collaborative qui contribue à résoudre les mauvais traitements et la négligence dans votre organisation, etc.).

Identification de lois et de politiques et de procédures organisationnelles

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent s'acquitter de leurs responsabilités légales et professionnelles en ce qui concerne les interventions en matière de mauvais traitements et de négligence. Le gouvernement du Canada fait remarquer que dans certains territoires de compétence et cadres de pratiques, certaines lois, par exemple au sujet de la curatelle et de la protection des adultes, de la violence familiale et du droit familial et de la protection de personnes recevant des soins, qui stipulent des mesures particulières à suivre (EDSC, 2011). Par exemple, en Ontario, les mauvais traitements et la négligence au sein d'établissements de soins de longue durée doivent être déclarés. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a élaboré des arbres de décision, spécifiques au type de mauvais traitements, qui présentent les mesures à prendre dans les cas d'allégations ou de soupçons de mauvais traitements ou de négligence. Des renseignements plus détaillés sont disponibles par l'entremise du site Web du Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, disponible à l'adresse <http://longtermcaretaskforce.ca/>. Selon l'Advocacy Centre for the Elderly (ACE), si la déclaration est obligatoire, il est important de déterminer ce qui doit être déclaré, qui a le devoir de déclarer, à qui la déclaration doit être faite et les autres mesures à prendre, le cas échéant

(Wahl, 2013). De plus, dans les cas de déclaration obligatoire, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient être au courant de l'existence possible de protections juridiques (c.-à-d. protection des dénonciateurs) pour les personnes qui font la déclaration, ainsi que des pénalités si la déclaration n'est pas faite (Wahl, 2013). Veuillez consulter la recommandation 6.6 pour obtenir une discussion de ce que peuvent faire les organismes de réglementation pour clarifier ces responsabilités légales et professionnelles.

Les lieux de travail ont peut-être des politiques de déclaration obligatoire au sein de l'organisation, par exemple qui exigent la dénonciation d'un collègue qui est l'auteur de mauvais traitements ou d'autres politiques ou procédures visant à résoudre les mauvais traitements et la négligence. Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient consulter ces politiques et procédures organisationnelles pour déterminer l'intervention appropriée. De plus, certaines formes de mauvais traitements et de négligence peuvent être couvertes par le Code criminel du Canada et, selon l'endroit, il peut être approprié ou nécessaire de faire appel à la police. Pour obtenir une vue d'ensemble des délits couverts par le Code criminel qui pourraient s'appliquer à des situations de mauvais traitements et de négligence, veuillez consulter la foire aux questions du site d'ACE, à l'adresse http://acelaw.ca/elder_abuse_-_faq.php. Veuillez consulter la recommandation 6.2 pour obtenir une discussion de ce que peuvent faire les organisations pour aider les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à s'acquitter de leurs responsabilités. Veuillez consulter les recommandations 5.2 et 6.2, respectivement, pour obtenir des recommandations concernant l'éducation obligatoire et les organismes de réglementation des soins infirmiers.

Il est important de noter que la déclaration n'est pas toujours requise par les lois provinciales ou territoriales ou par les politiques organisationnelles. De plus, il est parfois inapproprié de déclarer les mauvais traitements ou la négligence dont sont victimes les adultes mentalement capables, et la déclaration de torts sans leur consentement pourrait en fait constituer une violation de leur droit à prendre leurs propres décisions et de leur droit à la confidentialité. Lorsque la déclaration des mauvais traitements n'est ni appropriée ni obligatoire, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient déterminer les autres soutiens qui pourraient être offerts à l'aîné, par exemple lui fournir un soutien émotionnel ou l'aiguiller vers des ressources appropriées (veuillez consulter la recommandation 3.2 et l'**annexe H**).

Identification des personnes qui prendront part à la prise de décisions

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent déterminer dans quelle mesure l'aîné souhaite que les membres de la famille prennent part à l'élaboration d'un plan de soins pour résoudre les mauvais traitements ou la négligence (veuillez consulter la recommandation 1.5 pour une discussion sur la participation des membres de la famille). Dans certains cas, l'aîné n'a peut-être pas la capacité mentale nécessaire pour reconnaître les torts dont il est victime ou pour prendre les décisions nécessaires, et cette situation pourrait nécessiter la participation d'un mandataire spécial.

Capacité mentale

En ce qui concerne les enjeux liés à la capacité mentale, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé sont encouragés à être conscients des points-clés suivants. Ils ont été élaborés à partir de deux ressources juridiques (Canadian Centre for Elder Law, 2011b; Wahl, 2013) et des opinions du groupe d'experts.

- La capacité mentale peut varier et peut dépendre de la situation (p. ex., un diagnostic établi antérieurement, tiré de dossiers existants, n'est pas nécessairement valable).
- L'âge avancé n'est pas synonyme de perte de capacité mentale.
- Un diagnostic ou un trouble clinique (p. ex., maladie d'Alzheimer ou maladie mentale) ne signifie pas automatiquement qu'une personne n'est pas mentalement capable.
- La capacité mentale n'est pas déterminée par un test, comme un mini-examen de l'état mental.
- Les aînés compétents ont le droit de prendre des décisions que d'autres pourraient considérer comme étant malavisées ou peu sûres. Le fait qu'un aîné prend une telle décision ne signifie pas qu'il n'est pas mentalement capable.

- Il existe différentes façons de déterminer qu'une personne n'est pas mentalement capable. Dans certains territoires de compétence, cette détermination est prise en consultation avec des médecins ou un évaluateur des capacités, mais cela n'est pas toujours le cas.
- Il existe parfois une confusion entre le manque de capacité mentale et la dépression et le délire.

Pour un examen plus approfondi de la capacité mentale, veuillez consulter *Assessing Capacity Within a Context of Abuse and Neglect* (O'Connor, Hall, et Donnelly, 2009) et *Incapacity Assessments: A Review of Assessment and Screening Tools* (O'Connor, 2009), disponible à http://www.trustee.bc.ca/documents/STA/Incapacity_Assessments_Review_Assessment_Screening_Tools.pdf

Identification des ressources

Lorsqu'ils planifient une intervention appropriée à des allégations ou des soupçons de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient identifier les ressources qui pourraient être disponibles pour les aider. Comme discuté dans la recommandation 5.2, les mauvais traitements et la négligence sont des questions complexes et des dilemmes éthiques pourraient se présenter. Il est utile de connaître les ressources et les soutiens disponibles qui pourraient s'avérer utiles, par exemple un conseil de déontologie ou une équipe collaborative qui aider à résoudre les problèmes de mauvais traitements et de négligence au sein de votre organisation. D'autres ressources, comme le Code d'éthique de l'AIIC (2008), les normes de pratique professionnelle et les arbres décisionnels peuvent également aider à la planification d'une intervention appropriée. Les arbres décisionnels sont utilisés pour aider les prestataires de soins de santé à déterminer les mesures à prendre lorsque des cas de mauvais traitements ou de négligence sont soupçonnés ou identifiés. L'**annexe I** fournit un exemple d'arbre décisionnel, avec des facteurs dont il faut tenir compte lors de leur utilisation.

RECOMMANDATION 2.2 :

Collaborer avec l'aîné, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, le cas échéant, pour élaborer un plan de soins individualisé permettant de prévenir ou de résoudre les torts.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Une approche individualisée à l'élaboration du plan de soins est essentielle, car elle peut tenir compte du caractère unique et de la dynamique complexe de chaque situation (Sandmoe et Kirkevold, 2013). Une approche individualisée est reconnue comme étant une priorité pour les prestataires de soins de santé (Sandmoe, Kirkevold, et Ballantyne, 2011) et elle s'avère satisfaisante pour les aînés (Harbison, Coughlan, Karabanow, et VanderPlaat, 2005). L'élaboration d'un plan individualisé inclut des approches conférant des pouvoirs, axées sur les besoins de la personne, par exemple aider les aînés à identifier leurs ressources et leurs forces existantes, discuter des options et les expliquer, les aider à établir des objectifs et identifier les interventions qui, selon eux, leur seraient les plus utiles (Vladescu, Eveleigh, Ploeg, et Patterson, 2000; Cripps, 2001). Les aînés devraient participer activement à l'élaboration de leur plan de soins parce que toute décision prise pourrait avoir des répercussions directes sur leur autodétermination et sur leur sécurité (Killick et Taylor, 2009). De plus, il existe des situations dans lesquelles les membres de la famille, y compris ceux qui présentent un risque de maltraiter ou de négliger l'aîné, devraient faire partie de la planification des soins (Selwood, Cooper, Owens, Blanchard, et Livingston, 2009). Veuillez consulter la recommandation 3.2 pour obtenir une discussion des interventions et des soutiens pour les auteurs de mauvais traitements ou de négligence envers l'aîné. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les membres de la famille qui prennent part à la vie ou aux soins de l'aîné participeraient à l'élaboration d'un plan de soins individualisé, pourvu que cela respecte les préférences de celui-ci (veuillez consulter la recommandation 1.5 pour obtenir une discussion supplémentaire sur les préférences de l'aîné et la participation de la famille).

Les ressources suivantes sont fournies pour aider les infirmières et les prestataires de soins de santé à élaborer un plan de soins individualisé :

- La ligne directrice de la RNAO *Soins axés sur les besoins du client* (2006a) décrit une approche axée sur les besoins du client (de la personne) de la collaboration avec les aînés pour la prise de décisions. Cela inclut un cadre de soutien à la prise de décisions.
- L'approche et l'outil *BLI: Being Least Intrusive – An Orientation to Practice for Front-Line Workers Responding to Abuse of Aboriginal Older Adults* fournissent aux prestataires de soins de santé des principes et des concepts clés, ainsi qu'un cadre qui permet de soutenir les relations positives avec les aînés autochtones^G d'une manière qui minimise leur vulnérabilité et qui appuie leur dignité (Struthers et Neufeld, 2011). Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.nicenet.ca/tools-bli-being-least-intrusive-an-orientation-to-practice-for-front-line-workers-responding-to-abuse-of-aboriginal-older-adults>
- La ligne directrice de la RNAO *Supporting and Strengthening Families through Expected and Unexpected Life Events* (2006b) décrit un partenariat avec les familles qui confère des pouvoirs, ce qui peut être pertinent si la participation des familles est souhaitée et appropriée.
- La norme d'exercice de l'OIIO *La prestation de soins adaptés à la culture* (2009a) présente des facteurs culturels importants qui pourraient s'avérer utiles lors de l'élaboration d'un plan de soins. Cette ligne directrice est disponible à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/51040_CultureSens.pdf

3.0 MISE EN ŒUVRE

RECOMMANDATION 3.1 :

Intervenir dans les cas présumés ou soupçonnés de mauvais traitements et de négligence, conformément aux exigences de la loi et aux politiques ou aux procédures de l'organisation.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent s'acquitter de leurs responsabilités légales et professionnelles en ce qui concerne les interventions en matière de mauvais traitements et de négligence. Étant donné la diversité des cadres de pratique et des lois territoriales au Canada, il ne relève pas de la présente ligne directrice de fournir des recommandations spécifiques pour des interventions dans les cas de mauvais traitements et de négligence. Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent intervenir conformément aux lois, aux politiques et aux procédures pertinentes qui ont fait l'objet d'une discussion dans la recommandation 2.1. Veuillez consulter la recommandation 6.2 pour obtenir une discussion de ce que peuvent faire les organisations pour aider les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à s'acquitter de ces responsabilités et la recommandation 5.2 pour obtenir des programmes d'éducation.

En plus de respecter les lois, les politiques et les procédures, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé sont encouragés à :

- reconnaître que la déclaration n'est pas toujours obligatoire ou appropriée (p. ex., lorsqu'un aîné compétent choisit de rester dans une relation de violence);
- comprendre que le dépôt d'un rapport ne met pas fin à leurs obligations en matière de mauvais traitements et de négligence;
- déterminer les autres soutiens qui pourraient être proposés à l'aîné, comme un soutien émotionnel et des aiguillages (veuillez consulter la recommandation 3.2 et l'[annexe H](#));

- à déterminer les autres formes de suivi qui pourraient être requises au sein de leur organisation; et
- à maintenir la documentation (veuillez consulter la recommandation 5.2 pour une liste de la documentation suggérée).

RECOMMANDATION 3.2 :

Mettre en œuvre un plan de soins individualisé qui incorpore de multiples stratégies visant à prévenir ou à résoudre les torts, y compris

- l'éducation et le soutien des aînés et des membres de leur famille (niveau de données probantes = IV),
- les interventions et les soutiens pour les auteurs de mauvais traitements ou de négligence (niveau de données probantes = IV),
- des ressources ou des aiguillages (niveau de données probantes = IV), et
- l'élaboration d'un plan de sécurité (niveau de données probantes = V).

Discussion des données probantes :

Jusqu'à aujourd'hui, il n'existe pas de preuves solides qui appuient des interventions spécifiques visant à résoudre les mauvais traitements et la négligence, parce que de nombreuses interventions n'ont pas fait l'objet d'une évaluation formelle. Des catégories générales d'interventions pour résoudre les mauvais traitements et la négligence ont été décrites dans la littérature. On peut citer l'éducation, des interventions pour les auteurs de mauvais traitements, et la prestation de ressources et de soutiens aux aînés et aux membres de sa famille. Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan, et Bolan (2009) ont effectué un examen systématique afin d'évaluer d'un œil critique la qualité des études existantes sur l'efficacité des interventions en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés. Leurs conclusions indiquent qu'il n'existe pas suffisamment de preuves pour appuyer une intervention spécifique qui cible les aînés, les auteurs des mauvais traitements ou les professionnels de la santé, et que les interventions peuvent avoir des conséquences positives, mais également des conséquences négatives.

Bien qu'il n'existe pas de preuves solides qui montrent du doigt une intervention spécifique, il existe du soutien pour une approche caractérisée par l'application de multiples stratégies ou interventions. Pour résoudre les mauvais traitements et empêcher leur récurrence, un examen systématique effectué par Public Health Research, Education & Development Program recommande les interventions qui englobent de multiples stratégies, par exemple l'éducation, la consultation et les aiguillages, avec d'autres approches plus larges, telles que la prévention et les services policiers dans la communauté (Wilson et Micucci, 2003).

Éducation et soutien pour les aînés et les membres de la famille et interventions et soutiens pour les auteurs de mauvais traitements ou de négligence

L'éducation et le soutien ont été identifiés comme une stratégie visant à prévenir ou à résoudre les mauvais traitements pour les aînés et pour les aidants naturels des aînés. L'éducation peut inclure la prestation d'information à l'aîné concernant les services et ses droits légaux, une explication des mauvais traitements et une discussion du vieillissement en santé (Vladescu et al., 2000). Pour les aidants d'aînés atteints de démence, l'éducation devrait viser à les aider à comprendre la démence et les facteurs qui contribuent aux mauvais traitements, et également fournir des conseils sur la manière de traiter les problèmes de mémoire (Koch et Nay, 2003; Selwood et al., 2009). Selon Begley et al. (2012) l'éducation et le soutien sont essentiels pour les aidants naturels qui se sentent souvent isolés et frustrés et qui ont besoin de conseils. Les besoins des aidants naturels qui ont été les auteurs de mauvais traitements ou de négligence doivent également être pris en considération. Reay et Browne (2002) ont constaté qu'un programme d'éducation et de gestion de la colère permettait de réduire les tensions, la dépression et l'anxiété pour les aidants qui maltraitent, et Selwood et al. (2009) soulignent l'importance de tenir compte des besoins de l'aidant, par exemple l'éducation, les soins de répit ou les soins à domicile.

Les ressources suivantes sont fournies pour aider à fournir de l'éducation aux aînés et aux familles :

- La ligne directrice *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client* (2012a) fournit des recommandations sur des stratégies d'éducation efficaces qui s'appliquent aux aînés et aux familles. Cette ligne directrice inclut le modèle EEARNs, qui décrit une manière de soutenir l'apprentissage efficace.
- L'annexe T de la ligne directrice de la RNAO *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence et de dépression* (2010a) présente les interventions comportementales correspondant aux différentes manifestations de la démence, à ses premiers stades comme à ses stades finaux.

Prestation de ressources et d'aiguillages

Une autre catégorie générale d'interventions consiste à fournir des ressources ou des aiguillages aux aînés et aux familles, y compris à celles qui maltraitent les aînés. Cela est souligné par deux études tirées de l'examen systématique des écrits. Clancy, McDaid, O'Neill, et O'Brien (2011) ont examiné des cas de mauvais traitements et les résultats d'interventions particulières visant à les résoudre, et ils ont conclu qu'une vaste gamme d'aiguillages pouvait servir de complément aux services spécialisés dans de tels cas. Toutefois, la prestation de ressources et d'aiguillages devrait être un processus réfléchi. La recherche menée par Zink et al. (2004) auprès de femmes plus âgées qui avaient vécu des relations violentes a cerné l'importance des aiguillages vers des conseillers qui s'y connaissent en mauvais traitements, ainsi qu'à des organismes qui mettent l'accent sur les défis particuliers auxquels font face les femmes. Veuillez consulter l'[annexe H](#) pour obtenir des exemples d'aiguillages appropriés en fonction de la situation unique, de la culture, des priorités, des besoins et des préférences de l'aîné. La ligne directrice de la RNAO *Transitions des soins* (2014b) propose des recommandations permettant de maintenir la continuité des soins qui sont applicables aux moments où des aiguillages vers d'autres prestataires de soins ou services ont lieu.

Mise en garde : connaissez les ressources disponibles dans votre région afin d'être en mesure d'en discuter avec l'aîné et sa famille, le cas échéant, et d'en déterminer la pertinence.

Élaboration d'un plan de sécurité

Le groupe d'experts propose qu'un plan de soins individualisé comprenne l'élaboration d'un plan de sécurité avec l'aîné. La recension systématique des écrits effectuée pour le présent document n'a trouvé aucun résultat de recherche permettant d'influencer la planification de la sécurité. Toutefois, deux sources de littérature grise présentent des plans de sécurité qui ont été élaborés pour les aînés; des exemples tirés de ces documents sont fournis ci-dessous.

Parmi les éléments d'un plan de sécurité, on peut citer :

- l'accès à des renseignements et à des ressources, telles que les numéros de téléphone des lignes d'écoute téléphonique, des services médicaux et juridiques, des refuges et des services de santé mentale;
- le fait de pouvoir parler à une personne digne de foi de ses préoccupations en matière de sécurité;
- l'examen des conditions de vie (p. ex., comment partir, où aller, hébergement temporaire);
- le fait d'avoir un sac contenant des documents, des fournitures et des coordonnées, prêt en cas d'un départ soudain de la maison (p. ex., argent, documents importants, vêtements supplémentaires et médicaments); et
- la prise des dispositions nécessaires pour le soin des animaux de compagnie, le maintien de la maison et des finances et la tenue des rendez-vous médicaux. (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2013; Siegel, 2013).

En plus de la sécurité de l'aîné, le prestataire de soins de santé devra peut-être tenir compte de sa propre sécurité. L'annexe D de la ligne directrice de la RNAO intitulée *Preventing and managing violence in the workplace* (2009) fournit des suggestions pour les prestataires de soins de santé qui se préparent à rencontrer une personne qui pourrait être violente.

4.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 4.1 :

Collaborer avec l'aîné, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, le cas échéant, pour évaluer et réviser le plan de soins, en reconnaissant que certains cas de mauvais traitements et de négligence ne seront pas faciles à résoudre.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient collaborer avec l'aîné, ainsi qu'avec sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, le cas échéant, afin d'évaluer et de réviser le plan de soins. Les membres de la famille qui prennent part à la vie ou aux soins de l'aîné, ainsi que les membres de l'équipe pluridisciplinaire, participeraient à l'évaluation et à la révision du plan de soins, pourvu que cela corresponde aux préférences de l'aîné (veuillez consulter la recommandation 1.5 pour obtenir une discussion plus poussée des préférences de l'aîné et de l'implication de la famille). Le Cadre des compétences de l'AICC^G pour les infirmières inclut l'importance de l'évaluation du plan de soins en collaboration avec le patient, de l'identification des besoins supplémentaires en matière d'apprentissage et de la comparaison des résultats réels avec les résultats prévus (AICC, 2014b). Pour obtenir un exemple d'une approche axée sur la personne de l'évaluation du plan de soins, veuillez consulter la page 24 de la ligne directrice de la RNAO intitulée *Soins axés sur les besoins du client* (2006a).

Il est important de noter que certains cas de mauvais traitements et de négligence ne seront pas faciles à régler; c'est particulièrement vrai dans le cas de relations de longue durée. Cooper, Blanchard, Selwood, Walker, et Livingston (2010) ont effectué une étude longitudinale pour surveiller le comportement violent des aidants avec le temps et ils ont constaté qu'en dépit de contacts avec des services spécialisés, les comportements violents avaient tendance à persister ou à s'aggraver. De même, Vladescu et al. (2000) ont analysé les résultats d'un programme de gestion des cas pour les aînés maltraités, compétents et résidant dans la collectivité. Les chercheurs ont découvert que plus longtemps les mauvais traitements duraient au sein d'une relation et plus la relation entre l'auteur des mauvais traitements et la personne maltraitée était proche, moins il était probable que la situation de mauvais traitements se règle. Cette conclusion a également été tirée par Lithwick, Beaulieu, Gravel et Straka (2000), qui ont déclaré que dans les cas de mauvais traitements entre les auteurs et les victimes, les interventions ne faisaient que réduire les mauvais traitements, au lieu d'y mettre fin. Étant donné la complexité de ces relations et les difficultés éprouvées à les résoudre, Lithwick et al. (2000) proposent une approche axée sur la réduction des torts.

Un accent sur la réduction des torts et un soutien continu sont peut-être le plan de soins le plus approprié dans certaines situations. Le groupe d'experts fait observer que certains aînés décideront de rester au sein d'une relation ou d'une situation de maltraitance ou de négligence et refuseront peut-être toute intervention. Bien que ces décisions puissent être perçues comme étant malavisées ou dangereuses, l'aîné a le droit de les prendre (pourvu que la loi soit respectée et que l'aîné soit compétent). Quelle que soit la décision, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient maintenir la relation thérapeutique, continuer à offrir les services requis et être disponibles au cas où l'aîné changerait d'avis. L'importance d'un tel soutien continu est reflétée dans la recherche de Zink et al. (2004) auprès de femmes plus âgées dans des relations violentes. Selon ces femmes, l'une des meilleures choses qu'un fournisseur de soins peut faire pour aider est de respecter la décision de la femme de rester au sein de la relation violente.

Recommandations relatives à la formation

5.0 FORMATION

RECOMMANDATION 5.1 :

Tous les employés dans toutes les organisations de soins de santé qui servent des aînés participent à des programmes d'éducation obligatoire qui les sensibilisent :

- à l'âgisme;
- aux droits des aînés;
- aux types de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, à leur prévalence et à leurs signes;
- aux facteurs qui peuvent contribuer aux mauvais traitements et à la négligence; et
- aux rôles et aux responsabilités des individus en ce qui concerne les interventions en cas de mauvais traitements ou de négligence ou la déclaration de ceux-ci.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Tous les employés de toutes les organisations de santé qui servent les aînés ont besoin d'une éducation de base afin de pouvoir contribuer à la prévention et à la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés au sein de l'organisation. Le groupe d'experts recommande que ce contenu soit enseigné à tous les employés à tous les niveaux de la hiérarchie de l'organisation. Différents professionnels autorisés et autres employés (p. ex., aides en diététique, bénévoles, préposés au ménage, préposés au soutien à domicile, préposés aux services de soutien à la personne et aides-soignants) interagissent avec les aînés et leur famille dans des milieux institutionnels et communautaires et ils sont tous en position d'identifier les situations de mauvais traitements et de négligence et d'intervenir. Le groupe d'experts recommande que cette formation obligatoire fasse partie de l'orientation des employés, avec un suivi annuel et des occasions d'éducation continue. Pour obtenir un examen de ce contenu, veuillez consulter la recommandation 5.2; pour obtenir les facteurs qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence, veuillez consulter le Contexte, la figure 1, le tableau 2 et le tableau 5.

RECOMMANDATION 5.2 :

Les infirmières, les autres prestataires de soins de santé et les superviseurs qui travaillent dans des organismes de soins de santé qui fournissent des soins et des services aux aînés participent à des occasions d'éducation obligatoire et permanente qui comprennent :

- la compréhension des problèmes qui entourent les mauvais traitements et la négligence (niveau de données probantes = IV);
- l'évaluation et l'intervention en cas de mauvais traitements et de négligence (Niveau de données probantes = IV);
- les rôles, les responsabilités et les lois (niveau de données probantes = IV);
- des approches positives du travail avec des aînés (niveau de données probantes = IV);
- des stratégies efficaces pour les comportements difficiles ou réactifs (niveau de données probantes = V); et
- l'encouragement d'un milieu de travail sain et sécuritaire et du bien-être personnel (niveau de données probantes = V).

Discussion des données probantes :

Les programmes d'éducation obligatoire devraient inclure un contenu de base requis pour la prévention et l'identification des mauvais traitements et la négligence envers les aînés et les interventions à ce sujet, comme le décrit la présente ligne directrice. Peu d'études de recherche ont évalué l'efficacité des programmes d'éducation, mettant plutôt l'accent sur les mesures de la satisfaction et de la sensibilisation accrue (Alt, Nguyen, et Meurer, 2011). D'autres études signalent des résultats mitigés de la formation (Cooper, Selwood, et Livingston, 2009). Toutefois, il existe amplement de données probantes qui désignent le contenu clé qui devrait être inclus dans la formation offerte aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé. Le groupe d'experts recommande que le contenu suivant soit inclus dans le cadre de l'orientation des employés, des programmes d'éducation obligatoire et des occasions de perfectionnement professionnel continu. Selon l'établissement, on mettra plus ou moins l'accent sur certaines parties du contenu et celui-ci devra être adapté au champ d'activité des apprenants. Veuillez consulter la Recommandation 5.3 pour obtenir une discussion de la conception du programme d'éducation et la Recommandation 6.2 pour une discussion de la politique sur l'éducation obligatoire.

Comprendre les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence

Une éducation exhaustive qui vise à aider les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à comprendre les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence devrait inclure des renseignements sur les thèmes suivants :

- la prévalence des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés (veuillez consulter le Contexte);
- les différents types de mauvais traitements et de la négligence (veuillez consulter l'[annexe D](#));
- les théories et les explications des mauvais traitements et de la négligence (veuillez consulter le Contexte, la figure 1 et l'[annexe E](#)); et
- les facteurs de risque et les signes de mauvais traitements et de négligence (veuillez consulter le tableau 2 et le tableau 3).

Les résultats de la recherche indiquent un manque général de connaissances et de compréhension des mauvais traitements et de la négligence chez les médecins, les infirmières et les membres de professions paramédicales qui travaillent dans différents milieux (Almogue, Weiss, Marcus, et Beloosesky, 2010; Meeks-Sjostrom, 2013; Joubert et Posenelli, 2009; Schmeidel et al., 2012). Plus spécifiquement, ces personnes ne sont pas sensibilisées à ce qui constitue des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés et le comprennent mal. Dans le secteur des soins de longue durée, Hirst (2002) a constaté qu'il existait différentes perceptions et définitions des mauvais traitements. Par exemple, certains administrateurs ont affirmé ne jamais avoir vu de mauvais traitements, tandis qu'une infirmière a dit que « cela arrive tout le temps » et « nous ne reconnaissons tout simplement pas qu'il s'agit de mauvais traitements » (Hirst, 2002, p. 279). Goergen (2004) a constaté que les directeurs de maisons de soins infirmiers n'étaient pas au courant de la plupart des cas de mauvais traitements et de négligence et que certains gestes, par exemple l'utilisation inappropriée de dispositifs de retenue, passaient inaperçus, et Schmeidel et al. (2012) ont constaté que de nombreuses infirmières travaillant en clinique éprouvaient des difficultés à identifier les mauvais traitements, sauf en cas de signes évidents (p. ex., ecchymoses).

Évaluation et intervention en cas de mauvais traitements et de négligence

Plusieurs études ont déterminé que les infirmières et les autres prestataires de soins de santé dans le continuum des soins ne possèdent pas les compétences suffisantes pour évaluer les mauvais traitements et la négligence envers les aînés ou intervenir dans de tels cas, ou ils ne se sentent pas préparés à faire une telle évaluation (Meeks-Sjostrom, 2013; Richardson, Kitchen, et Livingston, 2002; Schmeidel et al., 2012; Wong et Marr, 2002). Une éducation exhaustive visant à préparer les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à évaluer les mauvais traitements et la négligence et à intervenir dans de tels cas devrait inclure de l'information sur les thèmes suivants :

- des compétences et des techniques d'évaluation appropriées, y compris le recours à des outils de dépistage ou d'évaluation, si l'organisation leur demande d'en utiliser (veuillez consulter les recommandations 6.2 et 1.3 et l'[annexe G](#));
- les ressources et les soutiens appropriés disponibles pour résoudre les mauvais traitements et la négligence ou pour réduire le risque (veuillez consulter l'[annexe H](#));
- les stratégies de planification de la sécurité avec l'aîné (veuillez consulter la recommandation 3.2);
- la sensibilisation aux dilemmes d'éthique courants et aux stratégies à adopter pour en tenir compte (veuillez consulter la discussion ci-dessous); et
- la documentation (veuillez consulter la discussion ci-dessous).

Dilemmes d'éthique

Le contenu éducatif sur le thème de l'évaluation des mauvais traitements et de la négligence et des interventions à ce sujet devraient inclure une discussion des dilemmes éthiques courants et des stratégies utilisées pour les aborder. L'OIIIO (2009b) affirme qu'il existe un conflit ou un dilemme d'éthique lorsque « deux ou plusieurs valeurs éthiques s'appliquent à une situation, mais ces valeurs appuient des mesures divergentes » (p. 4). Winterstein (2012) a constaté que les infirmières éprouvaient des difficultés avec les situations éthiques complexes et ont besoin d'occasions pour discuter de dilemmes d'éthique. Le tableau 4 présente des questions d'éthique courantes relatives aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés, qui pourraient être abordées dans le cadre de programmes d'éducation.

Tableau 4 : Questions d'éthique identifiées dans les ouvrages

Parmi les questions d'éthique identifiées dans la documentation, on peut citer :

- les questions compliquées qui entourent la famille et les aidants qui maltraitent des aînés (par exemple, prestataires de soins de santé qui doivent déterminer si une intervention serait utile pour l'aîné qui est émotionnellement attaché à l'auteur des mauvais traitements et qui dépend de cette personne);
- les désaccords au sein de l'équipe de santé au sujet du niveau d'intervention requis en fonction des évaluations de risque futur possible de mauvais traitements et de négligence;
- le travail avec un aîné qui souhaite réintégrer la situation violente en dépit des risques;
- les préoccupations au sujet du fait de soulever la question avec la personne soupçonnée de maltraiter ou de négliger l'aîné, car elle pourrait soumettre ce dernier à d'autres mauvais traitements;
- la décision quant aux membres de l'équipe de santé qui devraient être mis au courant des soupçons de mauvais traitements, pour ne pas créer des préjudices contre l'auteur présumé des mauvais traitements avant que ces allégations soient prouvées;
- les dilemmes éthiques qui surviennent si l'aîné ne veut pas d'enquête sur les mauvais traitements et la négligence ou refuse des services de soutien lorsque de mauvais traitements sont soupçonnés; et
- l'équilibre entre faire ce qu'il y a de mieux pour l'aîné et le priver de son autonomie (p. ex., devoir prendre la décision d'envoyer un aîné maltraité et souffrant de troubles cognitifs dans une maison de soins infirmiers en raison du danger immédiat lié à sa situation).

(Beaulieu et Leclerc, 2006; Joubert et Posenelli, 2009; Killick et Taylor, 2009; Winterstein, 2012)

Parmi les ressources qui proposent des cadres pour la prise de décisions éthiques, on peut citer les suivantes :

- *Le code d'éthique des infirmières et infirmiers autorisés de l'AIIC (2008)*.
- les normes de pratiques en matière d'éthique présentées par les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux, et
- *In Hand: An Ethical Decision-Making Framework* (Beaulieu, 2010), un outil élaboré pour les professionnels chevronnés en santé et en services sociaux qui travaillent dans des milieux sans lois sur la protection des adultes.
Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.nicenet.ca/files/In_Hands.pdf

Documentation

L'éducation fournie aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé devrait décrire ce qui devrait être documenté relativement aux mauvais traitements et à la négligence. La documentation est une norme pour les soins infirmiers et d'autres professions et les exigences relatives à la documentation sont généralement énoncées dans les politiques de l'organisation et par les organismes de réglementation professionnels. Un exemple de normes de

documentation pour les infirmières en Ontario est disponible à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf. Le contenu suggéré de la documentation spécifique au thème des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés peut comprendre, par exemple :

- résultats de l'évaluation – facteurs de risque et signes de mauvais traitements et de négligence;
- énoncés (citations directes) ou comportement de l'aîné ou de sa famille;
- participation des mandataires spéciaux;
- facteurs de protection (p. ex., points forts, capacités et techniques efficaces d'adaptation);
- priorités, besoins et préférences de l'aîné en ce qui concerne ses habitudes de vie et les décisions en matière de soins;
- plan de soins ou interventions qui reflètent les priorités et les besoins de l'aîné;
- collaborations avec les membres de l'équipe et aiguillages vers des spécialistes;
- documents juridiques en vigueur auxquels on se fie; et
- évaluation du plan de soins ou des interventions.

Rôles, responsabilités et lois

Pour intervenir de façon appropriée dans les cas de mauvais traitements et de négligence, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont besoin d'éducation sur les lois pertinentes et leurs propres rôles et responsabilités. Le programme d'éducation devrait inclure de l'information sur les lois du territoire de compétence, les politiques et les procédures de l'organisation, et les normes pertinentes de pratique professionnelle. Il peut également inclure du contenu au sujet de concepts qui sont souvent mal compris en pratique, comme le consentement, la capacité mentale, la protection de la vie privée, la confidentialité, les mandataires (directives personnelles, procurations, tutelle/fiduciaire). Veuillez consulter les recommandations 2.1 et 6.6 pour une discussion plus poussée.

Un manque général de connaissances ou d'actions appropriées en réaction à de mauvais traitements ou à la négligence a été identifié par plusieurs études. Un thème clé ressorti d'une étude internationale était le fait que les professionnels ont une compréhension limitée des lois sur la protection des aînés (Podnieks, Anetzberger, Wilson, Teaster, et Wangmo, 2010). D'autres études ont découvert le même manque de connaissances des lois parmi les infirmières et les médecins qui travaillent dans des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée (Almogue et al., 2010), des infirmières qui travaillent dans des cliniques (Schmeidel et al., 2012) et des physiothérapeutes qui travaillent dans différents établissements (Saliga, Adamowicz, Logue, et Smith, 2004). De plus, Schmeidel et al. (2012) a constaté que les infirmières comprenaient mal leur rôle et leurs responsabilités relativement à la déclaration des mauvais traitements et qu'elles pensaient à tort que c'était la responsabilité d'un médecin ou d'un travailleur social. Malmedal, Hammervold, et Saveman (2009) ont constaté que les prestataires de soins de santé ne s'acquittaient pas de leur responsabilité de déclarer les mauvais traitements infligés par leurs collègues dans des établissements de soins de longue durée.

Approches positives du travail avec des aînés

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont besoin d'une formation qui favorise les approches positives du travail avec les aînés. En plus d'une approche axée sur la personne, cette formation devrait inclure le contenu suivant :

- l'âgisme, les attitudes et les convictions au sujet des aînés,
- les attitudes relatives aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés,
- les droits des aînés,
- la sensibilité culturelle,
- des compétences en communication thérapeutique et d'empathie, et
- la pratique réflexive⁶.

Âgisme, attitudes et convictions au sujet des aînés et attitudes relatives aux mauvais traitements et à la négligence

Différentes études ont identifié des attitudes qui pourraient contribuer aux mauvais traitements et à la négligence ou les justifier. Shinan-Altman et Cohen (2009) ont effectué des études auprès d'aides-infirmiers travaillant dans des maisons de soins infirmiers et ont découvert un taux relativement élevé d'attitudes de tolérance envers les mauvais traitements. Les chercheurs ont conclu qu'une formation visant à modifier les attitudes représentait une composante importante de la solution au problème. Une autre étude sur des entrevues menées auprès d'infirmières travaillant dans des établissements de soins de longue durée a déterminé que les infirmières justifiaient souvent les situations de négligence et rejetaient le blâme de la négligence sur des conditions indépendantes de leur volonté (Winterstein, 2012). Spencer et al. (2008) affirment que « l'âgisme de la société joue un rôle fondamental pour favoriser et perpétuer les mauvais traitements et la négligence envers les résidents dans des établissements de soins » et ils recommandent que l'éducation vise à « encourager des attitudes respectueuses et compatissantes parmi le personnel envers les résidents et leurs collègues » (p. 53).

Droits des aînés

L'éducation qui décrit les droits des aînés s'harmonise bien avec l'éducation qui concerne les attitudes envers les aînés. Pour obtenir des ressources d'éducation qui soutiennent le contenu relatif aux droits des aînés, veuillez consulter les principes directeurs, la recommandation 6.3 et les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées (Nations Unies, 1991).

Sensibilité culturelle

Les infirmières et les autres professionnels de la santé qui travaillent avec des groupes culturels variés doivent se montrer sensibles envers les différences culturelles lors de la prévention et de la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. Ces différences comprennent des variations relatives aux valeurs, aux croyances, aux attentes en matière de soins, aux rôles liés au sexe, à la maîtrise de la langue et au niveau d'acculturation et d'assimilation (Podnieks, 2008). L'OIIO encourage l'autoréflexion pour développer la sensibilité culturelle, affirmant que « l'autoréflexion aide l'infirmière à identifier les valeurs et les partis pris sur lesquels elle fonde son approche et ses interventions, ainsi que leurs répercussions sur le client » (OIIO, 2009a, p. 4).

Compétences en communication thérapeutique et d'empathie

L'éducation est également recommandée pour encourager l'empathie et pour développer des compétences en communication thérapeutique avec les aînés au sujet des mauvais traitements et de la négligence. La recherche menée par Zink et al. (2004) auprès de femmes plus âgées qui avaient vécu des relations violentes a cerné un manque d'empathie chez certains prestataires de soins de santé, qui utilisaient des termes tels que « crispée » ou « se plaint toujours » pour décrire les femmes. Les résultats de la recherche de Schmeidel et al. (2012) indiquent l'importance d'une formation qui contribue à l'acquisition de compétences relatives aux discussions des problèmes liés aux mauvais traitements. Les chercheurs ont découvert que les infirmières se passionnaient pour les soins des aînés et souhaitaient prévenir et résoudre les mauvais traitements, mais qu'elles se sentaient mal à l'aise d'y faire face directement et qu'elles cherchaient d'autres raisons pouvant expliquer les signes de mauvais traitements. Veuillez consulter l'[annexe F](#) pour obtenir des stratégies de communication suggérées.

Pratique réflexive

La pratique réflexive pourrait aider les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à acquérir des perspectives sur les attitudes et les convictions contre-productives à l'égard des aînés et des problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence. Parmi des exemples de thèmes pour la pratique réflexive, on peut citer les suivants :

- l'âgisme et les autres attitudes et convictions relatives aux aînés (p. ex., supposer que les aînés vivent un déclin mental);
- les stéréotypes et la discrimination, par exemple ceux liés à la racialisation^c, à l'ascendance autochtone, au statut d'immigrant, à l'orientation sexuelle, à l'invalidité, à l'identité et à l'expression sexuelles, au statut socioéconomique, et à la tare associée aux problèmes de santé mentale ou de toxicomanie;

- les attitudes et les stéréotypes relatifs aux familles (p. ex., supposer que toutes les familles sont aimantes et compatissantes ou, à l'opposé, supposer qu'un membre adulte de la famille qui vit avec un aîné l'exploite);
- les attitudes au sujet de l'indépendance, de la dépendance et de l'interdépendance au sein des relations;
- les attitudes et les perceptions relatives aux mauvais traitements et à la négligence (p. ex., tolérer ou justifier les mauvais traitements); ou
- des déséquilibres de pouvoir dans le cadre des relations entre l'aidant et l'aîné et la famille.

Parmi les ressources éducatives qui appuient la pratique réflexive, on peut citer les exemples suivants :

- *Relating to Old People Evaluation (ROPE)* (Cherry et Palmore, 2008). Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.nicenet.ca/tools>
- *BLI : Being least intrusive: An orientation to practice for front-line workers responding to abuse of aboriginal older adults* (Struthers et Neufeld, 2011). Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.nicenet.ca/tools>
- La ligne directrice de la RNAO intitulée *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence* (2007).
- *Opening the Closet on Aging* (Senior Pride Network, 2009). Cette brochure est disponible à l'adresse <http://www.rainbowhealthontario.ca/resources/database.cfm>
- *Improving the Lives of LGBT Older Adults* (LGBT Movement Advancement Project (MAP), & Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Elders (SAGE), 2010). Cette ressource est disponible à l'adresse <https://lgbtmap.org/improving-the-lives-of-lgbt-older-adults>

Stratégies efficaces pour aborder les comportements difficiles ou réactifs

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent savoir comment aborder les comportements difficiles ou réactifs. Bien que l'examen systématique des écrits n'ait pas trouvé d'études qui abordaient directement ce sujet, une prise en charge appropriée de ces comportements pourrait favoriser une meilleure qualité de soins et la sécurité des aînés et de ceux qui les entourent.

Parmi les ressources d'éducation qui appuient le contenu relatif aux comportements difficiles ou réactifs, on peut citer les exemples suivants :

- La ligne directrice de la RNAO intitulée *Stratégies de soins pour les aînés atteints de délire, de démence ou de dépression* (2010). Cette ligne directrice fournit des ressources et des stratégies pour la prise en charge de la démence (p. ex., musicothérapie, loisirs, soins spirituels, enrichissement sensoriel).
- *Le Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée* (2013) présente des approches de prise en charge des comportements difficiles liés à la démence (et, dans certains cas, à la santé mentale, à la toxicomanie ou à d'autres troubles), par exemple : Gentle Persuasive Approaches, « Putting the P.I.E.C.E.S. Together », U-First! et Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario. Ces renseignements sont disponibles à l'adresse www.longtermcaretaskforce.ca
- La ligne directrice de la RNAO intitulée *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints* (2012b). Cette ligne directrice fournit des recommandations et des outils (p. ex., listes de contrôle de la violence, interventions relatives au plan de sécurité, conseils permettant de calmer la situation) pour aider les personnes qui risquent de se faire du mal ou d'en faire à d'autres.

Encouragement d'un milieu de travail sain et sécuritaire et du bien-être personnel

Le groupe d'experts recommande que la totalité des infirmières, des autres prestataires de soins de santé et des superviseurs suivent une formation sur la manière d'encourager un milieu de travail sain et sécuritaire, ce qui comprend s'occuper de leur bien-être personnel. La RNAO (2014a) décrit un milieu de travail sain comme étant « un cadre de pratique qui maximise la santé et le bien-être des infirmières et des autres prestataires de soins de santé, les résultats en matière de qualité pour les patients et le rendement de l'organisation ». Parmi des exemples de contenu de la formation

à ces sujets, on peut inclure la création d'un climat de confiance et de coopération et l'identification de l'épuisement professionnel chez les aidants (Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, 2014). De plus, il est important de comprendre que le fait d'aborder les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence peut avoir des répercussions sur la santé émotionnelle et le bien-être du prestataire de soins de santé lui-même. L'éducation doit également inclure des ressources et des suggestions permettant de répondre à ces préoccupations.

De nombreuses organisations offrent des services de consultation au personnel par l'entremise du service des ressources humaines ou d'un programme d'aide aux employés. Veuillez consulter les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO intitulées « Healthy Work Environment » en tant que ressource permettant d'appuyer un milieu de travail sain et le bien-être personnel. Ces lignes directrices sont disponibles à l'adresse www.RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines

Contenu supplémentaire permettant de soutenir la formation obligatoire sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés

Le groupe d'experts suggère que les infirmières et les autres prestataires de soins de santé suivent une formation sur différents autres domaines afin d'appuyer un travail efficace de prévention et de résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. Selon l'établissement et l'éducation de base des apprenants, il pourrait s'avérer nécessaire d'inclure le contenu suivant dans la formation sur les mauvais traitements et la négligence, ou de le fournir par l'entremise d'autres programmes d'éducation :

- gérontologie et vieillissement normal;
- maladie d'Alzheimer et autres formes de démence;
- compétences culturelles;
- violence familiale, santé mentale et toxicomanie;
- déterminants sociaux de la santé; et
- stratégies de collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

RECOMMANDATION 5.3 :

Les établissements d'enseignement incorporent la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO intitulée *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* au curriculum pour les infirmières et, le cas échéant, les autres prestataires de soins de santé.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

L'intégration de la présente ligne directrice dans le curriculum pour les infirmières et les autres prestataires de soins de santé est une façon importante d'aider à prévenir et à résoudre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés. Une étude internationale effectuée au Canada et dans d'autres pays développés a constaté que le manque de formation représentait un obstacle à la reconnaissance et à la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, en partie parce que le sujet n'était pas inclus dans les programmes d'études standard ou intégré à l'obtention de titres de compétence professionnels (Podnieks et al., 2010). De plus, Curran, Barrett, Hollett, et Barrett (2009) recommandent l'introduction de contenu sur les mauvais traitements et la négligence dans les programmes d'études en sciences de la santé, en travail social et d'autres programmes universitaires pertinents. D'autres disciplines sociales ou de la santé pourraient incorporer le contenu de la présente ligne directrice dans les programmes d'études, à condition de l'adapter au champ d'activité de la discipline en question. Pour obtenir des renseignements sur le contenu éducatif recommandé, veuillez consulter les recommandations 5.1 et 5.2; pour des renseignements et des ressources supplémentaires sur la conception de programmes d'éducation efficaces, veuillez consulter la recommandation 5.4.

RECOMMANDATION 5.4 :

Pour aider les infirmières et les autres prestataires de soins de santé à acquérir des compétences en matière de prévention, d'identification et d'intervention relativement aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés, les programmes d'éducation sont conçus pour :

- tenir compte des attitudes, des connaissances et des compétences (niveau de données probantes = V);
- inclure des stratégies multimodales et interactives/participatives (niveau de données probantes = IV); et
- favoriser une approche pluridisciplinaire (niveau de données probantes = V).

Discussion des données probantes :

Pour prévenir et identifier les situations de mauvais traitements et de négligence envers les aînés et intervenir de façon efficace, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont besoin d'une éducation qui aborde les attitudes (p. ex., âgisme) et qui développe les connaissances (p. ex., concernant les types de mauvais traitements et de négligence) et les compétences (p. ex., communication efficace et utilisation d'outils de dépistage ou d'évaluation). L'éducation sur les mauvais traitements et la négligence décrite dans la littérature correspond mal à ces besoins. La formation existante a été décrite comme étant pleine d'anecdotes et inefficace (Podnieks et al., 2010), axée sur des techniques d'apprentissage passif (Jogerst, Daly, Dawson, Brinig, et Schmuck, 2003), et inadéquate et difficilement applicable (Schmeidel et al., 2012). La nécessité de suivre une formation qui aborde les attitudes, les connaissances et les compétences est appuyée par les besoins en apprentissage décrits plus haut dans la présente ligne directrice (veuillez consulter les recommandations 5.1 et 5.2).

Aborder les attitudes, les connaissances et les compétences et inclure des stratégies multimodales et interactives ou participatives

L'éducation qui aborde les attitudes, les connaissances et les compétences devrait inclure le recours aux stratégies multimodales et aux approches interactives. Lorsque c'est possible, l'éducation en personne est à privilégier par rapport aux documents écrits (Cooper et al., 2009; Richardson et al., 2002) et peut être complétée par une approche d'« apprentissage hybride » qui combine l'éducation en personne avec l'éducation à distance (Curran, Barrett, Hollett, et Barrett, 2009). Parmi les stratégies d'enseignement recommandées, on peut citer l'utilisation de films, de discussions et d'activités qui encouragent la pensée critique (Teresi et al., 2013). Les apprenants devraient également avoir des occasions de réfléchir aux complexités des mauvais traitements et de la négligence. Cela inclut des situations réalistes et des stratégies de prise en charge de situations difficiles (Dow et al., 2013), avoir le temps de discuter ouvertement de questions sensibles (Strumpel et Hackl, 2011) et recevoir une éducation qui offre un soutien émotif aux participants (Hsieh, Wang, Yen, et Liu, 2009). L'éducation devrait également être pragmatique et renforcer les connaissances pratiques (Schmeidel et al., 2012). Des outils pratiques, comme un guide de poche ou une brochure éducative pour les patients, peuvent améliorer l'apprentissage (Mills et al., 2012).

Parmi les ressources qui aident à l'élaboration de programmes d'éducation efficaces, on peut citer les exemples suivants :

- Le document *Educator's Resource: Integration of Best Practice Guidelines* (2005) publié par la RNAO fournit aux éducateurs les renseignements et les outils nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et évaluer la formation. Le contenu aborde notamment les principes de l'apprentissage chez les adultes, une description de différentes stratégies d'enseignement et des modèles de plans de leçons.
- *Identification of Best Practices to Educate and Train Health Professionals in the Recognition, Intervention and Prevention of Violence Against Older Persons* fournit un inventaire de plus de 71 ressources d'éducation et de formation. Les éducateurs sont encouragés à évaluer ces documents pour déterminer leur exactitude et leur pertinence pour leur secteur et leur territoire de compétence (Curran et al., 2009). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.gov.nc.ca/vpi/publications/vaop_final_report.pdf

Favoriser une approche pluridisciplinaire

Une approche pluridisciplinaire de l'éducation, dans laquelle différents professionnels participent ensemble à des programmes d'éducation, favorise une meilleure compréhension des rôles et des responsabilités, permet aux participants d'apprendre les uns des autres et améliore les services offerts aux aînés qui ont été victimes de mauvais traitements et de négligence (Curran et al., 2009). De plus, une éducation pluridisciplinaire qui ne limite pas la participation à ceux qui fournissent des soins directs renforce la formation à différents niveaux au sein d'une organisation (Teresi et al., 2013) Dans l'ensemble, une éducation pluridisciplinaire permet d'améliorer la collaboration, la pratique, la qualité et les soins axés sur les besoins des personnes (RNAO, 2013b).



Recommandations relatives aux politiques, à l'établissement et au système

6.0 POLITIQUES, ÉTABLISSEMENT ET SYSTÈME

RECOMMANDATION 6.1 :

Les organisations et les établissements établissent et soutiennent des équipes collaboratives afin de les aider à prévenir et à régler les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les équipes collaboratives jouent un rôle de premier plan pour la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. Pour être efficace, une approche intégrée est requise, ce qui peut inclure la collaboration et la coordination entre différents professionnels, services ou organismes (Curran et al., 2009).

Parmi les membres de l'équipe collaborative, selon la littérature et l'opinion du groupe d'experts, on peut citer les exemples suivants :

- services de protection des adultes;
- ecclésiastiques et chefs spirituels;
- leadership communautaire, par exemple le chef et le conseil de bande des communautés des Premières Nations;
- travailleurs communautaires;
- dentistes;
- défenseurs des droits en matière de violence familiale;
- services de santé mentale gériatrique;
- travailleurs non professionnels, aidants informels;
- infirmières gestionnaires;
- infirmières;
- aînés, familles, aidants;
- préposés aux services de soutien à la personne;
- médecins;
- policiers;
- procureurs, avocats;
- tuteurs publics;
- représentants des institutions financières;
- conseils de résidents^G et conseils familiaux^G (dans les établissements de soins de longue durée);
- travailleurs sociaux; et
- syndicats.

Les avantages des équipes collaboratives officielles composées de tels professionnels sont décrits dans la littérature. Par exemple, Lawrence et Banerjee (2010) ont constaté qu'une équipe de soutien à domicile composée d'une infirmière, d'une infirmière psychiatrique communautaire et d'une travailleuse sociale permettait d'améliorer la communication entre les membres du personnel, de favoriser le perfectionnement professionnel, la motivation et l'assurance, et d'améliorer la qualité globale des soins prodigués aux résidents d'établissements de soins de longue durée, ce qui contribue par le fait même à prévenir les mauvais traitements et la négligence. Parmi les autres avantages des équipes, on peut citer de meilleurs soins aux aînés, de l'aide pour les cas difficiles et une compréhension et une coopération accrues entre les membres de l'équipe (Teaster, Nerenberg, et Stansbury, 2003). Parmi les équipes collaboratives au Canada et aux États-Unis qui déclarent des résultats positifs, on peut citer une équipe d'évaluation de la négligence (Fulmer et al., 2003); un centre médico-légal sur les mauvais traitements envers les aînés (Wiglesworth, Mosqueda, Burnight, Younglove, et Jeske, 2006); une équipe d'évaluation à domicile composée d'une infirmière praticienne, d'un gériatre, d'un médecin et d'une travailleuse sociale (Heath, Kobylarz, Brown, et Castano, 2005); une équipe de PROJECT CARE composée de professionnels et d'auxiliaires (Nahmiash et Reis, 2000); une équipe d'intervention en cas de mauvais traitements envers les aînés (Groh et Linden, 2011); et une équipe de services de protection des adultes vulnérables (Mosqueda, Burnight, Liao, et Kemp, 2004). Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les équipes collaboratives, veuillez consulter la ligne directrice de la RNAO intitulée *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* (2013b). Pour une discussion de la protection de la vie privée et de la confidentialité qui est pertinente au travail au sein d'équipes collaboratives, veuillez consulter la recommandation 1.2.

Il existe également des données probantes qui appuient une approche d'équipe collaborative informelle et des équipes qui comprennent des membres non professionnels. Par exemple, selon Harbison et al. (2005), une collaboration informelle entre les travailleurs professionnels et non professionnels contribuait à combler des écarts existants dans le système de santé afin de fournir un soutien efficace et culturellement approprié aux aînés victimes de mauvais traitements et de négligence. La collaboration entre des personnes et des groupes variés fait partie intégrante d'une approche coordonnée d'intervention communautaire de la résolution des mauvais traitements et de la négligence. Pour obtenir des renseignements supplémentaires et des ressources relatives aux interventions communautaires coordonnées, veuillez consulter la recommandation 6.4.

RECOMMANDATION 6.2 :

Les organisations et les établissements établissent des politiques, des procédures et des soutiens qui permettent aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé de reconnaître les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, d'intervenir et, le cas échéant, de les déclarer.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les organisations et les établissements doivent fournir des politiques et des procédures claires, ainsi que des soutiens adéquats, afin de permettre aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé de reconnaître les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, d'intervenir et, le cas échéant, de les déclarer. Les organisations et les établissements devraient :

- fournir des directives aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé permettant de les guider dans l'utilisation des outils de dépistage ou d'évaluation, le cas échéant;
- élaborer et mettre en œuvre des politiques, des procédures, des rôles et des responsabilités clairs en matière d'intervention en cas de mauvais traitements et de négligence qui sont compatibles avec la loi et les normes professionnelles (cela pourrait inclure l'élaboration de procédures de déclaration);
- établir des politiques sans blâme pour les personnes qui déclarent des cas de mauvais traitements ou de négligence, lorsque cette déclaration est rendue obligatoire par une politique ou par la loi;
- établir et maintenir une culture qui aide les employés à améliorer la qualité des soins; et
- établir des politiques en matière d'éducation obligatoire et continue qui abordent le contenu de base décrit dans les recommandations 5.1 et 5.2.

Fournir des directives quant à l'utilisation des outils de dépistage ou d'évaluation

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont besoin de directives pour déterminer s'ils devraient utiliser des outils de dépistage et d'évaluation ou pas. C'est parce que l'utilisation d'outils est assortie d'avantages mais également d'inconvénients, que les données probantes pour justifier l'utilisation des outils ne sont pas concluantes et qu'il existe de nombreux outils (veuillez consulter la recommandation 1.3 et l'[annexe G](#)). Les organisations et les établissements devraient peser le pour et le contre des outils et déterminer leur pertinence pour le cadre de pratique. Ils devraient tenir compte du contexte d'utilisation de l'outil, ainsi que de son but, sa fiabilité, sa validité et sa facilité d'administration (Spencer, 2010). Étant donné la complexité des décisions relatives à l'utilisation d'outils, il pourrait être approprié de convoquer une équipe ou un groupe de travail pour soupeser les facteurs pertinents. Veuillez consulter le chapitre 2a de la *Trousse sur la marche à suivre: Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* (2012c) de la RNAO pour obtenir une discussion et un exemple de la manière dont une approche d'équipe pluridisciplinaire a été utilisée pour choisir un outil d'évaluation. Il faut noter qu'étant donné la complexité des mauvais traitements et de la négligence, un seul outil ne fournira peut-être qu'une évaluation incomplète et une gamme de méthodes ou d'outils d'évaluation pourrait s'avérer nécessaire (Cohen, 2011; Cohen et al., 2007; Fulmer et al., 2003; Sandmoe, 2007). Si la décision est prise de recourir à des outils, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé doivent suivre une formation suffisante sur la manière et le moment de les utiliser. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les outils d'évaluation ou de dépistage, veuillez consulter la recommandation 1.3 et l'[annexe G](#).

Développement et mise en œuvre de politiques, de procédures, de rôles et de responsabilités clairs

Lorsqu'ils examinent les manières d'intervenir lors de situations de mauvais traitements et de négligence envers les aînés, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont besoin d'un accès à des politiques et des procédures qui décrivent clairement leur rôle et leurs responsabilités. De nombreuses études ont constaté que les infirmières et les autres prestataires de soins de santé comprenaient mal les rôles et les responsabilités, y compris les responsabilités juridiques et la marche à suivre pour déclarer les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, et qu'ils ne possédaient pas suffisamment de connaissances à ce sujet (Almogue et al., 2010; Malmedal, Hammervold, et Saveman, 2009; Podnieks et al., 2010b; Saliga et al., 2004; Schmeidel et al., 2012). Les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux fournissent des normes de pratique professionnelle qui peuvent être utilisées pour guider l'élaboration de politiques et de procédures. Veuillez consulter l'[annexe I](#) pour obtenir un exemple d'arbre décisionnel, c'est-à-dire un outil utilisé pour guider les interventions appropriées en cas de mauvais traitements ou de négligence.

Les politiques et les procédures devraient :

- être compatibles avec la loi et les normes de pratique professionnelle;
- être présentées au personnel de façon explicite;
- fournir des instructions, des responsabilités et des coordonnées explicites, lorsque la déclaration est rendue obligatoire par la loi;
- décrire ce qu'il faut faire lorsque la déclaration est obligatoire;
- s'harmoniser avec les principes tels que ceux décrits dans la section Contexte de la présente ligne directrice; et
- être révisées et mises à jour pour refléter les pratiques exemplaires.

Établissement de politiques sans blâme pour les personnes qui déclarent des cas de mauvais traitements ou de négligence

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé, les aînés et leur famille ont besoin de politiques organisationnelles ou institutionnelles afin qu'il soit plus facile pour eux de déclarer les cas de mauvais traitements et de négligence. Il peut exister une certaine hésitation à parler franchement, même lorsque la déclaration est obligatoire (Almogue et al., 2010; Harbison et al., 2005; Ko et Koh, 2012; Malmedal et al., 2009; McCool, Jogerst, Daly, et Xu, 2009; Rodriguez, Wallace, Woolf, et Mangione, 2006; Saliga et al., 2004; Wong et Marr, 2002). Parmi les raisons clés pour lesquelles on ne parle pas, on peut citer la crainte de répercussions négatives, particulièrement lorsqu'un collègue est en cause dans un cas de mauvais traitements et de négligence (Malmedal et al., 2009) et l'incertitude relative à la protection pour les dénonciateurs (Ko et Koh, 2012). Les membres de la famille et les résidents peuvent également fermer l'œil sur les mauvais traitements et la négligence parce qu'ils craignent les répercussions, telles qu'une perte des privilèges de visite et les préoccupations quant à ce qui se passe une fois les membres de la famille partis (Spencer et al, 2008). Par conséquent, les organisations et les établissements doivent veiller à ce que les personnes qui déclarent les cas de mauvais traitements et de négligence, qu'il s'agisse de membres du personnel, de membres de la famille, de résidents ou d'autres personnes, soient protégées

Établissement et maintien d'une culture qui aide les employés à améliorer la qualité des soins

En plus d'une politique sans blâme pour les personnes qui déclarent les mauvais traitements, les organisations et les institutions devraient mettre l'accent sur le développement d'une culture qui aide le personnel à améliorer la qualité des soins. Les études ont indiqué que les modèles non punitifs adoptés pour la résolution des mauvais traitements et de la négligence dans les établissements de soins de longue durée s'avèrent efficaces pour motiver le personnel et améliorer la qualité des soins (Lawrence et Banerjee, 2010). Spencer et al. (2008) expliquent que les milieux compatissants, où il existe une attitude de soutien et non de blâme et où les personnes sont encouragées à parler des problèmes liés aux mauvais traitements et des besoins du personnel, des familles et des résidents, contribuent à aborder ouvertement les problèmes de mauvais traitements et de négligence plutôt qu'à permettre qu'ils soient ignorés ou minimisés. La ligne directrice de la RNAO *Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier (2^e édition)* (2013c) fournit des conseils sur la manière d'adopter des pratiques transformatrices en leadership qui s'harmonisent avec cette recommandation, telles que le développement de relations et de confiance, la création d'un milieu de travail habilitant et la création d'une culture qui soutient les soins de qualité supérieure.

Établissement de politiques d'éducation obligatoire et continue

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont besoin de suivre une formation officielle sur la manière de reconnaître les mauvais traitements et la négligence envers les aînés et d'intervenir de façon efficace. Le groupe d'experts recommande que les organisations et les établissements mettent en œuvre des politiques d'éducation obligatoire et continue afin de s'assurer que le personnel suit une formation suffisante et de renforcer l'assiduité et la responsabilisation. De plus, ces politiques seront plus faciles à maintenir si les organisations et les établissements veillent à ce que les employés bénéficient de temps réservé et soient payés lors de leur formation (veuillez consulter les recommandations 5.1 et 5.2).

RECOMMANDATION 6.3 :

Les établissements* adoptent une combinaison d'approches visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, y compris :

- en effectuant le dépistage d'employés potentiels, l'embauche des employés les plus qualifiés et une supervision et une surveillance appropriées au travail;
- en obtenant des niveaux de personnel appropriés;
- en fournissant une formation obligatoire à tous les employés;
- en soutenant les besoins des personnes atteintes de déficits cognitifs, y compris celles qui ont des comportements réactifs;
- en respectant les droits des résidents;
- en établissant et en maintenant des soins axés sur la personne et un milieu de travail sain; et
- en renseignant les aînés et leurs familles sur les mauvais traitements et la négligence ainsi que sur leurs droits, et en établissant une marche à suivre pour les plaintes et l'amélioration de la qualité.

*Remarque : la recherche incluse dans cette discussion des données probantes fait principalement référence aux établissements de soins de longue durée, mais selon le groupe d'experts, ces recommandations s'appliquent également à de nombreux établissements de santé sur le continuum des soins.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les mauvais traitements et la négligence en milieu institutionnel constituent un problème complexe à multiples volets, dont la prévention nécessite une combinaison de stratégies à différents niveaux (McDonald et al., 2012; Spencer, 2006). Le tableau 5 fournit une vue d'ensemble des facteurs et des conditions qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence dans les établissements.

Deux rapports détaillés présentent une approche sur plusieurs fronts de la prévention des mauvais traitements et de la négligence en milieu institutionnel. Le Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée (2013) aborde les facteurs à différents niveaux dans les établissements de soins de longue durée qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence, et il identifie 18 mesures qui peuvent être prises pour prévenir les mauvais traitements et la négligence dans ces établissements. De plus, Spencer et al. (2008) décrivent différentes catégories de prévention des mauvais traitements et de la négligence. Ces catégories comprennent des mécanismes généraux visant à assurer la qualité générale des soins, des mécanismes qui mettent l'accent sur le personnel avant l'embauche et en cours d'emploi, la surveillance, des mécanismes pour identifier les problèmes ou les préoccupations et intervenir, et les mécanismes pour habiliter les résidents. Les stratégies de prévention décrites dans la présente recommandation sont fondées sur les rapports susmentionnés, ainsi que sur des ouvrages contextuels qui décrivent les facteurs et les conditions qui ont un lien avec les mauvais traitements et la négligence en milieu institutionnel.

Tableau 5 : Facteurs et conditions qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence dans les établissements

FACTEURS ORGANISATIONNELS
<ul style="list-style-type: none">■ nombre inadéquat d'employés ou combinaison inappropriée d'employés^g pour répondre aux besoins des résidents■ personnel qui n'a pas suivi une formation adéquate (p. ex., aucune formation en soins de la démence, personnel temporaire)■ rationnement des fournitures■ culture ou régime de l'établissement (p. ex., heures de coucher fixes, soins à la chaîne)■ manque de supervision■ encombrement ou congestion
FACTEURS RELATIFS AU PERSONNEL
<ul style="list-style-type: none">■ épuisement professionnel/émotif/physique■ personnel n'ayant aucune autonomie■ stress personnel, par exemple pour une personne qui fait « deux quarts de travail » (c.-à-d. prodiguer des soins au travail et à la maison)■ abus d'alcool ou de drogues■ historique personnel de mauvais traitements■ attitudes : âgisme, tolérance des mauvais traitements et de la négligence
FACTEURS RELATIFS AU RÉSIDENT
<ul style="list-style-type: none">■ dépendance fondée sur des limitations physiques■ difficultés à communiquer■ déficits cognitifs■ isolement physique ou social (p. ex., peu de visiteurs, aucune implication de la part de la famille)
<p>(Buzgova et Ivanova, 2009; Goergen, 2004; Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013; McDonald et al., 2012; Phillips et Ziminski, 2012; Shinan-Altman et Cohen, 2009; Spencer, 2006; Spencer et al., 2008)</p>

Sélection des employés potentiels, embauche des employés les plus qualifiés et supervision et surveillance appropriées au travail

Les facteurs de risque pour les mauvais traitements et la négligence envers les aînés comprennent des problèmes relatifs au personnel, par exemple des employés qui ne disposent pas de qualifications, de formation et de supervision suffisantes (Goergen, 2004; Spencer et al., 2008). Le dépistage auprès des employés potentiels avant l'embauche (y compris la vérification des antécédents criminels) et l'embauche des employés les plus qualifiés seulement sont des façons proposées pour contribuer à la prévention des mauvais traitements et de la négligence (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013; Spencer et al., 2008). Une fois que les employés sont embauchés, ils devraient faire l'objet d'une supervision et d'une surveillance continue, ce qui inclut de contrôler les employés qui travaillent par eux-mêmes (Goergen, 2004) et de surveiller leurs compétences (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013).

Obtenir des niveaux de personnel appropriés

Des niveaux inappropriés de personnel et un manque de personnel qualifié ont été associés à un risque accru de mauvais traitements et de négligence (Buzgova et Ivanova, 2009; Goergen, 2004; Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013; Phillips et Ziminski, 2012). Plus spécifiquement, Goergen (2004) a constaté que des niveaux de personnel peu élevé et un nombre inapproprié de résidents par infirmière autorisée faisaient augmenter les risques de mauvais traitements. De même, Phillips et Ziminski (2012) ont découvert qu'un personnel inadéquat était associé à une incidence plus élevée de négligence. Dans l'ensemble, des niveaux appropriés de personnel de soins directs permettent de tenir compte des besoins complexes en matière de soins et d'améliorer la qualité des soins; cela constitue également une approche importante de la réduction des cas de mauvais traitements et de négligence (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013).

Étant donné la variabilité et la complexité des cadres de pratique, il est difficile d'établir des normes universelles relatives au nombre d'employés ou au nombre de patients par infirmière (Harris et McGillis Hall, 2012). Il existe toutefois des niveaux de personnel recommandés pour certains secteurs. Par exemple, la RNAO (2014c) affirme que « des normes de soins minimales prescrites par la loi et fondées sur les données probantes devraient être adoptées dans les établissements de soins de longue durée, y compris un financement pour une moyenne d'au moins 4 heures de soins infirmiers par résident par jour et d'au moins 0,59 heure de soins prodigués par une infirmière autorisée par résident par jour; les cas plus aigus nécessitant un nombre plus élevé d'heures de soins » (p. 6).

Les ressources suivantes offrent des recommandations et des outils pour la prise de décisions relatives à la combinaison d'employés et à un nombre approprié d'employés :

- *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité* propose un cadre permettant de déterminer la combinaison appropriée de prestataires de soins de santé pour offrir des soins de qualité sécuritaires, qui peut être appliqué à n'importe quel milieu clinique (AIC, 2012). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/KnowledgeFeature/StaffMix/Staff_Mix_Framework_2012_f.pdf
- La ligne directrice de la RNAO *Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practices* (2007) fournit des outils décisionnels et des recommandations en matière de pratiques exemplaires pour les organisations, les systèmes de santé, les organismes d'accréditation et les gouvernements.

Prestation d'une formation obligatoire à tous les employés

Pour obtenir une discussion des pratiques en matière de formation obligatoire, veuillez consulter la recommandation 6.2. Pour obtenir une description de l'éducation obligatoire recommandée, veuillez consulter les recommandations 5.1 et 5.2.

Soutien des besoins des personnes atteintes de déficits cognitifs, y compris celles qui ont des comportements réactifs

Les aînés qui ont des besoins spécialisés, par exemple ceux qui sont atteints de déficits cognitifs ou qui manifestent des comportements réactifs, doivent être soignés de façon appropriée pour assurer leur sécurité et la sécurité des personnes qui les entourent. Des études émergentes dans le domaine des comportements agressifs entre résidents soulignent la

nécessité pour le personnel de suivre une formation sur la gestion des comportements réactifs (Allen, Kellett, et Gruman, 2003; Snellgrove, Beck, Green, et McSweeney, 2013), de la modification de l'environnement (p. ex., réduire l'encombrement), de fournir des soins axés sur les besoins de la personne (Pillemer et al., 2011) et d'assurer des niveaux adéquats de personnel et de ressources pour surveiller le comportement des résidents (Allen et al., 2003). De plus, le Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée (2013) recommande que les établissements de soins de longue durée soient dotés d'unités spécialisées avec un personnel suffisant et d'employés possédant des compétences spécialisées pour s'occuper des résidents qui ont des besoins élevés. De plus, il devrait y avoir une évaluation continue de la pertinence des placements dans les établissements de soins de longue durée et des transferts devraient être organisés s'il est possible de mieux répondre aux besoins des résidents à un autre endroit (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013). Différentes ressources sont disponibles pour soutenir les besoins de personnes qui sont atteintes de déficits cognitifs ou qui manifestent des comportements réactifs (veuillez consulter la recommandation 5.2).

Respecter les droits des résidents

Les organisations devraient établir une culture généralement positive pour les résidents et les employés afin de prévenir les mauvais traitements et la négligence. Cela inclut l'établissement et la communication claire des droits des résidents (Buzgova et Ivanova, 2009; Spencer et al., 2008). Buzgova et Ivanova (2009) suggèrent que les politiques peuvent faire respecter les droits des résidents et peuvent donc contribuer à une culture organisationnelle qui respecte les principes d'éthique.

Voici des exemples de déclarations des droits des résidents :

- *Droits de la résidente et du résident : Déclaration des droits des personnes qui vivent dans des foyers de soins de longue durée en Ontario* (ACE et Éducation juridique communautaire Ontario, 2008). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.cleo.on.ca/sites/default/files/book_pdfs/fr_evres.pdf
- *British Columbia – Resident's Bill of Rights* (Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2009). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.health.gov.bc.ca/ccf/pdf/adultcare_bill_of_rights.pdf

Établissement et maintien de soins axés sur la personne et d'un milieu de travail sain

De même, une approche axée sur les besoins de la personne, qui reconnaît et respecte le caractère unique de chaque aîné, est recommandée pour contribuer à prévenir les mauvais traitements et la négligence; les organisations devraient d'ailleurs développer une culture de soutien pour les employés (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013; Spencer et al., 2008) Un milieu de travail sain qui reconnaît l'importance du bien-être émotionnel des employés peut tenir compte de facteurs importants qui contribuent aux mauvais traitements et à la négligence par le personnel (veuillez consulter le tableau 5). Pour créer une telle culture, le Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée (2013) recommande le développement des capacités des administrateurs et des employés. Les ressources suivantes sont fournies à l'appui de cette recommandation :

- La ligne directrice du RNAO *Soins axés sur les besoins du client* (2006) fournit des renseignements supplémentaires sur les soins axés sur les besoins de la personne.
- Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO sur les milieux de travail sains fournissent des ressources sur l'établissement de milieux de travail sains. Ces lignes directrices sont disponibles à l'adresse www.RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines

Éducation des aînés et leurs familles sur les mauvais traitements et la négligence ainsi que sur leurs droits, et établissement d'une marche à suivre pour les plaintes et l'amélioration de la qualité

Une autre stratégie de prévention consiste à habilitier les résidents et leur famille grâce à l'éducation, aux conseils de résidents et aux conseils familiaux, et aux procédures de déclaration des préoccupations (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013; Spencer et al., 2008). L'éducation pour les résidents et les familles pourraient inclure la sensibilisation aux problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence (p. ex., types, signes et facteurs contribuant au problème), aux droits des résidents et aux stratégies de prise en charge des comportements réactifs

(veuillez consulter la recommandation 3.2). Dans un établissement de soins de longue durée, le recours aux conseils de famille peut également contribuer à la prévention des mauvais traitements et de la négligence (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013; Spencer et al., 2008). Les résidents et leur famille peuvent se sentir habilités s'ils savent qui appeler lorsqu'ils ont des questions ou des plaintes (Spencer et al., 2008) et s'ils ont l'occasion de faire des propositions et des suggestions sur des problèmes relatifs aux soins par l'entremise de mécanismes tels que des évaluations de la satisfaction des familles et des résidents (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013). Un suivi approprié est également nécessaire concernant les préoccupations soulevées.

RECOMMANDATION 6.4 :

Les organisations et les établissements auxquels on a confié un mandat de prévention et de promotion de la santé dirigent des initiatives visant à prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les aînés ou y participent.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les organisations et les établissements qui ont des mandats de prévention et de promotion de la santé sont en bonne position pour jouer un rôle actif dans la prévention des mauvais traitements et la négligence envers les aînés. Cela inclut :

- élaborer des programmes de sensibilisation et d'éducation du public,
- tenir compte des déterminants sociaux de la santé,
- appuyer les approches « respectueuses de l'âge », et
- participer à des interventions communautaires coordonnées.

Élaboration de programmes de sensibilisation et d'éducation du public

La sensibilisation et l'éducation du public sont importantes pour la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. Podnieks et al. (2010) ont procédé à une analyse environnementale mondiale des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés et ils ont constaté que dans les pays développés, une meilleure sensibilisation était l'un des changements les plus importants permettant de résoudre de façon efficace les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence. Les résultats de groupes de discussion soulignent également l'importance d'augmenter la sensibilisation et l'éducation dans la collectivité. Parmi les stratégies proposées, on peut citer les campagnes médiatiques; la publication d'annonces dans les lieux de rassemblement communautaire comme les pharmacies, les églises et les bureaux de poste; l'éducation des aidants; l'éducation sur la démence; et des programmes multigénérationnels qui favorisent le respect pour les aînés (Begley et al., 2012).

Un vaste éventail de programmes d'éducation et de sensibilisation du public ont été développés au Canada et dans le reste du monde. Les publics visés comprennent notamment les aînés eux-mêmes, les aidants naturels, les jeunes, le grand public et des secteurs spécifiques. Par exemple, les communautés spirituelles ont été identifiées comme secteur très prometteur pour la sensibilisation et le soutien des aînés (Podnieks et Wilson, 2003; Podnieks et Wilson, 2004; Proehl, 2012). Pour obtenir un exemple de programme d'éducation publique, veuillez consulter « *It's Not Right!* »— *Neighbours, Friends and Families for Older Adults* (Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children, 2014). Des renseignements sur ce programme sont disponibles à <http://itsnotright.ca/>. Un exemple d'approches intergénérationnelles de la sensibilisation et de l'éducation du public est disponible à l'adresse <http://www.intergenerational.ca/>

Bien que de nombreux programmes et services d'éducation soient disponibles, seuls quelques-uns d'entre eux ont été publiés ou évalués avec rigueur. Plusieurs documents tentent de combler cette lacune en dressant un catalogue des programmes existants et en les décrivant. Pour obtenir des renseignements supplémentaires que de tels programmes et services, veuillez consulter les ressources suivantes :

- *Outlook 2007 Promising Approaches in the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings in Canada* (Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés, 2007). Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.cnpea.ca/Promising%20Approaches%20Final%20%202007.pdf>
- *An Environmental Scan of Abuse and Neglect of Older Adults in Canada: What's Working and Why?* (Beaulieu, Gordon, et Spencer, 2003). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.seniorscouncil.net/uploads/files/For_Service_Providers/Senior%20Abuse%20Enviromental%20Scan.pdf
- *Identification of best practices to educate and train health professionals in the recognition, intervention and prevention of violence against older persons* (Curran et al., 2009). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.gov.nf.ca/vpi/publications/vaop_final_report.pdf

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé comprennent des facteurs, tels qu'un faible revenu et l'exclusion sociale, associés à la vulnérabilité et aux risques de mauvais traitements et de négligence. Podnieks et al. (2010a) ont mené une enquête internationale pour comprendre la nature des mauvais traitements et la réaction à ceux-ci dans différents pays du monde entier. Les résultats ont indiqué que l'isolement social était un facteur important qui contribuait aux mauvais traitements. De plus, Begley et al. (2012) ont découvert que le maintien de liens avec les amis et la famille revêtait une importance primordiale pour les aînés. Ce besoin de relations comprenait l'accès au transport, pour permettre à l'aîné de maintenir son autonomie et, par exemple, d'aller chercher sa propre pension et de fréquenter des programmes sociaux et éducatifs. Dans le cas de personnes qui ne peuvent pas quitter leur domicile, les relations proviennent de visites à domicile faites par les églises, les infirmières de santé publique ou des bénévoles. Pour obtenir une explication de l'association entre les déterminants sociaux de la santé et la vulnérabilité aux mauvais traitements et la négligence envers les aînés, veuillez consulter Podnieks (2006).

Bien que d'autres recherches soient requises pour examiner les liens entre les déterminants sociaux de la santé et les mauvais traitements et la négligence envers les aînés (veuillez consulter la section Lacunes relatives à la recherche et implications futures), on reconnaît généralement que le fait d'aborder les déterminants sociaux de la santé est une bonne stratégie en matière de prévention et de résolution des problèmes de santé et sociaux (Agence de santé publique du Canada, 2001). Cela nécessite une approche exhaustive qui applique des stratégies de promotion de la santé, telles que le renforcement des actions communautaires, l'élaboration de politiques publiques saines, la création d'environnements qui sont d'un grand soutien, le développement de compétences personnelles et la réorientation des services de santé la (Agence de santé publique du Canada, 2001).

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la manière d'aborder les déterminants sociaux de la santé, veuillez consulter les ressources suivantes :

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé : <http://nccdh.ca/fr/>
- Agence de santé publique du Canada : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/public-health-topics/social-determinants-of-health/>
- Organisation mondiale de la Santé : http://www.who.int/social_determinants/fr/
- *Social Determinants of Health: The Canadian Facts* (Mikkonen et Raphael, 2010). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
- Health Providers Against Poverty: <http://www.healthprovidersagainstopoverty.ca/Primary%20Care%20Toolkits>

Soutien d'approches amies des aînés

Le mouvement pour des villes ou des communautés amies des aînés est un exemple d'approche qui aborde les déterminants sociaux de la santé et qui pourrait contribuer à la prévention et à la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés qui vivent dans la communauté. Selon l'Agence de santé publique du Canada (2012a), « Au sein d'une collectivité-amie des aînés, les politiques, les services et les structures liés à l'environnement physique et social sont conçus de façon à permettre aux personnes âgées de "vieillir activement", soit de vivre en sécurité, de bénéficier d'une bonne santé et de continuer à participer pleinement à la société. »

Des renseignements supplémentaires sur les communautés et les villes amies des aînés sont disponibles sur les sites Web suivants :

- Collectivités-amies des aînés au Canada : Guide de mise en œuvre à l'échelon de la collectivité et boîte à outils de l'Agence de santé publique du Canada : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/afc-caa/guide/index-fra.php>
- *Global Network of Age-friendly Cities and Communities* de l'OMS : http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/

Participation à des interventions communautaires coordonnées

Dans le cadre d'interventions communautaires coordonnées, les groupes et les particuliers collaborent pour réaliser un but commun, celui de prévenir et de résoudre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés. Cette approche a pour but de renforcer les réseaux, de réduire la duplication, de combler les lacunes dans les services et de répondre aux besoins des collectivités. Les stratégies peuvent comprendre l'éducation et la sensibilisation, l'encouragement de l'engagement social des aînés, la défense des droits et l'intervention (Alberta Council of Women's Shelters, 2011).

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les interventions communautaires coordonnées, veuillez consulter les ressources suivantes :

- Réseaux locaux sur les mauvais traitements envers les aînés (veuillez consulter l'**annexe J**)
- Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) <http://www.nicenet.ca/tools-ccr-coordinated-community-response-to-abuse-of-seniors-a-whole-community-approach>
- *Abuse of Older Adults: Guidelines for Developing Coordinated Community Response Models* (Alberta Council of Women's Shelters, 2011). Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.acws.ca/sites/default/files/AbuseofOlderAdultsReport.pdf>

RECOMMANDATION 6.5 :

Les organisations et les établissements identifient et éliminent les obstacles auxquels les aînés et leurs familles pourraient faire face lorsqu'ils tentent d'accéder à de l'information et à des services relatifs aux mauvais traitements et à la négligence.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Il est important que ceux qui ont besoin d'information et de services puissent y accéder librement. Les aînés font face à des obstacles lorsqu'ils recherchent des ressources et des interventions qui visent à prévenir et à résoudre les mauvais traitements et la négligence. Parmi ces obstacles, on peut citer les problèmes linguistiques et culturels, la littératie, la honte, le manque de mobilité, le manque de financement et une connaissance insuffisante d'Internet (ou un manque d'accès à celui-ci) (Podnieks et al., 2010a). Un manque d'accès à des lieux de réunion constitue également un obstacle important pour les aînés qui ont besoin de soutien (Wolf, 2001).

Le groupe d'experts recommande également que les organisations et les établissements soient sensibles aux aînés qui peuvent faire l'objet de discrimination ou d'exclusion sociale et qu'ils augmentent leur accessibilité. Parmi les exemples de tels groupes, on peut citer les personnes des Premières Nations, les Inuits et les Métis, les personnes âgées lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transsexuelles ou transgenres, les nouveaux immigrants, les réfugiés, les personnes atteintes d'un handicap ou d'un déclin cognitif, et les aînés qui présentent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Si les prestataires de soins de santé et les autres membres du personnel sont sensibles et accueillants, les aînés ont plus de chances d'accéder aux ressources dont ils ont besoin.

Des renseignements supplémentaires sur l'élimination des obstacles sont disponibles dans les documents qui se trouvent sur les sites Web suivants :

- *Outil d'évaluation des politiques et programmes en matière de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées* (Groupe de travail sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées, 2008). Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.seniors.gov.on.ca/fr/elderabuse/docs/ElderAbuse_French_web.pdf
- *National Strategy to Prevent Abuse in Inuit Communities and Sharing Knowledge, Sharing Wisdom: A Guide to the National Strategy* (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006). Cette ressource est disponible à l'adresse http://pauktuutit.ca/wp-content/blogs.dir/1/assets/InuitStrategy_e.pdf
- *Promising Approaches for Addressing/Preventing Abuse of Older Adults in First Nations* (Struthers, Martin, et Leaney, 2009). Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.bccrns.ca/WebLibrary/General/Resources/First%20Nations/Public20130425160252.pdf>

RECOMMANDATION 6.6 :

Les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des soins infirmiers fournissent des renseignements exacts sur les lois et les obligations dans leur territoire de compétence qui sont pertinentes pour les mauvais traitements et la négligence envers les aînés dans le continuum des soins.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les infirmières n'ont pas toujours facilement accès à l'information sur les lois et les obligations lorsqu'elles en ont le plus besoin. Les organismes de réglementation des soins infirmiers, dans le cadre de leur rôle consistant à veiller à ce que le public bénéficie de soins sécuritaires et éthiques prodigués par des infirmières autorisées qualifiées et compétentes (AIIIC, 2014c), sont les organismes les plus aptes à fournir des renseignements exacts, à jour et complets sur les lois et les obligations que les infirmières autorisées doivent respecter pour s'acquitter de leurs responsabilités juridiques et professionnelles. C'est important, parce que les lois et les obligations qui concernent les mauvais traitements et la négligence envers les aînés varient d'un territoire de compétence à l'autre au Canada et sont sujettes à modification. Le contenu pourrait inclure, par exemple :

- des renseignements sur des lois particulières qui pourraient être pertinentes, c'est-à-dire lois sur la protection des adultes ou des personnes prise en charge, lois sur la déclaration (p. ex., établissements de soins de longue durée), lois sur la violence familiale, lois sur la liberté d'information et la protection de la vie privée, lois sur les droits de la personne;
- le consentement éclairé;
- la capacité mentale;
- la prise de décisions au nom d'autrui (directives personnelles, procurations, tuteur/fiduciaire); et
- la planification préalable des soins.

L'AIC fournit une liste des organismes de réglementation au Canada (AIC, 2014d). Pour obtenir un exemple d'un organisme de réglementation des soins infirmiers qui a pris des mesures pour incorporer du contenu de nature juridique, comme le consentement et la prise de décisions au nom d'autrui, veuillez consulter les modules d'apprentissage de l'OIIO et son programme *Abuse Prevention: One Is One Too Many*. Ces renseignements sont disponibles aux adresses <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/learning-modules/> et <http://www.cno.org/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/abuse-prevention/>

RECOMMANDATION 6.7 :

Les gouvernements consacrent des ressources pour prévenir et résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Cette recommandation met l'accent sur une description du soutien requis pour la mise en pratique des autres recommandations contenues dans le présent document. Bien que la suggestion d'une gamme complète de recommandations à l'intention des gouvernements visant la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence dépasse la portée du présent document, il est important de reconnaître que les gouvernements ont l'obligation de respecter et de protéger les droits de la personne de leurs citoyens. Cela inclut le fait de protéger le droit à la santé et au bien-être des aînés par l'entremise de systèmes, de services et de politiques sociales et en matière de santé appropriés (Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies, 2008; Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies, 2014).

Les gouvernements peuvent contribuer à la prévention et à la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés des façons suivantes :

- en veillant à ce que le financement et les ressources humaines soient suffisants,
- en assurant une surveillance et une responsabilisation appropriées des établissements pour assurer la sécurité et la qualité des soins, et
- en abordant les problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé afin de réduire la vulnérabilité des aînés aux mauvais traitements et à la négligence.

Veiller à ce que le financement et les ressources humaines soient suffisants

Le risque de mauvais traitements et de négligence envers les aînés a un lien étroit avec un financement insuffisant des services de santé dans les établissements (p. ex., un nombre d'employés qualifiés insuffisant pour répondre aux besoins complexes des aînés qui résident dans un établissement de soins de longue durée) et des services de santé et sociaux dans la communauté (veuillez consulter la recommandation 6.3). Les gouvernements doivent obtenir suffisamment de ressources économiques et humaines, parce que les longues heures de travail, les charges de travail lourdes et la pénurie de personnel ont un effet défavorable sur la sécurité des clients (RNAO, 2011). On demande de plus en plus de fournir un financement suffisant et durable pour obtenir un nombre d'employés adéquat et pour des programmes visant à aborder les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence (Jogerst, Daly, et Ingram, 2001). De plus, un manque de financement adéquat empêche les pays de faire progresser les programmes et les initiatives, de les mettre en œuvre et de les améliorer (Podnieks et al., 2010a).

Assurer une surveillance et une responsabilisation appropriées

Les gouvernements doivent veiller à ce que les établissements qui s'occupent des aînés fournissent des soins sécuritaires et de qualité. Les gouvernements devraient examiner et mettre en œuvre les pratiques exemplaires en matière de surveillance et de responsabilisation dans les établissements qui s'occupent d'aînés vulnérables. Deux approches qui

pourraient fournir une protection supplémentaire aux aînés vulnérables sont les inspections non programmées, ou « vérifications ponctuelles » (Begley et al., 2012; Spencer, 2006) et la déclaration publique des inspections (Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée, 2013). Pour obtenir des recommandations plus exhaustives pour les gouvernements, veuillez consulter *National snapshot: Preventing abuse and neglect of older adults in institutions* (Spencer et al., 2008) et le Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée (2013).

Déterminants sociaux de la santé

Les circonstances qui ont un lien avec les déterminants sociaux de la santé, comme le manque de réseaux de soutien social (qui est souvent une conséquence, notamment, du manque de transport), la pauvreté et une faible scolarisation, ont été associées à une vulnérabilité accrue aux mauvais traitements et à la négligence (Podnieks, 2006). De plus, les déterminants sociaux de la santé comprennent des facteurs plus larges au niveau du système, tels que les politiques sociales et en matière de santé et la prestation du système de soins de santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008), qui pourraient influencer la vulnérabilité des aînés aux mauvais traitements et à la négligence (veuillez consulter la figure 1). Bien qu'aucune recherche sur les déterminants sociaux de la santé qui sont spécifiques aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés n'a été découverte dans la recension systématique des écrits (veuillez consulter la section Lacunes relatives à la recherche et implications futures), l'importance d'aborder les déterminants sociaux de la santé pour aborder au niveau du gouvernement les problèmes sociaux et en matière de santé complexes est bien établie (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). De nombreux rapports fournissent des lignes directrices aux gouvernements pour leur permettre d'aborder les déterminants sociaux de la santé de façons qui pourraient réduire la vulnérabilité aux mauvais traitements et à la négligence.

Parmi les documents qui fournissent des lignes directrices et qui décrivent les responsabilités du gouvernement relativement à ces problèmes, on peut citer les exemples suivants :

- OMS : *Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final*. Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- OMS : *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf?ua=1
- Conseil consultatif national sur le troisième âge : *Aînés en marge : Vieillir pauvre au Canada*. Cette ressource est disponible à l'adresse <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-5-3-2005F.pdf>
- Comité sénatorial spécial sur le vieillissement : *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*. Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-f.pdf>
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : *Pauvreté, logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion*. Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/citi/rep/rep02dec09-f.pdf>

RECOMMANDATION 6.8 :

Les infirmières, les autres prestataires de soins de santé et les intervenants clés (p. ex., associations professionnelles, organisations de soins de santé, groupes de défense des droits) préconisent des changements au niveau des politiques, de l'organisation et du système, y compris la disponibilité des ressources nécessaires, pour prévenir et résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le groupe d'experts recommande que les infirmières, les autres prestataires de soins de santé, les intervenants qui ont des mandats de défense des droits, comme les associations de professionnels en soins infirmiers, ainsi que d'autres groupes, contribuent à la prévention et à la résolution des mauvais traitements et à la négligence envers les aînés grâce à leurs efforts de défense des droits. Selon l'AIIC :

La défense des droits nécessite d'impliquer d'autres personnes, de se faire entendre et de mobiliser les données probantes pour influencer les politiques et la pratique. Elle signifie d'élever la voix contre l'iniquité et l'inégalité. Elle consiste à participer, directement et indirectement, à des processus politiques et reconnaît les rôles importants des données probantes, du pouvoir et de la politique pour faire avancer les options en matière de politiques (AIIC, 2014a).

Les efforts de défense des droits peuvent comprendre, par exemple, faire la promotion de politiques publiques saines, préconiser des changements dans les systèmes de santé, renforcer les politiques organisationnelles et soutenir des études supplémentaires sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés. D'autres efforts pourraient mettre l'accent sur un plaidoyer pour les ressources requises pour une prévention et une résolution efficaces des mauvais traitements et de la négligence, par exemple un financement suffisant pour assurer des niveaux de personnel suffisants dans les établissements ou pour fournir des programmes de prévention des mauvais traitements et de la négligence dans la collectivité.



Lacunes relatives à la recherche et implications futures

En examinant les données probantes pour la ligne directrice, la RNAO et le groupe d'experts ont cerné des domaines prioritaires pour la recherche (voir le tableau 6). Ces domaines sont classés dans quelques groupes généraux, à savoir la pratique professionnelle, les résultats et la recherche sur le système de santé.

Tableau 6 : Domaines prioritaires pour la pratique professionnelle, les résultats et la recherche dans le système de santé

CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
Recherche sur la pratique	Implications et résultats du dépistage des mauvais traitements et de la négligence chez les aînés.
	Éléments nécessaires d'une évaluation de la sécurité et d'un plan de sécurité pour les aînés qui courent le risque de faire l'objet de mauvais traitements et de négligence ou qui en sont victimes.
	Interventions efficaces pour les aînés qui courent le risque de faire l'objet de mauvais traitements et de négligence ou qui en sont victimes
Recherche sur les résultats	Programmes éducatifs qui parviennent à prévenir et à résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, réservés aux infirmières et à d'autres prestataires de soins de santé.
	Programmes communautaires qui parviennent à prévenir et à résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.
	Résultats du travail de prestataires de soins de santé au sein d'équipes pluridisciplinaires et intersectorielles pour la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.
Recherche relative au système de santé	Prévention efficace du comportement agressif entre les résidents au niveau de l'organisation et du système.
	Les avantages et les inconvénients de regrouper des personnes qui présentent des défis cognitifs et comportementaux dans un endroit désigné (p. ex., une unité de démence désignée dans un établissement de soins de longue durée).
	Politiques organisationnelles et gouvernementales qui affectent la vulnérabilité des aînés aux mauvais traitements et à la négligence.
	La structure du système de santé et les modèles de prestation des soins qui affectent la vulnérabilité des aînés aux mauvais traitements et à la négligence.
	L'influence des déterminants de la santé sur la vulnérabilité des aînés aux mauvais traitements et à la négligence.
	L'efficacité d'aborder les déterminants sociaux de la santé comme moyen de prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.

Bien qu'elle ne soit pas complète, cette liste constitue une tentative d'identifier et de classer la recherche requise dans ce domaine. Bon nombre de nos recommandations sont fondées sur les données probantes quantitatives et qualitatives issues de la recherche. D'autres recommandations sont fondées sur les opinions d'experts ou sur des sources tirées de la littérature grise. D'autres recherches de fond seront requises pour valider certaines de ces recommandations. De meilleures données probantes mèneront à une amélioration de la pratique professionnelle et des résultats pour les aînés qui risquent d'être victimes de mauvais traitements et de négligence ou qui en sont victimes.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de la ligne directrice au chevet du patient est multidimensionnelle et stimulante à tous les niveaux : la sensibilisation aux lignes directrices et leur distribution ne suffisent pas à convaincre les gens de changer leur pratique. Les lignes directrices doivent être adoptées pour chaque établissement de manière systématique et participative, afin de s'assurer que les recommandations conviennent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et Hoek, 2013). La *Trousse : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)* (2012c) de la RNAO procure un processus fondé sur les données probantes qui permet d'y parvenir.

La *Trousse* est fondée sur les données émergentes indiquant que l'adoption réussie des pratiques exemplaires dans les soins de santé est plus probable dans les situations suivantes :

- les dirigeants de tous les niveaux se sont engagés à appuyer la mise en œuvre de la ligne directrice;
- les lignes directrices à mettre en œuvre sont sélectionnées dans le cadre d'un processus systématique et participatif;
- les intervenants concernés par la ligne directrice sont identifiés et participent à la mise en œuvre;
- la préparation environnementale est évaluée avant la mise en œuvre des lignes directrices;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles à l'utilisation de la ligne directrice et les éléments qui en facilitent l'utilisation sont évalués et abordés;
- des interventions visant à favoriser l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la ligne directrice est surveillée et soutenue systématiquement;
- l'évaluation des répercussions de la ligne directrice est intégrée au processus;
- des ressources suffisantes sont disponibles pour effectuer tous les aspects de la mise en œuvre.

La *Trousse* utilise le modèle « des connaissances à l'action » (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, et Bhattacharyya, 2009) qui démontre les étapes du processus requises pour l'obtention et la synthèse des connaissances. Elle guide également l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que la mise en œuvre. Le cadre propose d'identifier et d'utiliser des outils relatifs aux connaissances, tels que les lignes directrices, pour identifier les lacunes et amorcer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances à l'établissement local.

La RNAO s'est engagée à assurer un déploiement et une mise en œuvre à grande échelle des lignes directrices. Pour ce faire, nous avons recours à une approche coordonnée de la diffusion, qui incorpore différentes stratégies, y compris le réseau des champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers, qui développe la capacité de chaque infirmière à favoriser la sensibilisation, la connaissance et l'adoption des LDPE, ainsi que la désignation d'« organisation phare pour les pratiques exemplaires » (BPSO®), qui appuie la mise en œuvre au niveau de l'organisation et du système. Les BPSO travaillent essentiellement pour la création de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO. De plus, nous proposons tous les ans des instituts d'apprentissage sur différentes lignes directrices et leur mise en œuvre afin de renforcer les capacités (RNAO, 2012c).

Vous trouverez des renseignements concernant les stratégies de mise en œuvre de la RNAO aux endroits suivants :

- Réseau de champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO : <http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de la RNAO : <http://www.RNAO.ca/bpg/bpso>
- Instituts de renforcement des capacités de la RNAO et autres occasions de perfectionnement professionnel : www.RNAO.ca/events
- Modèles d'ordonnances en soins infirmiers^G de la RNAO en tant qu'outil de facilitation de la mise en œuvre des LDPE: prière d'envoyer un courriel à BNOS@rnao.ca

Évaluation et surveillance de cette ligne directrice

Au fur et à mesure que vous mettez en œuvre les recommandations présentées dans cette ligne directrice, vous devriez réfléchir à la manière dont vous en surveillerez et évalueriez la mise en œuvre et les répercussions.

Le tableau 7 est fondé sur un cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)*(2012c) de la RNAO et résume quelques indicateurs proposés relativement à la surveillance et à l'évaluation de cette ligne directrice.

Tableau 7 : Indicateurs de la structure, du processus et des résultats pour la surveillance et l'évaluation de cette ligne directrice

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Objectifs	Évaluer les soutiens disponibles dans l'organisation ou le système pour permettre aux infirmières et à l'équipe pluridisciplinaire d'intégrer dans leur pratique la LDPE intitulée <i>Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système.</i>	Évaluer les changements de la pratique qui mènent à des efforts améliorés de prévention et de résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.	Évaluer les répercussions de la mise en œuvre des recommandations présentées dans la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Système</p> <p><i>Gouvernements</i></p>	<p>Les gouvernements ont un mandat qui inclut la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés et le soutien de soins sûrs et de qualité aux aînés dans les établissements de santé.</p> <p>Les gouvernements ont des employés disponibles pour examiner la LDPE.</p>	<p>Amélioration ou maintien du financement pour</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des programmes visant à résoudre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, et ■ les ressources humaines requises pour maintenir la sécurité des aînés et leur prodiguer des soins de qualité. <p>Révision ou maintien des méthodes de surveillance et de responsabilisation des établissements afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins prodigués aux aînés.</p> <p>Établissement ou maintien de programmes ou d'initiatives visant à aborder les déterminants sociaux de la santé associés à la vulnérabilité aux mauvais traitements et à la négligence.</p>	<p>Pourcentage de programmes relatifs aux mauvais traitements et à la négligence qui sont opérationnels et efficaces.</p> <p>Pourcentage d'établissements qui disposent d'un financement suffisant pour obtenir un nombre adéquat d'employés.</p> <p>Nombre d'incidents critiques et de déclarations de mauvais traitements ou de négligence.</p> <p>Nombre de programmes ou d'initiatives qui abordent les déterminants sociaux de la santé ayant un lien avec la diminution de la vulnérabilité des aînés aux mauvais traitements et à la négligence.</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Système</p> <p><i>Organismes de soins infirmiers provinciaux et territoriaux</i></p>	<p>Les organismes de soins infirmiers provinciaux et territoriaux disposent de personnel pour examiner la LDPE et réviser l'information à l'intention de leurs membres qui s'harmonise avec les recommandations de la LDPE.</p> <p>Soutien juridique disponible pour examiner les lois du territoire de compétence.</p>	<p>Élaboration ou révision d'information au sujet des lois et des obligations du territoire de compétence en matière de mauvais traitements et de négligence envers les aînés.</p> <p>Élaboration de</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ méthodes de communication d'information aux membres. ■ méthodes de surveillance de l'adoption de l'information, et ■ méthodes de maintien à jour de l'information. 	<p>Pourcentage de membres qui ont accès à de l'information exacte, à jour et exhaustive.</p> <p>Nombre de membres qui accèdent à l'information.</p>
<p>Système</p> <p><i>Groupes de défense des droits</i></p>	<p>Rôle ou mandat de défense des droits établi (pour l'infirmière, le prestataire de soins de santé ou l'intervenant).</p>	<p>Évaluation des besoins achevée relativement aux changements requis (p. ex., changements aux politiques publiques) et aux ressources nécessaires (p. ex., financement pour des programmes de prévention) pour la prévention et la résolution efficaces des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.</p> <p>Élaboration d'une initiative de défense des droits, y compris un plan de communication et un plan de surveillance de l'efficacité des efforts de défense des droits.</p>	<p>Pourcentage du public cible qui reçoit les messages de défense des droits.</p> <p>Nombre de changements apportés aux politiques, à l'organisation ou au système qui sont attribuables aux efforts de défense des droits.</p> <p>Nombre de programmes, de services ou de ressources disponibles pour la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.</p> <p>Nombre de mentions dans les médias</p> <p>Nombre de visites au site Web (analyse du site Web)</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Organisation/ Établissement	<p>Comité(s) organisationnel(s) disponible(s) pour examiner la LDPE et appuyer sa mise en œuvre.</p> <p>Éducateur(s) disponible(s) pour examiner la LDPE et élaborer ou réviser le contenu du programme d'éducation afin qu'il s'harmonise avec les pratiques exemplaires.</p> <p>Personnes-ressources (p. ex., éducateurs ou champions) disponibles à des fins de consultation et de soutien continu pendant et après la période de mise en place initiale.</p>	<p>Révision ou élaboration :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ de politiques et de procédures organisationnelles; ■ de programmes d'éducation permanente et obligatoire; et ■ de ressources d'information et d'éducation pour le personnel, les aînés et leurs familles. <p>Élaboration ou amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ d'équipes collaboratives pour la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence; ■ de pratiques permettant de soutenir un milieu de travail sain; ■ de pratiques pour la sélection, l'embauche, la supervision et la surveillance du personnel; ■ de pratiques de maintien de niveaux appropriés de personnel; et ■ d'approches visant à réduire ou à éliminer les obstacles auxquels font face les aînés et leurs familles lors de l'accès à l'information et aux services. 	<p>Nombre de politiques et de procédures élaborées et mises en œuvre.</p> <p>Nombre de programmes d'éducation permanente et continue offerts.</p> <p>Pourcentage du personnel conscient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des politiques et des procédures organisationnelles; et ■ d'information et de ressources visant à prévenir ou à résoudre les mauvais traitements et la négligence. <p>Pourcentage des aînés et de leurs familles qui sont conscients :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ de leurs droits, ■ de l'information et des ressources visant à prévenir ou à résoudre les mauvais traitements et la négligence, et ■ de la marche à suivre pour déposer une plainte et pour l'amélioration de la qualité. <p>Nombre d'aînés et de familles satisfaits de la prestation des soins.</p> <p>Pourcentage du personnel satisfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ de la clarté des politiques et des procédures; ■ des programmes d'éducation; ■ des niveaux de soutien de la prévention et de la résolution des mauvais traitements et de la négligence, ■ des niveaux de personnel, et ■ du milieu de travail. <p>Pourcentage d'aînés et de leurs familles qui accèdent à l'information et aux services.</p> <p>Pourcentage d'incidents critiques ou de rapports relatifs aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés.</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Organisation/ Établissement</p> <p><i>Établissements d'enseignement</i></p>	<p>Comité(s) disponible(s) pour examiner la LDPE et élaborer ou réviser le curriculum afin de l'harmoniser avec les recommandations de la LDPE.</p>	<p>Programmes d'éducation élaborés ou révisés pour incorporer le contenu de base recommandé.</p>	<p>Pourcentage d'étudiants qui reçoivent le contenu de base sur la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.</p> <p>Pourcentage d'étudiants satisfaits de la formation.</p> <p>Pourcentage d'étudiants dont les connaissances, les attitudes et les compétences étaient meilleures après la formation.</p>
<p>Organisation/ Établissement</p> <p><i>Organisation ou établissement ayant des mandats de prévention et de promotion de la santé</i></p>	<p>L'organisation ou l'établissement ayant des mandats de prévention et de promotion de la santé ont un ou des comités disponibles pour examiner les efforts existants de prévention et les partenariats avec d'autres organisations.</p>	<p>Révision ou élaboration de programmes ou d'initiatives de prévention.</p> <p>Élaboration ou renforcement de collaborations avec des partenaires (p. ex., interventions communautaires collaboratives).</p>	<p>Nombre de déclarations publiques qui indiquent une sensibilisation accrue aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés.</p> <p>Nombre de programmes, d'initiatives ou de ressources élaborés ou renforcés.</p> <p>Pourcentage du public cible satisfait des programmes ou des initiatives.</p> <p>Nombre de nouveaux partenariats élaborés ou renforcés.</p>
<p>Prestataire</p>	<p>Programmes d'éducation obligatoire et continue élaborés et fournis au personnel.</p> <p>Congé pour activités professionnelles accordé au personnel pour lui permettre d'assister à des programmes d'éducation.</p> <p>Politiques, procédures et</p>	<p>Les programmes d'éducation continue et obligatoire sont fréquentés par les infirmières, les autres prestataires de soins de santé, les superviseurs et d'autres employés de l'organisation.</p> <p>Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé bénéficient des soutiens requis pour leur permettre de respecter les pratiques exemplaires, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un accès à l'équipe collaborative et ■ des ressources et des sources d'aiguillage. 	<p>Pourcentage du personnel qui reçoit une éducation de base visant à prévenir et à résoudre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.</p> <p>Pourcentage des infirmières, des autres prestataires de soins de santé et des superviseurs qui ont suivi une formation relative au contenu de base visant à prévenir et à résoudre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.</p> <p>Pourcentage des infirmières, des autres prestataires de soins de santé, des superviseurs et des autres employés satisfaits des programmes d'éducation.</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
	<p>soutiens établis qui s'harmonisent avec les pratiques exemplaires en matière de prévention et de résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.</p>		<p>Pourcentage des infirmières, des autres prestataires de soins de santé, des superviseurs et des autres employés dont les connaissances, les attitudes et les compétences étaient meilleures après la formation.</p> <p>Nombre d'infirmières et d'autres prestataires de soins de santé ayant obtenu des évaluations du rendement positives en matière de prévention et de résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.</p> <p>Nombre d'infirmières et d'autres prestataires de soins de santé qui déclarent une meilleure capacité (autoévaluation) à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ évaluer les mauvais traitements et la négligence et intervenir à cet égard conformément aux pratiques exemplaires et aux responsabilités légales et professionnelles, ■ élaborer des approches positives du travail avec des aînés (et leur famille), ■ appliquer les stratégies appropriées aux comportements réactifs, et ■ encourager un milieu de travail sain et sécuritaire et maintenir leur bien-être personnel.

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Client	<p>Politiques et procédures établies.</p> <p>Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé ont suivi une éducation continue et obligatoire sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés.</p> <p>Ressources éducatives disponibles pour les aînés et leur famille.</p> <p>Disponibilité d'information exacte pour le personnel concernant les ressources et les sources d'aiguillage disponibles pour la prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence.</p> <p>Obtention d'un nombre d'employés et d'une combinaison de compétences appropriés.</p>	<p>Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé évaluent les aînés afin de déterminer les facteurs de risque et les signes de mauvais traitements et de négligence.</p> <p>Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé collaborent avec les aînés (et leur famille, le cas échéant), lors de l'évaluation et de la planification du plan de soins en matière de mauvais traitements et de négligence.</p> <p>Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé offrent une éducation, un soutien et des aiguillages individualisés aux aînés (et à leur famille, le cas échéant).</p> <p>Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé établissent des relations thérapeutiques et maintiennent la confidentialité et le respect de la vie privée lorsqu'ils interagissent avec des aînés (et leur famille, le cas échéant).</p> <p>Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé informent les aînés (et leur famille, le cas échéant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ de leurs droits, ■ des ressources disponibles pour prévenir ou résoudre les mauvais traitements et la négligence, ■ de l'information disponible quant aux endroits où signaler les mauvais traitements et la négligence, ■ des procédures relatives aux plaintes. 	<p>Pourcentage des aînés (et de leur famille, le cas échéant) qui déclarent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des relations thérapeutiques; ■ que l'information est tenue confidentielle (exceptions stipulées par la loi); ■ que leurs droits ont été respectés; ■ qu'ils estiment que leurs priorités, leurs besoins et leurs préférences sont incorporés dans la planification des soins; ■ et qu'ils reçoivent de l'éducation, des aiguillages, des soutiens et une planification de la sécurité qui répondent à leurs besoins particuliers. <p>Pourcentage des aînés (et de leur famille, le cas échéant) satisfaits des plans de soins.</p>

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Coûts financiers	Mécanisme en place pour évaluer et surveiller les coûts de la mise en œuvre et du maintien des pratiques exemplaires en matière de prévention et de résolution des mauvais traitements et la négligence envers les aînés.	Coûts budgétaires annuels pour : <ul style="list-style-type: none"> ■ les réunions des comités et la formation; ■ l'élaboration de programmes d'éducation; ■ l'élaboration d'information et de ressources d'éducation; ■ la prestation de programmes d'éducation, y compris un congé pour apprentissage professionnel pour le personnel; et ■ les coûts des ressources humaines (p. ex., nombre suffisant d'employés pour répondre aux besoins en soins des aînés). 	Mesures du rapport coût-efficacité et efficacité des interventions. Mesures de l'utilisation globale des ressources.

Autres ressources de la RNAO pour l'évaluation et la surveillance des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

- Des indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation ou NQuIRE®) ont été désignés pour les organisations phares pour les pratiques exemplaires (BPSO®) de la RNAO dans le but de procéder de façon systématique à une surveillance des progrès et une évaluation des résultats de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO au sein de leurs organisations. NQuIRE® est la première initiative internationale d'amélioration de la qualité en son genre, qui consiste en une base de données d'indicateurs de la qualité dérivés des recommandations présentées dans certaines lignes directrices sur la pratique clinique de la RNAO. Des renseignements supplémentaires sont disponibles à l'adresse www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire
- Une évaluation objective peut être effectuée lors examens réguliers de modèles d'ordonnances de soins infirmiers et de leur effet sur les résultats sur la santé des clients. Les modèles d'ordonnances de soins infirmiers incorporés dans les systèmes d'information clinique simplifient ce processus, grâce à la saisie électronique des données. Des renseignements supplémentaires sont disponibles à l'adresse www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets

Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'engage à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) comme indiqué ci-dessous :

1. Chaque LDPE sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine tous les cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel affecté au Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires surveillera régulièrement la publication de nouveaux examens systématiques, d'essais comparatifs randomisés, et d'autres ouvrages pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de cette surveillance, le personnel du Centre pourrait recommander une révision plus rapide. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe d'experts initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel du Centre commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a) Invitation de spécialistes du domaine à se joindre au groupe d'experts, lequel sera formé de membres du groupe initial et d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) Compilation des commentaires reçus et des questions rencontrées pendant l'étape de mise en œuvre, y compris les commentaires et les expériences des organisations phares pour les pratiques exemplaires et des autres sites de mise en œuvre au sein des établissements.
 - c) Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique^G dans le domaine et examen systématique des données probantes.
 - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus pour l'élaboration de la nouvelle édition de la ligne directrice.
5. La nouvelle version de la ligne directrice élaborée sera diffusée selon les structures et les processus établis.



Liste de références bibliographiques

Advocacy Centre for the Elderly (ACE). (2013). *Powers of attorney – Introduction*. Consulté à l'adresse http://www.ancelaw.ca/powers_of_attorney_-_introduction.php

Advocacy Centre for the Elderly (ACE) et Éducation juridique communautaire Ontario (CLEO). (2008). *Every resident: Bill of Rights for people who live in Ontario long-term care homes*. Consulté à l'adresse <http://www.ancelaw.ca/appimages/file/Every%20Resident%20-%20Bill%20of%20Rights.pdf>

Agence de santé publique du Canada. (2001). *Population health promotion: An integrated model of population health and health promotion*. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/php3-eng.php>

Agence de santé publique du Canada. (2012a). *Age-Friendly communities*. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/afc-cao-eng.php>

Agence de santé publique du Canada. (2012b). *Elder abuse in Canada: A gender-based analysis*. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP10-21-2012-eng.pdf

Alberta Council of Women's Shelters. (2011). *Abuse Of Older Adults: Guidelines For Developing Coordinated Community Response Models*. Consulté à l'adresse <https://www.acws.ca/sites/default/files/AbuseofOlderAdultsReport.pdf>

Allen, P. D., Kellett, K., et Gruman, C. (2003). Elder abuse in Connecticut's nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(1), 19-42.

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 & Geriatrics*, 51(1), 86-91.

Alt, K. L., Nguyen, A. L., et Meurer, L. N. (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 & Neglect*, 23(3), 213-233.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Strategies for interprofessional health care providers to address elder abuse/mistreatment*. Consulté à l'adresse http://www.caot.ca/elderabuse/Elder%20Abuse%20Guidelines_ENG_2013.pdf

Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick. (2014). *Peace initiative, peace resources*. Consulté à l'adresse http://www.nbanh.com/en/peace_initiative/peace_resources/

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2002). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2005). *Educator's resource: Integration of best practice guidelines*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006a). *Client centred care*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006b). *Supporting and Strengthening Families through Expected and Unexpected Life Events*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2009). *Preventing and managing violence in the workplace*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2010a). *Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2010b). *Screening for delirium, dementia and depression in older adults*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2011). *Preventing and mitigating nurse fatigue in health care*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating client centred learning*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012b). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012c). *Toolkit: Implementation of best practice guideline (2nd ed.)*{1238}. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012d). *Woman abuse: Screening, identification and initial response*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2013a). *Assessment and management of pain (3rd ed.)*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2013b). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2013c). *Developing and sustaining nursing leadership (2nd ed.)*{1240}. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2014a). *About healthy work environments BPGs*. Consulté à l'adresse <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2014b). *Care transitions*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2014c). *Rehabilitation, complex and long-term care: RNAO vision backgrounder*. Consulté à l'adresse <http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/vision-docs/RNAO-Vision-Rehab-Complex-and-Long-Term-Care.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC). (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Consulté à l'adresse <https://www.cna-aic.ca/~media/cna/files/en/codeofethics.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2012). *Staff mix decision-making framework for quality nursing care*. Consulté à l'adresse http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/staff_mix_framework_2012_e.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2014a). *Advocacy*. Consulté à l'adresse <http://www.cna-aiic.ca/en/advocacy>

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2014b). *Competencies*. Consulté à l'adresse <https://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/rn-exam/competencies>

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2014c). *Regulation of RNs*. Consulté à l'adresse <https://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/regulation-of-rns>

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2014d). *Regulatory bodies*. Consulté à l'adresse <http://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/regulation-of-rns/regulatory-bodies>

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., et Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29.

Beaulieu, M. (2010). *In Hand: An Ethical Decision-Making Framework*. Consulté à l'adresse http://www.nicenet.ca/files/In_Hands.pdf

Beaulieu, M., Gordon, R., et Spencer, C. (2003). *An Environmental Scan of Abuse and Neglect of Older Adults in Canada*. Consulté à l'adresse http://www.seniorscouncil.net/uploads/files/For_Service_Providers/Senior%20Abuse%20Enviromental%20Scan.pdf

Beaulieu, M., et Leclerc, N. (2006). Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 161-186.

Begley, E., O'Brien, M., Anand, J., Killick, C., et Taylor, B. (2012). Older people's views of support services in response to elder abuse in communities across Ireland. *Quality in Ageing & Older Adults*, 13(1), 48-59.

Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L., pour le AGREE Next Steps Consortium (2010). *AGREEII: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare*. Consulté à l'adresse <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>

Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies. (2008). *The right to health - fact sheet No. 31*. Consulté à l'adresse <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies. (2014). *International covenant on economic, social and cultural rights*. Consulté à l'adresse <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Burgess, A. W., et Hanrahan, N. P. (2004). Issues in elder sexual abuse in nursing homes. *Nursing & Health Policy Review*, 3(1), 5-17.

Burnight, K., et Mosqueda, L. *Theoretical model development in elder mistreatment*. (Rapport n° 234488). Consulté à l'adresse : <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256445>

Buzgova, R., et Ivanova, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.

- Caldwell, H., Gilden, G., et Mueller, M. (2013). Elder Abuse Screening Instruments in Primary Care: An Integrative Review. *Clinical Geriatrics*, 21(1), 20-25.
- Canadian Centre for Elder Law. (2011a). *A practical guide to elder abuse and neglect law in Canada*. Consulté à l'adresse http://www.bcli.org/sites/default/files/Practical_Guide_English_Rev_JULY_2011.pdf
- Canadian Centre for Elder Law. (2011b). *Moving from scrutiny to strategy: An analysis of key Canadian elder abuse and neglect cases*. Consulté à l'adresse http://www.bcli.org/sites/default/files/Counterpoint_Project_discussion_paper.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013) *Descriptive and analytic studies*. Consulté à l'adresse http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf
- Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children. (2014). *It's not right*. Consulté à l'adresse <http://itsnotright.ca/>
- Cherry, K. E., et Palmore, E. (2008). Relating to older people evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism. *Educational Gerontology*, 34(10), 849-861.
- Chihowski, K., et Hughes, S. (2008). Clinical issues in responding to alleged elder sexual abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 377-400.
- Clancy, M., McDaid, B., O'Neill, D., et O'Brien, J. G. (2011). National profiling of elder abuse referrals. *Age and ageing*, 40(3), 346-352.
- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R., Prilutzky, D., et Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing & Society*, 30(6), 1027-1040.
- 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), 1224 - 1230.
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Consulté à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1
- Commission des services d'aide juridique du Nouveau-Brunswick. (2012). *Public trustee services*. Consulté à l'adresse http://legalaide.nb.ca/en/public_trustee_services
- Commission ontarienne des droits de la personne (2009). *Policy on discrimination against older people because of age*. Consulté à l'adresse <http://www.ohrc.on.ca/en/policy-discrimination-against-older-people-because-age>
- Cooper, C., Blanchard, M., Selwood, A., Walker, Z., et Livingston, G. (2010). Family carers' distress and abusive behaviour: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 196(6), 480-485.
- Cooper, C., Selwood, A., et Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and ageing*, 37(2), 151-160.
- Cooper, C., Selwood, A., et Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: A systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.

Covinsky, K. (2013). Hospitalization in older persons: Not just a medical outcome, a social outcome as well. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 173(10), 919-925.

Cripps, D. (2001). Rights focused advocacy and elder abuse. *Australasian Journal on Ageing*, 20(1), 17-22.

Cohen, M. (2011). Screening tools for the identification of elder abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261-270.

Curran, V., Barrett, J., Hollet, A., et Barrett, L. (2009). *Identification of best practices to educate and train health professionals in the recognition, intervention and prevention of violence against older persons*. Consulté à l'adresse http://www.gov.nf.ca/vpi/publications/vaop_final_report.pdf

D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, et The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Davies, M., Harries, P., Cairns, D., Stanley, D., Gilhooly, M., Gilhooly, K. et al. (2011). Factors used in the detection of elder financial abuse: A judgement and decision-making study of social workers and their managers. *International Social Work*, 54(3), 404-420.

Department of Health & Human Services. (n.d.). *Administration on aging: What is elder abuse?* Consulté à l'adresse http://www.aoa.gov/AoA_programs/Elder_Rights/EA_Prevention/whatIsEA.aspx#elder

Dong, X., Simon, M., Mendes De, L. C., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L. et al. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 517-26.

Dow, B., Hempton, C., Cortes-Simonet, E. N., Ellis, K. A., Koch, S. H., Logiudice, D. et al. (2013). Health professionals' and students' perceptions of elder abuse. *Australasian Journal on Ageing*, 32(1), 48-51.

Dumont-Smith, C. (2002). *Aboriginal elder abuse in Canada*. Consulté à l'adresse http://www.ahf.ca/downloads/ahfresearchelderabuse_eng.pdf

Emploi et développement social Canada (EDSC). (2011). *Elder abuse modules*. Consulté à l'adresse http://www.esdc.gc.ca/eng/seniors/funding/pancanadian/elder_abuse.shtml

Erlingsson, C. L., Carlson, S. L., et Saveman, B. (2003). Elder abuse risk indicators and screening questions: results from a literature search and a panel of experts from developed and developing countries. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(3/4), 185-203.

Ferris, F., D., Balfour, H., M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., ...West, P., J. (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 106-123.

Field, M. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.

Fleiss, J. L., Levin, B., et Paik, M.C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (3e éd.). New York : John Wiley & Sons.

- Forensic Nurses' Society of Canada. (2014). *About (forensic nursing)*. Consulté à l'adresse <http://forensicnurse.ca/about/>
- 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. *Gerontologist*, 43(5), 745-752.
- Fulmer, T., Street, S., et Carr, K. (1984). Abuse of the elderly: Screening and detection. *Journal of Emergency Nursing*, 10(3), 131-140.
- Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *Journal of Adult Protection*, 6(3), 15-25.
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2009). *Residents' Bill of Rights*. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.bc.ca/ccf/pdf/adultcare_bill_of_rights.pdf
- Groh, A., et Linden, R. (2011). Addressing elder abuse: the Waterloo restorative justice approach to elder abuse project. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(2), 127-146.
- Groupe de travail sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. (2008). *The prevention of elder abuse policy and program lens (PEAPPL)*. Consulté à l'adresse http://www.seniors.gov.on.ca/en/elderabuse/docs/ElderAbuse_Engl_web.pdf
- Groupe de travail sur les soins et la sécurité dans les foyers de soins de longue durée. (2013). *Progress report: Long-Term Care Task Force on Resident Care and Safety*. Consulté à l'adresse http://www.oanhss.org/oanhssdocs/Media_Centre/MediaReleases/Progress_Report_Final_January30_2013_English.pdf
- Guberman, N., Keefe, J., Fancey, P., Nahmiash, D. et Barylak, L. (2001). *Caregiver Risk Screen*. Consulté à l'adresse : <http://www.msvu.ca/site/media/msvu/Documents/Caregiver%20Risk%20Screen%20-%20English%20Watermark.pdf>
- Harbison, J., Coughlan, S., Karabanow, J., et VanderPlaat, M. (2005). A clash of cultures: rural values and service delivery to mistreated and neglected older people in Eastern Canada. *Practice*, 17(4), 229-246.
- Harris, A., et McGillis Hall, L. (2012). *Evidence to inform staff mix decision-making: A focused literature review*. Consulté à l'adresse https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20en/2013/07/26/10/41/staff_mix_literature_review_e.pdf
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B. et Hoek, J. v. d. (2013). Adapting knowledge to local context, in *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (éditeurs : S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, Royaume-Uni.
- Health Care Consent Act, 1996. Consulté à l'adresse sur le site Lois-en-ligne du gouvernement de l'Ontario, Canada http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm
- Heath, J. M., Kobylarz, F. A., Brown, M., et Castano, S. (2005). Interventions from home-based geriatric assessments of adult protective service clients suffering elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1538-1542.
- Hirst, S. P. (2002). Defining resident abuse within the culture of long-term care institutions. *Clinical Nursing Research*, 11(3), 267-284.
- Hsieh, H. F., Wang, J. J., Yen, M., et Liu, T. T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Advances in Health Sciences Education*, 14(3), 377-386.

- Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA). (2012). *Defining and measuring elder abuse and neglect: Synthesis of preparatory work required to measure the prevalence of abuse and neglect of older adults in Canada*. Consulté à l'adresse http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Si_C6bhFtfEJ:maltraitancedesaines.com/en/component/phocadownload/category/3-articles-scientifiques%3Fdownload%3D167:mcdonald-beaulieu-et-al-2012+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ca
- International Association of Forensic Nurses. (n.d.). *Sexual assault nurse examiners*. Consulté à l'adresse <http://iafn.site-ym.com/?AboutSANE>
- Jogerst, G., Daly, J. M., et Ingram, J. (2001). National elder abuse questionnaire: Summary of adult protective service investigator responses. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(4), 59-71.
- Jogerst, G. J., Daly, J. M., Dawson, J. D., Brinig, M. F., et Schmuck, G. A. (2003). Required elder abuse education for Iowa mandatory reporters. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(1), 59-73.
- 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), 702-714.
- Killick, C., et Taylor, B. J. (2009). Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 211-238.
- Ko, C., et Koh, C.K. (2012). Factors related to Korean nurses' willingness to report suspected elder abuse. *Asian Nursing Research*. 6(3), 115-119.
- Koch, S., et Nay, R. (2003). Reducing abuse of older people with dementia and their carers. *Australasian Journal on Ageing*, 22(4), 191-195.
- Lachs, M. S., et Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*. 364(9441), 1263-72.
- Lachs, M., Williams, C., O'Brien, S., Pillemer, K., et Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
- Lawrence, V., et Banerjee, S. (2010). Improving care in care homes: a qualitative evaluation of the Croydon care home support team. *Ageing & Mental Health*, 14(4), 416-424.
- LGBT Movement Advancement Project (MAP), & Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Elders (SAGE). (2010). *Improving the lives of LGBT older adults*. Consulté à l'adresse <https://lgbtmap.org/file/improving-the-lives-of-lgbt-older-adults.pdf>
- Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., et Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-616.
- Lithwick, M., Beaulieu, M., Gravel, S., et Straka, S. M. (2000). The mistreatment of older adults: perpetrator-victim relationships and interventions. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 95-112.
- Malmedal, W., Hammervold, R., et Saveman, B.-I. (2009). To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), 744-50
- McCool, J. J., Jogerst, G. J., Daly, J. M., et Xu, Y. (2009). Multidisciplinary reports of nursing home mistreatment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(3), 174-180.

- McDonald, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: the glass is still half full. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 437-465.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E. et al. (2012). Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(2), 138-160.
- McDonald, L. et Thomas, C. (2013). Elder abuse through a life course lens. *International Psychogeriatrics*, 25(8), 1235-1243.
- Meeks-Sjostrom, D. J. (2013). Clinical decision making of nurses regarding elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(2), 149-161.
- Mikkonen, J., et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
- Mills, W. L., Roush, R. E., Moye, J., Kunik, M. E., Wilson, N. L., Taffet, G. E. et al. (2012). An educational program to assist clinicians in identifying elder investment fraud and financial exploitation. *Gerontology & Geriatrics Education*, 33(4), 351-363.
- Mosqueda, L., Burnight, K., Liao, S., et Kemp, B. (2004). Advancing the field of elder mistreatment: A new model for integration of social and medical services. *The Gerontologist*. 44(5), 703-708.
- Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A., et Chan, A. (2013). A literature review of findings in physical elder abuse. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 64(1), 10-14.
- Nahmiash, D., et Reis, M. (2000). Most successful intervention strategies for abused older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(3/4), 53-70.
- National Center on Domestic and Sexual Abuse. (n.d.). *Power and Control Wheel*. Consulté à l'adresse <http://www.ncdsv.org/images/powercontrolwheelnoshading.pdf>
- Nations Unies. (1991). *United Nations principles for older persons*. Consulté à l'adresse <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2006). *Practice Standard, Therapeutic Nurse-Client Relationship, révisé en 2006*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2009a). *Culturally Sensitive Care*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2009b). *Ethics*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034_Ethics.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002). *World report on violence and health*. Consulté à l'adresse <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2012). *Terminologie*. Consulté à l'adresse <http://www.naho.ca/publications/topics/terminology/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). *What are social determinants of health?* Consulté à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2014). *Health Promotion*. Consulté à l'adresse http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

O'Connor, D. (2009). *Incapacity assessments: A review of assessment and screening tools, final report*. Consulté à l'adresse http://www.trustee.bc.ca/documents/STAIncapability_Assessments_Review_Assessment_Screening_Tools.pdf

O'Connor, D., Hall, M. I., et Donnelly, M. (2009). Assessing capacity within a context of abuse or neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(2), 156-169.

Parra-Cardona, J. R., Meyer, E., Schiamberg, L., et Post, L. (2007). Elder abuse and neglect in Latino families: an ecological and culturally relevant theoretical framework for clinical practice. *Family Process*, 46(4), 451-470.

Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research & Design Journal*, 4(3), 50-71.

Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2006). *National strategy to prevent abuse in Inuit communities and sharing knowledge, sharing wisdom: Guide to the national strategy*. Consulté à l'adresse http://pauktuutit.ca/wp-content/blogs.dir/1/assets/InuitStrategy_e.pdf

Pavlou, M. P., et Lachs, M. S. (2008). Self-neglect in older adults: A primer for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1841-1846.

Perez-Carceles, M. D., Rubio, L., Pereniguez, J. E., Perez-Flores, D., Osuna, E., et Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in south eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 132-137.

Phillips, L. R., et Ziminski, C. (2012). The public health nursing role in elder neglect in assisted living facilities. *Public Health Nursing*, 29(6), p. 499-509.

Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S. et al. (2011). Resident-to-resident aggression in nursing homes: Results from a qualitative event reconstruction study. *Gerontologist*, 52(1), 24-33.

Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H., et Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 187-210.

Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 4(1/2), 5-58.

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), 57-79.

Podnieks, E. (2008). Elder abuse: The Canadian experience. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 126-150.

Podnieks, E., Anetzberger, G. J., Wilson, S. J., Teaster, P. B., et Wangmo, T. (2010). WorldView environmental scan on elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(1-2), 164-179.

Podnieks, E., et Wilson, S. (2003). An exploratory study of responses to elder abuse in faith communities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(3/4), 137-162.

Podnieks, E., et Wilson, S. (2004). Raising awareness of abuse of older persons: An issue for faith communities? *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 17(1-2), 55-86.

- Polit, D. F., Beck, C. T., et Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.){1212}. Philadelphia, PA : Lippincott.
- Proehl, R. A. (2012). Protecting our elders: An interfaith coalition to address elder abuse. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 24*(3),249-266.
- Public Guardian and Trustee of British Columbia. (2014). *Substitute health care decision making*. Consulté à l'adresse <http://www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/pages/healthcare-decisions.aspx>
- Public Health Research Education and Development Program (2003). *Interventions to prevent the recurrence of elder abuse*. Consulté à l'adresse : http://www.ephpp.ca/PDF/2003_Prevent%20Elder%20Abuse_Summ.pdf
- Reay, A. M. C., et Browne, K. D. (2002). The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(4), 416-431.
- Reis, M. (1998). *Innovative interventions when seniors are abused*. In J. Pritchard (ed.) *Elder abuse work: best practice in Britain and Canada*. Edited by J. Pritchard. Jessica Kingsley Publishers, Londres, p. 378-407.
- Reis, M. et Nahmiash, D. (1995). *When seniors are abused; a guide to intervention*. Captus Press. Concord, ON, p. 71.
- Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés. (2007). *Promising approaches in the prevention of abuse and neglect of older adults in community settings in Canada*. Consulté à l'adresse <http://www.cnpea.ca/Promising%20Approaches%20Final%20%202007.pdf>
- Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. (2008). *ONPEA core curriculum & resource guide*. Consulté à l'adresse <http://www.onpea.org/english/trainingtools/corecurriculum.html>
- Richardson, B., Kitchen, G., et Livingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: A randomized controlled trial. *Age and ageing, 31*(5), 335-341.
- Rodriguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, N. H., et Mangione, C. M. (2006). Mandatory reporting of elder abuse: Between a rock and a hard place. *Annals of family medicine, 4*(5), 403-409.
- Rosen, T., Pillemer, K., et Lachs, M. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behavior, 13*(2), 77-87.
- Saliga, S., Adamowicz, C., Logue, A., et Smith, K. (2004). Physical therapists' knowledge of physical elder abuse - signs, symptoms, laws, and facility protocols. *Journal of Geriatric Physical Therapy, 27*(1), 3-10.
- Sandmoe, A. (2007). How well can standardized instruments help nurses to identify abuse of older people? A literature review. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies, 27*(2), 4-8.
- Sandmoe, A., et Kirkevold, M. (2013). Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers. *International Journal of Older People Nursing, 8*(2), 83-92.
- Sandmoe, A., Kirkevold, M., et Ballantyne, A. (2011). Challenges in handling elder abuse in community care. An exploratory study among nurses and care coordinators in Norway and Australia. *Journal of Clinical Nursing, 20*(23-24), 3351-3363.

Schiemberg, L. B., et Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329-359.

Schiemberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z., Griffore, R. J., Weatherill, R. P. et al. (2011). Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(2), 190-211.

Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuch, G. A., et Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(1), 17-36.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Consulté à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>

Selwood, A., Cooper, C., Owens, C., Blanchard, M., et Livingston, G. (2009). What would help me stop abusing? The family carer's perspective. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 309-313.

Senior Pride Network. (2009). *Opening the closet on aging*. Consulté à l'adresse <http://www.rainbowhealthontario.ca/resources/searchResults.cfm?mode=3&resourceID=f5205126-3048-8bc6-e813-02ef6390a78f>

Service de santé publique de Toronto. (2013). *Racialization and health inequities in Toronto*. Consulté à l'adresse <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-62904.pdf>

Shinan-Altman, S., et Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*, 49(5), 674-684.

Siegel, E. (2013). *Looking beyond the hurt: A service provider's guide to elder abuse*. Consulté à l'adresse Seniors Resource Centre Association of Newfoundland and Labrador http://nlncpe.ca/sites/default/files/documents/Prelims_v3.pdf

Snellgrove, S., Beck, C., Green, A., et McSweeney, J. (2013). Resident-to-resident violence triggers in nursing homes. *Clinical Nursing Research*, 20(10), 1-14.

Société Alzheimer du Canada. (2012). *Helping with communication*. Consulté à l'adresse : <http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/Helping-with-communication>

Spencer, C. (2006). *An introduction to abuse prevention strategies in LTC*. Consulté à l'adresse <http://www.canadianelderlaw.ca/ABUSE%20%20PREVENTION%20STRATEGIES.pdf>

Spencer, C. (2010). *Environmental scan and critical analysis of elder abuse screening and assessment and intervention tools for Canadian health-care providers*. Ottawa, Ontario : Agence de santé publique du Canada..

Spencer, C., Charpentier, M., McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S. et al. (2008). *National snapshot: Preventing abuse and neglect of older adults in institutions*. Consulté à l'adresse <http://www.bcsla.ca/wp-content/uploads/2013/10/preventing-abuse-institutions.pdf>

Speziale, H. J. S., et Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In : S. Straus, J. Tetroe et I.D. Graham (éditeurs). *Knowledge translation in health care* (p. 151-159). Oxford, R.-U. : Wiley-Blackwell
- Strumpel, C., et Hackl, C. (2011). The breaking the taboo projects - raising awareness of, and training staff in, community health and care services on violence against older women within families. *Journal of Adult Protection*, 13(6), 323-335.
- Struthers, A., Martin, G., et Leaney, A. (2009). *Promising approaches for addressing/preventing abuse of older adults in First Nations communities: A critical analysis and environmental scan of tools and approaches*. Consulté à l'adresse <http://www.bccrns.ca/WebLibrary/General/Resources/First%20Nations/Public20130425160252.pdf>
- Struthers, A., et Neufeld, L. (2011). *Being least intrusive: An orientation to practice for front-line workers responding to abuse of aboriginal older adults*. Consulté à l'adresse <http://www.nicenet.ca/files/BLI.pdf>
- Substitute Decisions Act, 1992. Consulté à l'adresse sur le site Lois-en-ligne du gouvernement de l'Ontario, Canada http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_92s30_e.htm
- Teaster, P. B., Nerenberg, L., et Stansbury, K. L. (2003). A national look at elder abuse multidisciplinary teams. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(3/4), 91-107.
- Teresi, J. A., Ramirez, M., Ellis, J., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J. et al. (2013). A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. *International journal of nursing studies*, 50(5), 644-656.
- Tetterton, S., et Farnsworth, E. (2011). Older women and intimate partner violence: Effective interventions. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(14), 2929-2942.
- The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossaire de termes dans The Cochrane Collaboration, version 4.2.5*. Consulté à l'adresse <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
- U.S. Preventive Services Task Force. (2013). *Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: Recommendation statement*. Consulté à l'adresse <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspripv.htm>
- Vladescu, D., Eveleigh, K., Ploeg, J., et Patterson, C. (2000). An evaluation of a client-centered case management program for elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 5-22.
- Wahl, J. (2013). *The duty (or not) to report: Options in elder abuse response*. Consulté à l'adresse <http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/DutyToReport-Part1-2013.pdf>
- Wiglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L. et al. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1191-1196.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Burnight, K., Younglove, T., et Jeske, D. (2006). Findings from an Elder Abuse Forensic Center. *Gerontologist*, 46(2), 277-83.
- Wilson, J., et Micucci, S. (2003). *Interventions to prevent the recurrence of elder abuse*. Consulté à l'adresse <http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/Full-Reviews/ElderAbuse.pdf>

Winterstein, T. B. (2012). Nurses' experiences of the encounter with elder neglect. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 55-62.

Wolf, R. S. (2001). Support groups for older victims of domestic violence. *Journal of Women & Aging*, 13(4), 71-83.

Wong, C., et Marr, S. (2002). Factors influencing health-care professionals in identifying and managing elder abuse: A preliminary report. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 5, 34-47.

Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, 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).

Zink, T., Jacobson, J., Regan, S., et Pabst, S. (2004). Hidden victims: The healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal of Women's Health*, 13(8), 898-908.



Annexe A : Glossaire de termes

Âgisme : deux définitions sont fournies :

Forme de discrimination fondée sur l'âge qui consiste à :

émettre des doutes sur les capacités de la personne âgée;

retirer le pouvoir de décision de la personne âgée; ne pas tenir compte des désirs exprimés par la personne âgée; traiter la personne âgée comme un enfant (Butler, cité dans EDSC, 2011).

L'âgisme renvoie à une construction de l'esprit prévalant dans la société qui caractérise les personnes âgées à partir de stéréotypes négatifs sur le vieillissement, ainsi qu'une tendance à structurer la société comme si tout le monde était jeune. (Commission ontarienne des droits de la personne, 2009, p. 6).

Aîné : dans le présent document, personne âgée de 55 ans ou plus, afin d'inclure les personnes qui peuvent avoir vieilli de façon prématurée ou dont l'espérance de vie est plus courte, par exemple certains Autochtones (Dumont-Smith, 2002).

Approche axée sur les besoins du client (de la personne) : une approche dans laquelle le client est considéré comme un tout; il ne suffit pas de prodiguer des services à l'endroit où se trouve le client. Les soins axés sur les besoins du client comprennent la défense des droits, l'habilitation et le respect de l'autonomie, de la voix, de l'autodétermination et de la participation du client en matière de décisions (RNAO, 2006b, p. 12).

Autochtone : le terme « peuples autochtones » est un nom collectif qui désigne tous les premiers peuples du Canada et leurs descendants. L'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982 précise que les peuples autochtones au Canada comprennent trois groupes : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ce terme ne doit pas être utilisé pour décrire seulement ou deux de ces groupes (Organisation nationale de la santé autochtone, 2012).

Capacité mentale : fait généralement référence à la capacité d'une personne à prendre des décisions, mais les décisions de ce terme varient d'un territoire de compétence à l'autre.

En Ontario, la définition légale de capacité mentale comprend la capacité à comprendre l'information pertinente à la prise d'une décision et à appréhender les conséquences d'une décision ou de l'absence d'une décision (Loi sur le consentement aux soins de santé, 1996).

Combinaison de personnel : la combinaison de différentes catégories d'employés dans le domaine des soins de santé travaillant à fournir des soins directs aux clients dans le contexte d'un modèle de prestation de soins infirmiers (AIC, 2012).

Compétences : énoncés au sujet des connaissances, des habiletés, des aptitudes, des attitudes et des jugements requis pour travailler de façon efficace dans le cadre de la pratique de soins infirmiers d'une personne ou dans un rôle ou un établissement désigné (RNAO, 2013b, p. 63).

Comportement agressif entre les résidents : interactions physiques, sexuelles ou verbales agressives et négatives entre des résidents d'un établissement de soins de longue durée qui, en milieu communautaire, seraient probablement considérées comme étant importunes et qui sont très susceptibles de causer une détresse physique ou psychologique à leur destinataire (Rosen, Pillemer, et Lachs, 2008, p. 77).

Comportements réactifs : selon le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les comportements réactifs sont des comportements qui indiquent souvent : (a) un besoin non satisfait chez une personne, qu'il soit cognitif, physique, émotif, social, environnemental ou autre; ou (b) une réaction à des circonstances dans l'environnement social ou physique qui peuvent être frustrantes, effrayantes ou bouleversantes pour une personne (cité dans RANO, 2012b, p. 86).

Conseil de famille : groupe démocratique, organisé, autogéré et autodéterminant, composé des membres de la famille et des amis de résidents d'établissements de soins de longue durée (Spencer, 2006).

Conseil de résidents : le but du conseil de résidents consiste à fournir un forum dans lequel les problèmes qui préoccupent les résidents peuvent faire l'objet de discussions, y compris les services fournis à ceux-ci dans l'établissement de soins. La discussion a pour but de faciliter les changements requis dans l'établissement. Les conseils de résidents sont considérés comme un moyen d'améliorer la qualité (Spencer, 2006, p. 44).

Consentement : permission donnée à une personne de faire quelque chose qui vous concerne (Canadian Centre for Elder Law, 2011a, p. 12). Les aînés devraient consentir à recevoir des traitements ou des services ou refuser de les recevoir. Selon la situation, un consentement écrit ou verbal doit être fourni, mais un consentement tacite suffit dans d'autres cas (par exemple, relever sa manche pour permettre à une infirmière de prendre sa tension artérielle). Dans certaines situations, par exemple en cas d'urgence, le consentement n'est pas toujours requis. Si un aîné n'a pas les capacités mentales pour consentir à des traitements ou des services ou les refuser, un mandataire spécial devrait le faire à sa place (Canadian Centre for Elder Law, 2011a).

Pour obtenir des renseignements plus détaillés, veuillez consulter les normes de pratique professionnelle provinciales ou territoriales.

Contention : l'OIIO définit la contention comme les mesures physiques, chimiques ou environnementales utilisées pour contrôler l'activité physique ou comportementale d'une personne ou une partie de son corps. Les appareils de contention limitent les mouvements du client. Cela comprend, notamment, une table fixée à une chaise ou un côté de lit qui ne peut pas être ouvert par le client. La contention environnementale contrôle la mobilité d'un client. Cela comprend, par exemple, une unité ou un jardin sécurisé, l'isolement ou un espace d'isolement. Les contraintes chimiques sont toutes les formes de médicaments psychoactifs utilisés non pour traiter une maladie, mais pour inhiber intentionnellement un comportement ou un mouvement particulier. La contention minimale signifie d'épuiser toutes les autres interventions possibles avant de prendre la décision de recourir à une contention et d'utiliser la forme de contention la moins restrictive qui répond aux besoins du client (cité dans RNAO, 2012b, p. 86).

Culture : la culture comprend les valeurs, les convictions, les normes et les habitudes de vie partagées et apprises d'un particulier ou d'un groupe. Elle influence la façon de penser, les décisions et les actions (RNAO, 2012b, p. 84).

Déterminants sociaux de la santé : les conditions dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont formées par la distribution de l'argent, des pouvoirs et des ressources aux niveaux global, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont les principaux responsables des inégalités en matière de santé, à savoir les différences injustes et évitables en matière d'état de santé observées à l'intérieur d'un pays et d'un pays à l'autre (OMS, 2013).

Données probantes : renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'une affaire. Leur forme dépend du contexte. Les observations faites dans le cadre d'études de recherche de haute qualité, dont la méthodologie est appropriée, fournissent les données probantes les plus exactes. Comme la recherche est souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres formes de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche, ou peuvent même se substituer à celle-ci. La base de connaissances pour une décision se compose des multiples formes de données probantes combinées de manière à arriver à un équilibre entre la rigueur et l'opportunité, tout en privilégiant la première par rapport à la dernière (RNAO, 2014b, p. 66).

Empathie : capacité du fournisseur de soins à entrer dans le monde relationnel du client, à voir et à percevoir le monde de la même manière que le client le voit et le perçoit, et en explorer le sens pour le client. L'infirmière doit être en mesure de tenir compte de l'expérience subjective du client et de confirmer que ce qu'elle comprend constitue un reflet adéquat de l'expérience du client (RNAO, 2002, p. 21).

Essai comparatif randomisé : expérience dans le cadre de laquelle le chercheur assigne une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui sont affectés aléatoirement au groupe expérimental (qui reçoit l'intervention) ou au groupe de comparaison (traitement conventionnel) ou de contrôle (aucune intervention ou placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Les participants sont suivis et évalués afin de déterminer l'efficacité de l'intervention. Inclut les essais à double insu, à simple insu et sans insu.

Établissement (milieu institutionnel) : le terme « établissement » fait généralement référence à une vaste gamme de milieux réglementés et non réglementés, qui fournissent de l'aide et des soins aux aînés, y compris les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les maisons de retraite, les maisons de soins infirmiers et les maisons de soins pour les aînés (EDSC, 2011).

Établissement de soins de longue durée : établissement qui fournit des soins soutenus et prolongés pour répondre aux besoins physiques, sociaux et personnels de personnes dont les capacités fonctionnelles sont chroniquement affaiblies ou à risque (Ontario Hospital Association, cité dans Hirst, 2002, p. 270).

Étude contrôlée : étude clinique dans le cadre de laquelle l'enquêteur assigne une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés aléatoirement au groupe expérimental ou au groupe de contrôle (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude quasi expérimentale : étude sans randomisation ni groupe de contrôle, qui n'est donc pas considérée comme une « véritable » étude expérimentale (p. e., essai comparatif randomisé). L'enquêteur contrôle l'assignation à l'intervention, à l'exposition ou au traitement en utilisant des critères autres que le hasard (p. ex., étude avant-après) (Polit, Beck, et Hungler, 2001).

Études analytiques : les études analytiques mettent à l'essai des hypothèses quant à des relations entre l'exposition et le résultat. Les enquêteurs n'assignent pas une intervention, une exposition ou un traitement; ils mesurent toutefois l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de contrôle (Centers for Disease Control, 2013). Parmi les modèles d'études analytiques, on peut citer les études cas-témoin et les études par cohortes.

Étude cas-témoin : une étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie ou ayant un résultat voulu (cas) à des personnes tirées de la même population qui ne sont pas atteintes de cette maladie ou qui ne présentent pas ce résultat (témoin) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude par cohortes : une étude observationnelle dans le cadre de laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps, de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2005).

Études descriptives : études qui génèrent des hypothèses et qui décrivent les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'assignent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour mettre une hypothèse à l'essai; ils se contentent de décrire les personnes, l'endroit ou le moment relativement à un résultat (Centers for Disease Control, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Les modèles d'études descriptives comprennent les études de prévalence.

Étude de prévalence : étude mesurant la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques au sein d'une population à un moment donné (également appelé sondage) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Examen systématique : examen d'une question formulée clairement qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner, et évaluer d'un œil critique la recherche pertinente, ainsi que pour recueillir et analyser les données provenant des études qui sont incluses dans l'examen (The Cochrane Collaboration, 2005).

Famille : tout individu que la personne considère comme faisant partie de sa famille. Les membres de la famille peuvent comprendre le conjoint ou la conjointe, les parents, les enfants, les frères et sœurs, des voisins ou des personnes importantes dans la communauté (RNAO, 2010b, p. 57).

Infirmière : fait référence aux infirmières autorisées, aux infirmières auxiliaires autorisées, aux infirmières psychiatriques autorisées et aux infirmières en pratique clinique avancée, par exemple les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées (RNAO, 2013b, p. 64).

Infirmière en médecine légale : infirmière qui applique les aspects judiciaires des soins de santé, combinés avec l'éducation biopsychosociale de l'infirmière autorisée à l'enquête scientifique sur les traumatismes et au traitement de ceux-ci, ainsi qu'au décès de victimes ou d'auteurs de violence, aux activités criminelles et aux accidents traumatiques au sein de l'établissement clinique ou communautaire (Lynch, cité dans Forensic Nurses' Society of Canada, 2014).

Infirmière examinatrice en matière d'agression sexuelle (SANE) : fournit des soins médico-légaux et des soins de santé spécialisés aux patients adultes et adolescents victimes d'agression sexuelle (International Association of Forensic Nurses, n.d.).

Intervenant : particulier, groupe ou organisme ayant un intérêt direct dans les décisions et les mesures prises par des organismes, qui peut tenter d'influencer ces décisions et ces mesures (Baker, et al., 1999). Les intervenants comprennent tous les particuliers ou groupes qui seront affectés directement ou indirectement par le changement ou la solution au problème.

Lignes directrices sur la pratique clinique : voir Lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) : énoncés élaborés de façon systématique pour aider les praticiens et le client à prendre des décisions concernant les soins appropriés pour une situation clinique (pratique) particulière (Field et Lohr, 1990).

Littérature grise : dans ce document, fait référence aux documents produits par le gouvernement, les groupes universitaires et les organisations qui ne sont pas publiés dans des revues spécialisées.

Mandataire spécial : personne qui prend des décisions à la place d'une autre personne qui n'est pas mentalement capable de les prendre. Cela peut inclure la prise de certaines décisions au sujet de ses biens ou de ses soins personnels (Wahl, 2009).

Méta-analyse : examen systématique d'essais contrôlés randomisés qui recourt à des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2005).

Milieu de travail sain : établissement qui maximise la santé et le bien-être des infirmières (et des autres prestataires de soins de santé), les résultats de qualité pour les patients et le rendement organisationnel (RNAO, 2013b, p. 64).

Modèles d'ordonnances en soins infirmiers : groupe d'interventions fondées sur les données probantes qui sont spécifiques au domaine des soins infirmiers; il est demandé indépendamment par les infirmières (c.-à-d. sans la signature d'un médecin) afin de normaliser les soins fournis pour une affection clinique spécifique (RNAO, 2013a, p. 68).

Pluridisciplinaire : équipes composées de membres de différentes professions qui travaillent ensemble pour un but commun et qui partagent les décisions à prendre pour atteindre ce but. Dans le domaine des soins de santé, le but consiste à travailler ensemble, d'un commun effort, avec les personnes et leur famille pour améliorer leurs objectifs et leurs valeurs. Une équipe pluridisciplinaire inclut généralement un ou plusieurs médecins, infirmières, travailleurs sociaux, conseillers spirituels, préposés aux services de soutien à la personne et bénévoles. D'autres disciplines peuvent faire partie de l'équipe, selon les ressources disponibles et selon les besoins (Ferris et al., 2002).

Pratique collaborative : une coentreprise ou un projet collaboratif qui assure la volonté de participer. Cette relation comprend le partage de la planification et de la prise de décisions, fondées sur les connaissances et les compétences plutôt que sur les rôles et les titres (RNAO, 2013b, p. 63).

Pratique réflexive : parfois appelée conscience de soi, composante importante d'une relation thérapeutique qui peut être définie comme la capacité de réfléchir sur ses pratiques, ses idées, ses sentiments, ses besoins, ses craintes, ses points forts et ses points faibles et d'en comprendre l'influence sur ses gestes et sur la relation infirmière-client (RNAO, 2002, p. 13).

Prestataire de soins de santé : dans ce document, fait référence aux prestataires de soins de santé^G réglementés et non réglementés qui fournissent des soins aux aînés et à leur famille.

Prestataire de soins de santé non réglementé : selon le College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC), fournisseurs payés qui ne détiennent pas de permis et qui ne sont pas inscrits auprès d'un organisme de réglementation (cité dans AICC, 2008).

Procuration : document légal qui confère à une personne les pouvoirs nécessaires pour agir en votre nom (ACE, 2013).

Promotion de la santé : processus permettant aux personnes d'augmenter leur contrôle sur leur état de santé et d'améliorer celui-ci. Il va au-delà d'un accent mis sur le comportement des individus et concerne une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales (OMS, 2014).

Racialisation : la race est une façon établie par la société de juger et de classer des personnes et de créer des différences entre elles en se fondant sur des traits physiques tels que la couleur de la peau (Commission ontarienne des droits de la personne, cité dans Toronto Public Health, 2013, p. 6).

La racialisation est le processus par lequel les sociétés déterminent que les races sont réelles, différentes et inégales de façons qui revêtent de l'importance pour la vie économique, politique et sociale (Commission ontarienne des droits de la personne, cité dans Toronto Public Health, 2013).

Recherche qualitative : recherche qui a recours à une approche interactive et subjective pour examiner et décrire des phénomènes (p. ex., expériences vécues) et pour en déterminer le sens. Ce type de recherche est de nature explorative et ouverte. L'analyse comprend l'organisation et l'interprétation de données non numériques (p. ex., phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée dans des données empiriques, études de cas, etc.) (Speziale et Carpenter, 2007).

Recommandation relative à la formation : énoncé des exigences pédagogiques et des approches/stratégies pédagogiques pour l'introduction, la mise en œuvre et la viabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle : énoncés relatifs aux pratiques exemplaires, axés sur la pratique des professionnels de la santé et qui sont préférablement fondés sur les données probantes.

Relation de confiance : dans la présente ligne directrice, fait référence à une relation entre l'aîné et un membre de sa famille, un aidant, un prestataire de soins de santé (ou l'établissement ou l'organisation qui fournit des soins ou des services à l'aîné), qu'il existe réellement ou non un sentiment de confiance au sein de la relation.

Tuteur et curateur public : le rôle du tuteur et curateur public varie d'un territoire de compétence à l'autre.

Exemples :

Agit pour prendre des décisions personnelles, en matière de soins de santé, juridiques ou financières au nom d'une personne qui est atteinte d'incapacité mentale et qui ne peut pas prendre ces décisions, si personne d'autre n'est disponible pour agir au nom de la personne ou n'accepte de le faire (Commission des services d'aide juridique du Nouveau-Brunswick, 2012).

Lorsqu'une personne qualifiée n'est pas disponible ou lorsqu'il n'est pas possible de choisir entre des décideurs également qualifiés en raison d'un conflit, le tuteur et curateur public est appelé pour autoriser un décideur approprié ou pour prendre des décisions relatives au traitement (Public Guardian and Trustee of British Columbia, 2014).

Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'est engagée à veiller à ce que cette LDPE soit fondée sur les meilleures données probantes qui sont disponibles. Afin de respecter cet engagement, un processus de surveillance et de révision a été établi et est effectué tous les cinq ans pour chaque ligne directrice.

Pour cette nouvelle ligne directrice, le RNAO a assemblé un groupe d'experts pancanadien qui représente une gamme variée de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter la section sur le groupe d'experts de la RNAO). Un examen systématique des données probantes a été fondé sur le but et la portée de la ligne directrice et appuyé par cinq questions. L'examen systématique a permis de saisir la littérature pertinente publiée entre 2000 et 2013. Les questions de recherche suivantes ont été utilisées pour guider l'examen systématique :

1. Quelles sont les façons les plus efficaces pour les infirmières (et les autres prestataires de soins de santé) d'identifier les mauvais traitements et la négligence envers les aînés et de procéder à leur évaluation?
2. Quelles sont les façons les plus efficaces pour les infirmières (et les autres prestataires de soins de santé) d'intervenir dans les cas de mauvais traitements et de négligence envers les aînés?
3. Quelle est la formation dont les infirmières (et les autres prestataires de soins de santé) ont besoin pour résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés?
4. Quelles stratégies de prévention et de promotion de la santé sont recommandées à l'égard des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés?
5. Quels sont les politiques organisationnelles et les soutiens au niveau du système requis pour prévenir et résoudre de façon efficace les mauvais traitements et la négligence envers les aînés (qu'ils vivent en établissement ou dans la communauté)?



Annexe C : Processus suivi pour les examens systématiques et la stratégie de recherche

Examen des lignes directrices

La coordonnatrice de projet d'élaboration des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a recherché des lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre 2002 et 2012 à partir d'une liste établie de sites Web. Cette liste a été compilée à partir de la connaissance de sites Web sur les pratiques fondées sur les données probantes, les recommandations tirées de la littérature et les sites Web clés relatifs aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés. De plus, il a été demandé aux membres du groupe d'experts de fournir des lignes directrices tirées de leur propre bibliothèque. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste de sites Web visités et les critères d'inclusion, sont disponibles en ligne à l'adresse www.RNAO.ca.

Les membres du groupe d'experts ont évalué d'un œil critique six lignes directrices internationales en utilisant la *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (instrument AGREE II)* (Brouwers et al., 2010). Les trois lignes directrices suivantes ont été utilisées comme source d'information pour les recommandations et les discussions des données probantes :

Curran, V., Barrett, J., Hollet, A., et Barrett, L. (2009). *Identification of best practices to educate and train health professionals in the recognition, intervention and prevention of violence against older persons*. Consulté à l'adresse : http://www.gov.nf.ca/vpi/publications/vaop_final_report.pdf

Public Health Research Education and Development Program (2003). *Interventions to prevent the recurrence of elder abuse*. Consulté à l'adresse : http://www.ehp.ca/PDF/2003_Prevent%20Elder%20Abuse_Summ.pdf

U.S. Preventive Services Task Force. (2013). *Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: Recommendation statement*. Consulté à l'adresse : <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstf.htm>

Examen systématique

Une stratégie de recherche systématique a été élaborée par l'équipe de recherche de la RNAO et une bibliothécaire en sciences de la santé, à partir des critères d'inclusion et d'exclusion créés avec le groupe d'experts. Une recherche pour des articles pertinents, en anglais et en français, publiés entre 2000 et 2013, a été exécutée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane Controlled Trials (CT), Cochrane Systematic Reviews (SR), Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), Embase, Joanna Briggs Institute, MEDLINE, MEDLINE In Progress, Ovid Healthstar, et PsycINFO. En plus de cette recherche systématique, il a été demandé aux membres du groupe d'experts de consulter leurs bibliothèques personnelles pour trouver des articles clés que les stratégies de recherche ci-dessus n'ont pas permis de repérer.

Des renseignements détaillés concernant la stratégie de recherche pour l'examen systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion et les mots-clés utilisés pour la recherche, sont disponibles en ligne à l'adresse www.RNAO.ca

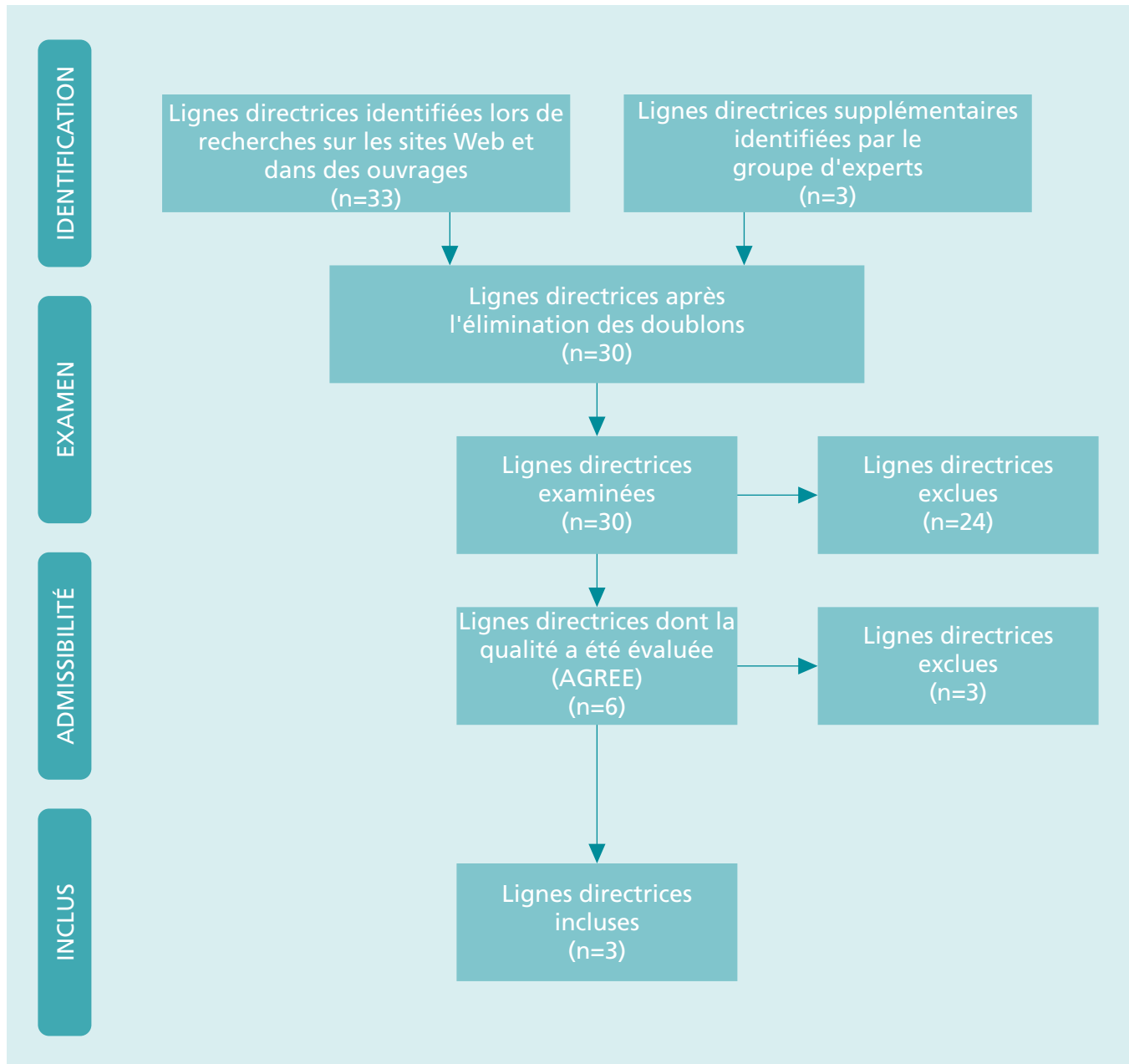
Une fois les articles récupérés, deux associées en recherche en sciences infirmières (infirmières détentrices de maîtrises) ont évalué de façon indépendante l'admissibilité des études, en se fondant sur les critères d'inclusion et d'exclusion établis. La directrice du programme de LDPE de la RNAO qui appuyait le groupe d'experts de la RNAO a été chargée de résoudre les désaccords.

Des scores d'évaluation de la qualité pour 20 articles (un échantillon aléatoire de dix pour cent des articles admissibles à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués séparément par les adjointes à la recherche du programme de LDPE de la RNAO. Un degré d'accord acceptable entre les évaluatrices (statistique kappa, $K=0,76$) a justifié d'aller de l'avant avec l'évaluation de la qualité et l'extraction des données, en divisant les études restantes

également entre les deux adjointes à la recherche du programme de LDPE de la RNAO (Fleiss, 2003). Un résumé final des observations faites par les ouvrages a été effectué. Les tableaux de données complètes et le sommaire ont été fournis à tous les membres du groupe d'experts en septembre 2013 à des fins d'examen et de discussion.

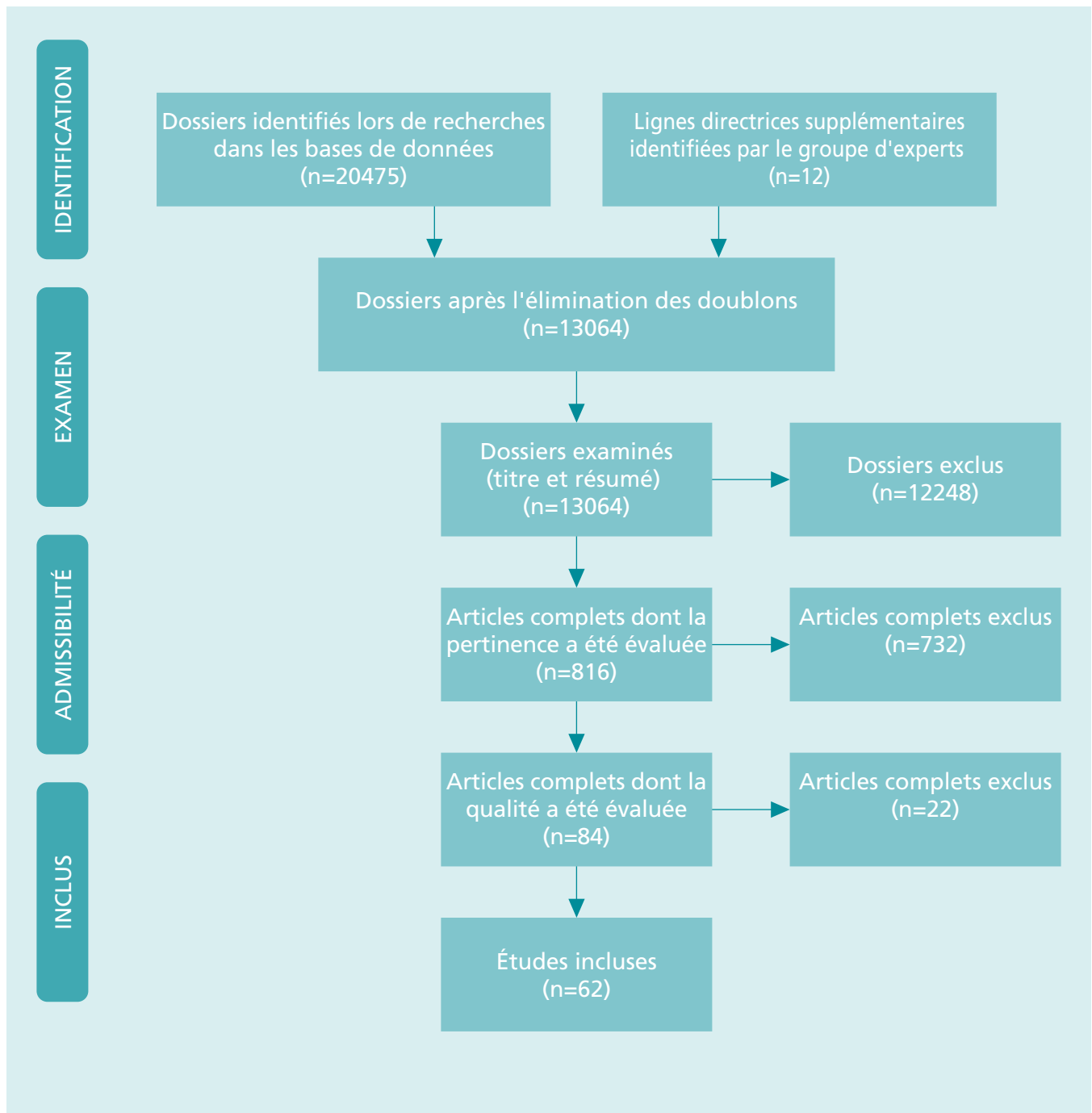
Une bibliographie complète de tous les articles complets examinés est disponible à l'adresse www.RNAO.ca

Ordinogramme du processus d'examen des lignes directrices



Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Ordinogramme du processus d'examen des articles



Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe D : Définitions des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés

Définitions générales des mauvais traitements et de la négligence

- « Un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime » (OMS, 2002, p. 126).
- [Traduction] « Les mauvais traitements envers les aînés constituent des actes ou des comportements verbaux, ou l'absence d'actes ou de comportements, qui causent des torts ou un risque de torts au sein d'une relation de confiance. Les mauvais traitements comprennent la violence et la négligence envers les aînés » (INSPA, 2002, p. 99).
- [Traduction] « Les mauvais traitements envers les aînés sont un terme qui fait référence à tout acte conscient, intentionnel ou négligent commis par un aidant ou une autre personne qui cause des torts ou un risque grave de torts à un adulte vulnérable » (Department of Health & Human Services, n.d.).

Remarque : certaines personnes peuvent être victimes de différents types de mauvais traitements et de négligence simultanément ou à différents moments de leur vie.

Types de mauvais traitements et de négligence faisant l'objet de discussions dans la littérature

Violence physique

[Traduction] « Actes ou comportements qui entraînent des blessures, des douleurs, une déficience ou de la détresse psychologique » (INSPA, 2002, p. 99).

« La violence physique peut prendre diverses formes, entre autres :

- pousser, secouer;
 - frapper (avec un objet ou non), gifler,
 - tirer les cheveux, mordre, pincer;
 - cracher sur quelqu'un;
 - détenir quelqu'un ou utiliser des moyens de contention de manière abusive.
- (EDSC, 2011).

Violence psychologique ou morale

[Traduction] « Comportements verbaux ou non verbaux graves ou persistants, qui entraînent des blessures émotives ou psychologiques » (INSPA, 2012, p. 99).

On entend également par violence psychologique, morale et verbale « tout acte, verbal ou non, qui porte atteinte à l'identité, à la dignité et à l'estime de soi d'une personne » (EDSC, 2011).

« La violence psychologique, morale et verbale peut prendre les formes suivantes :

- les mots ou gestes qui rabaissent l'aîné, le blessent ou le font sentir sans valeur;
- le fait de ne pas tenir compte des désirs de l'aîné;
- le fait de ne pas respecter les biens ou les animaux de compagnie de l'aîné;
- le fait d'exercer un contrôle inapproprié sur les activités de l'aîné; par exemple, refuser qu'il voie ses petits enfants ou ses amis;
- les menaces, par exemple dire à l'aîné qu'on va le placer « à l'hospice »;
- le fait de traiter l'aîné comme un enfant;

- le fait de retirer à l'aîné son pouvoir décisionnel alors qu'il est encore apte à prendre des décisions;
- le fait de priver l'aîné d'affection;
- les agressions verbales, l'humiliation, l'isolement, l'intimidation;
- les insultes »

(EDSC, 2011).

Exploitation financière ou matérielle

[Traduction] « Une action ou un manque d'action relativement aux possessions matérielles, aux fonds, aux avoirs, aux biens ou aux documents légaux, qui n'est pas autorisé ou qui a lieu sous la contrainte, ou un abus de l'autorité légale » (INSPA, 2012, p. 99).

« Toute conduite inappropriée, avec ou sans le consentement éclairé de l'aîné, occasionnant un gain financier ou personnel pour la personne qui a posé ce geste et/ou une perte financière ou personnelle pour l'aîné. L'utilisation abusive des fonds ou des biens d'une autre personne par la fraude, la tromperie ou la force constitue de l'exploitation financière » (EDSC, 2011).

Violence sexuelle

[Traduction] « Participation directe ou indirecte à une activité sexuelle sans consentement » (INSPA, 2012, p. 99).

La violence sexuelle « comprend le fait de contraindre un aîné par la force, de le duper, de le menacer ou d'avoir recours à d'autres moyens pour l'inciter à se livrer à des actes sexuels non désirés. La violence sexuelle englobe également les contacts sexuels avec les aînés qui ne sont pas en mesure d'y consentir. Cela comprend les contacts sexuels déplacés entre les fournisseurs de services et leurs clients aînés » (EDSC, 2011).

Négligence

[Traduction] « Privation répétée de l'aide dont a besoin la personne âgée pour les activités de la vie quotidienne » (INSPA, 2012, p. 99).

La négligence est également définie comme « le défaut, intentionnel ou non, de subvenir aux besoins de l'aîné » (EDSC, 2011). La négligence se divise en deux catégories : 1) la négligence active, à savoir « la privation délibérée ou intentionnelle de soins ou de nécessités de subsistance »; et la négligence passive, à savoir « le défaut de prodiguer des soins adéquats à cause d'un manque de connaissances, d'information, d'expérience ou de capacité » (EDSC, 2011).

Violence systémique

La violence systémique peut avoir plusieurs sens. Elle peut inclure :

- les règles d'un établissement ou une réglementation gouvernementale qui cause des torts non intentionnels;
- des soins inférieurs aux normes prodigués de façon répétée;
- des situations dans lesquelles les employés ne savent pas que leur comportement est inacceptable et aucune mesure correctrice n'est donc prise;
- le manquement de l'administration à aborder de façon efficace les incidents de conduite violente;
- des problèmes à l'échelle du système, tels que des ressources inadéquates ou une culture institutionnelle dans laquelle le personnel craint les répercussions de la déclaration de mauvais traitements

(Spencer et al., 2008).

Violation des droits

« On entend essentiellement par *violation d'un droit* le fait de priver une personne d'un droit fondamental garanti par la *Charte canadienne des droits et libertés* ou par la *Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies*. Les comportements qui privent un aîné de l'un de ses droits peuvent comprendre les suivants :

- le fait de censurer le courrier d'un aîné ou de s'ingérer dans sa gestion;
- le fait de dissimuler à un aîné les renseignements qu'il a le droit de connaître;
- le fait de restreindre la liberté d'un aîné, de l'empêcher de sortir de chez lui et/ou de fréquenter des gens;
- le fait de priver un aîné de son intimité ou de refuser qu'il reçoive de visiteurs ou des appels téléphoniques ou qu'il se livre à des pratiques religieuses ou spirituelles. »

(EDSC, 2011).

Violence spirituelle

Selon Marshall Freeman et Asselin Vaillancourt (1993) et The Aboriginal Family Healing Joint Steering Committee (1993), la violence spirituelle fait référence à [traduction] « l'érosion des systèmes de croyances culturelles ou religieuses d'une personne ». La violence spirituelle revêt une importance particulière pour les peuples autochtones en raison des traumatismes historiques (p. ex., colonisation, assimilation forcée et génocide culturel) (coté dans Agence de santé publique du Canada, 2012b, p. 11).

Polyvictimisation

La polyvictimisation pendant la vieillesse est une définition et un domaine d'étude émergent qui fait généralement référence aux aînés qui ont été victimes de multiples formes de victimisation.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la polyvictimisation des aînés, veuillez consulter le National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA). Cette ressource est disponible à l'adresse

<http://www.preventelderabuse.org/>

Négligence de soi

[Traduction] « Une personne qui se néglige elle-même est une personne qui présente *un ou plusieurs* des comportements suivants :

- un manque persistant d'attention à son hygiène personnelle ou à son environnement,
- le refus répété de la totalité ou d'une partie des services indiqués qui devraient raisonnablement améliorer la qualité de vie,
- une mise en danger personnelle en raison de la manifestation de comportements dangereux (p. ex., refus persistant de soigner une plaie, création de risques d'incendie dans le domicile) »

(Pavlou et Lachs, 2008, p. 1842).

Annexe E : Théories relatives aux mauvais traitements et à la négligence

THÉORIE	VUE D'ENSEMBLE	SOURCES
Stress du fournisseur de soins	Considère que les mauvais traitements envers les aînés découlent du fait qu'un aidant ne parvient pas à gérer ses responsabilités envers un aîné qui dépend de lui. L'aîné est considéré comme personne à charge de l'aidant qui devient violent en raison des difficultés de son rôle d'aidant, du fardeau perçu et de la durée du rôle.	Burnight, K., et Mosqueda, L. <i>Theoretical model development in elder mistreatment</i> . (Rapport n° 234488). Consulté à l'adresse : https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256445
Théorie écologique	Tente d'identifier les causes possibles des mauvais traitements envers les aînés en tenant compte de variables culturelles et sociétales, telles que le macrosystème (inégalité liée à l'âge et au sexe, normes sociétales en matière d'agression); l'exosystème (environnement économique, intégration dans la collectivité); le microsystème (caractéristiques de la personne et de la famille) et ontogénétiques (physiologie, affect et comportement).	Burnight, K., et Mosqueda, L. <i>Theoretical model development in elder mistreatment</i> . (Rapport n° 234488). Consulté à l'adresse : https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256445
Modèle féministe	Explique la violence conjugale envers les femmes plus âgées comme une conséquence du patriarcat, et peut être considérée comme violence conjugale qui a évolué pour devenir de la violence envers une aînée. Selon ce modèle, ce déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes dans notre société rend les femmes plus vulnérables et les expose aux mauvais traitements.	Emploi et développement social Canada. (2011). <i>Modules sur les mauvais traitements envers les aînés</i> . Consulté à l'adresse : http://www.edsc.gc.ca/fra/aines/financement/pancanadiens/mauvais-traitements_aines.shtml

THÉORIE	VUE D'ENSEMBLE	SOURCES
Théorie du parcours de vie	Théorie qui voit la vie comme étant caractérisée par des stades séquentiels, pendant lesquels une personne est considérée comme un être qui est unique, mais qui est également lié à la vie des amis, des membres de la famille et des autres proches. La théorie lie les événements de la vie et les conditions sociales prévalents pendant la vie de l'aîné; ces expériences peuvent créer une accumulation d'avantages ou de désavantages. Le point saillant de cette théorie est la thèse selon laquelle les expériences en début de vie ont un lien avec les mauvais traitements par la suite.	McDonald, L. et Thomas, C. (2013). Elder abuse through a life course lens. <i>International Psychogeriatrics</i> , (8), 1235-1243.
Roue du pouvoir et du contrôle	Une aide visuelle qui illustre la dynamique du pouvoir et du contrôle au sein de relations violentes. Explique les caractéristiques communes des comportements violents qui permettent à l'auteur de mauvais traitements de maintenir son pouvoir et son contrôle. Cela inclut la contrainte et les menaces, l'intimidation, la violence émotionnelle, l'isolement, le fait de rabaisser, de nier et de blâmer, le recours aux enfants, l'exploitation économique et le privilège masculin. Ces caractéristiques sont renforcées par un ou plusieurs actes de violence physique.	National Center on Domestic and Sexual Abuse. (n.d.). <i>Power and Control Wheel</i> . Consulté à l'adresse : http://www.ncdsv.org/images/powercontrolwheelnoshading.pdf
Modèle axé sur les situations	Les mauvais traitements envers les aînés sont une réaction irrationnelle à des situations de stress causées par la déficience physique ou cognitive de l'aîné. Les variables situationnelles associées aux mauvais traitements comprennent des facteurs individuels, sociaux et financiers liés à l'aidant et à l'aîné à sa charge.	Emploi et développement social Canada. (2011). <i>Modules sur les mauvais traitements envers les aînés</i> . Consulté à l'adresse http://www.esdc.gc.ca/eng/seniors/funding/pancanadian/elder_abuse.shtml

THÉORIE	VUE D'ENSEMBLE	SOURCES
Théorie de l'échange social	<p>Considère que la relation entre un aidant et un aîné est un échange de récompenses et de punitions.</p> <p>Selon cette théorie, les aînés demeurent dans la situation d'abus seulement aussi longtemps que les récompenses (c.-à-d. soins physiques) sont supérieures aux punitions (p. ex., exploitation financière).</p>	<p>Emploi et développement social Canada. (2011). <i>Modules sur les mauvais traitements envers les aînés</i>. Consulté à l'adresse http://www.esdc.gc.ca/eng/seniors/funding/pancanadian/elder_abuse.shtml</p>
Théorie de l'apprentissage social	<p>Une théorie élaborée par Bandura (1978) qui considère que la violence est un comportement appris transmis d'une génération à l'autre (p. ex., si les enfants voient leurs parents maltraiter leurs propres parents, ils apprennent que les mauvais traitements font partie des relations entre adultes).</p> <p>Cette théorie a été appliquée à l'étiologie des mauvais traitements envers les aînés.</p>	<p>Burnight, K., et Mosqueda, L. <i>Theoretical model development in elder mistreatment</i>. (Rapport n° 234488). Consulté à l'adresse : https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256445</p> <p>Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. <i>Journal of communication</i>, 28(3), 12-29.</p>
Contexte socioculturel	<p>Le modèle illustre un processus transactionnel qui se produit avec le temps entre l'aîné, l'aidant et les autres parties concernées. Le modèle tient compte du réseau social de l'aîné et de celui de l'aidant, ainsi que de facteurs individuels tels que les caractéristiques démographiques, la santé physique, la personnalité, la santé mentale et les attitudes vis-à-vis du rôle d'aidant. Ce modèle se penche sur l'inégalité au sein de la relation et sur la dynamique du pouvoir et des échanges qui peut perpétuer les mauvais traitements envers les aînés.</p>	<p>Burnight, K., et Mosqueda, L. <i>Theoretical model development in elder mistreatment</i>. (Rapport n° 234488). Consulté à l'adresse : https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256445</p>

Annexe F : Stratégies de communication

La présente annexe décrit des facteurs, des conseils et des ressources qui permettent de soutenir une communication efficace lorsqu'il s'agit d'aborder les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés.

Les Trois A

Le *Core Curriculum and Resource Guide* du Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (2008) présente les « Trois A » (en anglais) à respecter pendant les interactions avec les aînés.

Ces Trois A sont :

- écoute active et réconfort;
- demander à la personne âgée ce qu'elle veut; et
- agir conformément à ses souhaits et assurer le suivi.

Mise en garde : les infirmières et les autres prestataires de soins de santé pourraient devoir déroger aux volontés d'un aîné si des exigences relatives à la déclaration obligatoire sont en place (p. ex., mauvais traitements infligés par un membre du personnel).

Cette ressource est disponible à l'adresse <http://www.onpea.org/english/trainingtools/corecurriculum.html>

Conseils pour des communications compatissantes

Le document *Looking Beyond the Hurt: A Service Provider's Guide to Elder Abuse* présente des conseils pour des communications compatissantes qui facilitent les discussions sur les mauvais traitements et la négligence. La communication compatissante inclut les éléments suivants :

- elle utilise des messages « je » (p. ex., je suis inquiet à votre sujet...),
- elle est spécifique (p. ex., parce que vous avez manqué votre rendez-vous, et aujourd'hui je vois un bleu sur votre bras),
- elle est sensible aux sentiments des autres (p. ex., je comprends qu'il est difficile de parler de ses problèmes personnels),
- elle ne juge pas et ne menace pas (p. ex., est-ce que vous aimeriez m'en parler?),
- elle habilite au lieu de « secourir » (p. ex., aimeriez-vous parler des ressources qui pourraient vous être utiles?),
- elle contribue à éliminer la honte pouvant être associée au fait d'être maltraité (p. ex., j'ai souvent vu des personnes qui ne recevaient pas les soins qu'elles méritaient),
- elle respecte le droit de l'aîné de prendre ses propres décisions au moment qui lui convient, et
- elle est préparée à aider l'aîné à trouver les soutiens et les services dont il a besoin.

(Siegel, 2013)

Cette ressource est disponible auprès du Newfoundland and Labrador Network for the Prevention of Elder Abuse à l'adresse <http://www.nlnpea.ca/LBH>

Autres conseils en matière de communication lors de conversations sur les mauvais traitements et la négligence

Les *Modules sur les mauvais traitements envers les aînés* d'Emploi et Développement social Canada (2011) présentent des conseils en matière de communication pour aider à la tenue d'une conversation préliminaire avec un aîné au sujet des mauvais traitements et de la négligence. Ces conseils comprennent, notamment :

- Choisissez un milieu où la personne âgée se sent à l'aise.
- Prenez toutes les mesures nécessaires pour que l'entretien ne soit pas entendu ni interrompu par d'autres personnes.
- Soyez attentif aux troubles auditifs, aux barrières linguistiques et aux valeurs culturelles et religieuses de la personne âgée.
- Adoptez une attitude décontractée et positive et ne portez pas de jugement.
- Parlez moins et écoutez plus; laissez la personne âgée parler à son rythme.
- Soyez attentif aux incohérences et aux divergences.
- Laissez à la personne âgée le temps de répondre aux questions.
- Évitez de faire des commentaires qui rabaissent l'auteur présumé des mauvais traitements.
- Offrez votre soutien; discutez des options, mais ne donnez pas de conseil.

Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.edsc.gc.ca/fra/aines/financement/pancanadiens/mauvais-traitements_aines.shtml

Réaction à la divulgation de mauvais traitements

La ligne directrice de la RNAO, *La violence faite aux femmes : dépistage, identification et intervention initiale* (2012), fournit des suggestions pour réagir aux divulgations de mauvais traitements, y compris une suggestion de dialogue qui pourrait être appropriée pour une discussion avec un aîné sur les problèmes liés aux mauvais traitements et à la négligence. Veuillez consulter l'**annexe M** du supplément dans la ligne directrice.

Cette ressource est disponible à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/translations/la-violence-faite-aux-femmes-d%C3%A9pistage-identification-et-intervention-initiale>

Communication thérapeutique

Dans la norme d'exercice *La relation thérapeutique*, l'OIIO (2006) présente les éléments de la communication thérapeutique, y compris des stratégies de communication et des compétences interpersonnelles.

Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/51033_nurseclient.pdf

Stratégies permettant de travailler de façon efficace avec des interprètes

Dans la norme d'exercice *La prestation de soins adaptés à la culture*, l'OIIO (2009a) présente des facteurs et des stratégies qui concernent le travail avec des interprètes.

Cette ressource est disponible à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/51040_CultureSens.pdf

Communication avec des personnes atteintes de démence

La Société Alzheimer du Canada (2012) offre des conseils permettant d'améliorer la communication avec les personnes atteintes de démence.

Cette information est disponible à l'adresse <http://www.alzheimer.ca/fr/Living-with-dementia/Helping-with-communication>

Annexe G : Outils d'évaluation et de dépistage

Les outils inclus dans la liste ci-dessous sont utilisés dans la pratique clinique et ont fait l'objet de certains tests psychométriques dont les résultats ont été publiés. Les tests psychométriques sont généralement des tests de validité ou de fiabilité et comprennent parfois des mesures de sensibilité et de spécificité. La sensibilité détermine dans quelle mesure un test parvient à détecter les personnes atteintes d'un trouble ou d'une maladie. La spécificité détermine dans quelle mesure un test parvient à identifier les personnes qui n'ont pas le trouble ou la maladie (RNAO, 2012b, p. 82). Les références qui figurent en bas de page présentent les résultats des tests psychométriques ou les facteurs relatifs à l'utilisation de l'outil dans le cadre de la pratique clinique. Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur les tests psychométriques au sujet des outils de dépistage et d'évaluation des mauvais traitements ou de la négligence envers les aînés, veuillez consulter Spencer (2010).

Remarques : l'inclusion dans cette liste ne constitue pas une recommandation. Veuillez consulter la discussion dans la recommandation 1.3 au sujet des facteurs relatifs à l'utilisation des outils. Il est possible que vous deviez demander la permission avant d'utiliser l'outil.

NOM DE L'OUTIL	BUT	COMMENTAIRES	SOURCE D'AIGUILLAGE OU LIEN VERS L'OUTIL
Dépistage pour différents types de mauvais traitements ou de négligence de l'American Medical Association (AMA) ^{1, 2, 3, 4, 5}	Déterminer si l'aîné a déjà été victime d'une forme de violence en particulier.	Description générale : Comprend neuf questions oui/non et effectue le dépistage de la négligence, de la contrainte, de la violence physique et psychologique et de l'exploitation financière.	Veuillez consulter la page 67 dans Spencer, C. (2010). <i>Environmental scan and critical analysis of elder abuse screening and assessment and intervention tools for Canadian health-care providers</i> . Ottawa, Ontario : Agence de santé publique du Canada..
Grille de dépistage des sévices infligés aux aînés (DÉSIA) ^{1, 5}	Un outil de prise de décision qui contribue à évaluer la probabilité qu'un aîné fasse l'objet de mauvais traitements infligés par un aidant.	Description générale : Cinq questions sont posées pour évaluer les possibilités de négligence, de mauvais traitements physiques ou psychologiques et d'exploitation financière. Cinq catégories sont utilisées pour déterminer la rapidité avec laquelle une intervention ou un suivi serait requis.	Disponible en ligne à l'adresse http://www.nicenet.ca/tools-elder-abuse

NOM DE L'OUTIL	BUT	COMMENTAIRES	SOURCE D'AIGUILLAGE OU LIEN VERS L'OUTIL
Questionnaire de dépistage de l'abus chez les aidants naturels (DACAN) ^{1, 5, 6}	Procéder à un dépistage auprès des aidants d'aînés souffrant de troubles cognitifs afin de repérer les mauvais traitements actuels et toute tendance possible susceptibles de mener à de mauvais traitements à l'avenir.	<p>Description générale :</p> <p>Pose huit questions de dépistage oui/non d'une façon qui n'impose aucun blâme.</p> <p>Effectue le dépistage de mauvais traitements physiques et psychologiques, de contrôle et de négligence.</p> <p>Langues :</p> <p>Versions disponibles en français et en anglais.</p>	<p>Disponible en ligne à l'adresse</p> <p>http://www.nicenet.ca/tools-elder-abuse</p>
L'aide-proches ¹	Un outil de dépistage pour les situations à risque élevé conçu pour être utilisé à l'admission par le personnel de soins à domicile afin d'évaluer la santé physique et psychologique des aidants et de déterminer si les soins fournis sont adéquats.	<p>Description générale :</p> <p>Deux sections : 1) renseignements sociodémographiques, 2) suppléments, 2) 12 déclarations relatives aux risques que présentent les aidants (échelle de Likert).</p> <p>Une note supérieure à 23 indique que le risque est élevé et qu'une évaluation plus détaillée est requise.</p> <p>Versions disponibles en anglais et en français.</p>	<p>Disponible en ligne pour consultation seulement à l'adresse</p> <p>www.msvu.ca/family&gerontology/project</p>

NOM DE L'OUTIL	BUT	COMMENTAIRES	SOURCE D'AIGUILLAGE OU LIEN VERS L'OUTIL
Évidence d'abus selon des indicateurs (EASI) ^{1, 5, 6, 7, 8}	Conçu pour aider les médecins à déterminer s'il existe des soupçons raisonnables de mauvais traitements qui justifient une évaluation approfondie de l'aîné.	<p>Description générale :</p> <p>Un bref outil de dépistage composé de cinq questions posées à l'aîné, et un élément d'observation rempli par le médecin.</p> <p>Effectue le dépistage de la violence physique, sexuelle, psychologique et verbale, de l'exploitation financière et des privations matérielles et émotionnelles.</p> <p>À l'avenir, l'outil pourrait être étendu pour permettre son utilisation par les travailleurs sociaux et les infirmières.</p> <p>L'Organisation mondiale de la Santé a adapté l'EASI. Des projets pilote sur l'EASI ont été effectués dans plusieurs pays.</p>	<p>Disponible en ligne en anglais et en français à l'adresse</p> <p>http://www.mcgill.ca/familymed/research-grad/research/projects/elder</p>
Instrument d'évaluation des aînés (EAI) ^{1, 2, 5, 6, 7, 9,10}	Doit être utilisé comme approche exhaustive du dépistage de personnes âgées victimes de mauvais traitements dans tous les établissements cliniques, ainsi que pour identifier les personnes qui présentent un risque élevé d'être victimes, qui devraient être aiguillées vers une évaluation approfondie.	<p>Description générale :</p> <p>Plusieurs versions ont été produites au cours des années.</p> <p>Un outil d'évaluation et de dépistage qui utilise une échelle de Likert.</p> <p>Inclut une évaluation générale, physique, sociale, médicale et de l'autonomie, ainsi qu'une section de récapitulation.</p> <p>Évalue la négligence, l'exploitation, l'abandon, la violence physique et sexuelle et l'exploitation financière.</p> <p>Cet outil ne génère aucun score. Le prestataire de soins de santé a recours à son jugement clinique pour déterminer la probabilité que la personne fasse l'objet de mauvais traitements d'après l'évaluation.</p>	<p>La version de 2003 peut être consultée en ligne à l'adresse</p> <p>http://www.medicine.uiowa.edu/uploadedFiles/Departments/FamilyMedicine/Content/Research/Research_Projects/elder.pdf</p>

NOM DE L'OUTIL	BUT	COMMENTAIRES	SOURCE D'AIGUILLAGE OU LIEN VERS L'OUTIL
Échelle de violence psychologique envers les aînés (EPAS) ^{7, 23}	Dépistage de la violence psychologique.	<p>Description générale :</p> <p>Une échelle de 32 questions au format oui/non.</p> <p>Le prestataire de soins de santé administre l'outil à l'aîné par l'entremise d'observations directes et d'entrevues.</p> <p>La somme du total est utilisée pour établir un score, avec une limite de 10 qui dénote un potentiel de violence psychologique.</p>	<p>Veillez consulter Wang, J. J., Tseng, H. F., et Chen, K. M. (2007). Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 21(1), 40-47.</p>
Inventaire étendu des indices de situations abusives (E-IOA) ^{1, 6, 7, 16, 17, 18}	Identifier les situations à risque élevé pour les aînés qui justifient une intervention clinique.	<p>Description générale :</p> <p>Fondé sur l'outil Indices de situations abusives (LISA) de 27 questions.</p> <p>Utilise 11 indicateurs du risque relatifs à l'aidant et 14 relatifs à l'aîné.</p> <p>Les réponses, qui sont indiquées sur une échelle de Likert, mettent l'accent sur la violence physique et psychologique, la négligence et l'exploitation financière.</p>	<p>Veillez consulter Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., et Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. <i>Journal of Aging and Health</i>.</p>
Test de dépistage des mauvais traitements envers les aînés de Hwalek Sengstock – version révisée (H-S/EAST or EAST) ^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14}	Aider les fournisseurs de services à identifier les situations qui pourraient être caractérisées par la violence ou la négligence ou qui pourraient le devenir.	<p>Description générale :</p> <p>L'outil a été perfectionné et révisé au cours des années.</p> <p>La version initiale de 15 questions était remplie par les prestataires de soins de santé et la version actuelle à 6 questions est une mesure autodéclarée remplie par les aînés eux-mêmes.</p> <p>La version de 15 questions mettait l'accent sur la violence physique et psychologique et sur l'exploitation financière. La version à 6 questions évalue les dommages corporels, le contrôle et la violence psychologique et émotionnelle.</p>	<p>La version de 15 questions (1991) peut être consultée en ligne à l'adresse</p> <p>http://www.medicine.uiowa.edu/familymedicine/emscreeninginstruments/</p>

NOM DE L'OUTIL	BUT	COMMENTAIRES	SOURCE D'AIGUILLAGE OU LIEN VERS L'OUTIL
Indices de situations abusives (LISA) ^{1, 5, 6, 9, 10, 15}	Effectuer le dépistage des cas de mauvais traitements chez les clients des soins de santé et des services sociaux.	<p>Description générale :</p> <p>Outil de dépistage et d'évaluation administré par un professionnel après une évaluation exhaustive à domicile.</p> <p>Une version de 27 questions et une version de 22 questions sont disponibles. Le praticien évalue chaque indicateur de mauvais traitements identifié (pour l'aidant et la personne aidée) sur une échelle, puis additionne les résultats pour estimer l'ampleur du problème. Un score limite de 16 est utilisé pour indiquer l'existence de mauvais traitements.</p> <p>Versions disponibles en anglais et en français.</p>	<p>Disponible en ligne à l'adresse</p> <p>http://www.nicenet.ca/tools-elder-abuse</p>
Échelle modifiée des tactiques de conflit (MCTS) ^{1, 5, 7, 19, 20}	Identifier le risque qu'un aidant cause des torts émotionnels ou physiologiques à un aîné (bénéficiaire de soins).	<p>Description générale :</p> <p>Adapté des Échelles de tactique de conflit. L'outil contient cinq questions sur la violence psychologique et cinq sur la violence physique, auxquelles on répond en se basant sur une échelle de Likert.</p> <p>L'échelle a été modifiée pour inclure un nouveau système de notation pondérée.</p>	<p>Veuillez consulter Cooper, C., Manela, M., Katona, C., et Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: Prevalence, correlates and validation of instruments. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry, 23</i>: 283-288.</p>
Mesure de l'exploitation financière d'aînés (OAFEM) ^{7, 24}	Aider à l'évaluation de l'exploitation financière d'aînés.	<p>Description générale :</p> <p>Une mesure autodéclarée de 82 questions.</p> <p>Format de questions oui/non.</p> <p>Effectue le dépistage de l'exploitation financière d'aînés.</p>	<p>Veuillez consulter Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Langley, K., et Wilber, K. H. (2010). Self-report measure of financial exploitation of older adults. <i>Gerontologist, 50</i>(6), 758-773.</p>

NOM DE L'OUTIL	BUT	COMMENTAIRES	SOURCE D'AIGUILLAGE OU LIEN VERS L'OUTIL
Mesure des mauvais traitements psychologiques envers les aînés (OAPAM) ^{7, 22}	Effectuer le dépistage des mauvais traitements psychologiques envers les aînés et déterminer la gravité de ces mauvais traitements.	Description générale : Une mesure autodéclarée de 31 questions qui effectue le dépistage de mauvais traitements psychologiques.	Veillez consulter Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Langley, K., et Anetzberger, G. J. (2011). Self-report measure of psychological abuse of older adults. <i>Gerontologist, 51(3)</i> , 354-366.
QUALCARE ¹	Évaluer la qualité des soins prodigués par un aidant à un aîné.	Description générale : L'évaluation est remplie par un professionnel de la santé après avoir rendu visite à l'aîné à son domicile. Comprend des observations de l'aîné et de l'aidant et des entrevues semi-structurées avec ceux-ci. Une échelle de 52 ou 53 questions avec 6 sous-échelles (environnemental, physique, soins médicaux, psychosocial, droits de la personne et finances) évaluées selon une échelle de Likert.	Veillez consulter la page 105 dans Spencer, C. (2010). <i>Environmental scan and critical analysis of elder abuse screening and assessment and intervention tools for Canadian health-care providers</i> . Ottawa, Ontario : Agence de santé publique du Canada..
Échelle de vulnérabilité au dépistage des mauvais traitements (VASS) ^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 15, 21}	Évaluer le risque de mauvais traitements.	Description générale : Une mesure autodéclarée de 12 questions. Adapté de H-S/EAST. Effectue le dépistage des mauvais traitements physiques et psychologiques, de l'exploitation financière et du contrôle.	Veillez consulter Schofield, M. J., et Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. <i>Gerontologist, 43(1)</i> , 110-20.

1. Spencer, C. (2010). *Environmental scan and critical analysis of elder abuse screening and assessment and intervention tools for Canadian health-care providers*. Ottawa, Ontario : Agence de santé publique du Canada.
2. Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I., et Fairchild, S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 436-443.
3. Buri, H. M., Daly, J. M., et Jogerst, G. J. (2009). Elder abuse telephone screen reliability and validity. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(1), 58-73.
4. Daly, J. M., et Jogerst, G. J. (2005). Readability and content of elder abuse instruments. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(4), 31-52.
5. Pisani, L. D., et Walsh, C. A. (2012). Screening for elder abuse in hospitalized older adults with dementia. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(3), 195-215.
6. Cohen, M. (2011). Screening tools for the identification of elder abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261-270.
7. Caldwell, H., Gilden, G., et Mueller, M. (2013). Elder Abuse Screening Instruments in Primary Care: An Integrative Review. *Clinical Geriatrics*, 21(1), 20-25.
8. 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 & Neglect*, 20(3), 276-300.
9. 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), 815-836.
10. Meeks-Sjostrom, D. (2004). A comparison of three measures of elder abuse. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 247-250.
11. Fulmer, T., Strauss, S., Russell, S. L., Singh, G., Blankenship, J., Vemula, R. et al. (2012). Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics. *Gerodontology*, 29(2), 96-105.
12. Russell, S. L., Fulmer, T., Singh, G., Valenti, M., Vermula, R., et Strauss, S. M. (2012). Screening for elder mistreatment in a dental clinic population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), 326-339.
13. 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*, 13(6), 1043-52.
14. 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), 61-70.
15. Sandmoe, A. (2007). How well can standardized instruments help nurses to identify abuse of older people? A literature review. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 37(11), 11-17.
16. Cohen, M., Levin, S. H., Gaglin, 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), 1224-30.
17. Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gaglin, 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), 660-85.
18. Lindenbach, J. M., Larocque, S., Lavoie, A. M., et Garceau, M. L. (2012). Older adult mistreatment risk screening: contribution to the validation of a screening tool in a domestic setting. *Canadian Journal on Aging*, 31(2), 235-252.
19. Cooper, C., Manela, M., Katona, C., et Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: Prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23: 283-288.
20. Cooper, C., Maxmin, K., Selwood, A., Blanchard, M., et Livingston, G. (2009). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 21(40), 774-8.
21. Schofield, M. J., et Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *Gerontologist*, 43(1), 110-20.
22. Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Langley, K., et Anetzberger, G. J. (2011). Self-report measure of psychological abuse of older adults. *Gerontologist*, 51(3), 354-366.
23. 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), 40-47.
24. Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Langley, K., et Wilber, K. H. (2010). Self-report measure of financial exploitation of older adults. *Gerontologist*, 50(6), 758-773.

Annexe H : Liste de ressources

Cette liste de ressources peut être complétée en ajoutant des renseignements spécifiques à votre région. Les renseignements qui figurent sur cette liste devraient être validés et tenus à jour.

RESSOURCE	NOM DE LA RESSOURCE/ COORDONNÉES	COMMENTAIRES
Urgence, services d'écoute, lignes secours (p. ex., ligne pour personnes âgées maltraitées, ligne d'écoute téléphonique, 911)		
Maisons d'hébergement, hébergement sécuritaire, refuges, maisons de transition		
Services pour victimes (p. ex., services policiers; centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle; détection de la fraude)		
Équipe d'intervention ou de ressources pour les cas de mauvais traitements ou de négligence		
Centres d'information et de ressources		
Réseaux provinciaux ou territoriaux (veuillez consulter l'annexe J)		
Associations (p. ex., Société Alzheimer)		
Organisations de loisirs, d'éducation, d'entraide, de défense des droits des personnes âgées		
Centres communautaires ou centres pour personnes âgées : activités sociales, mieux-être, éducation		

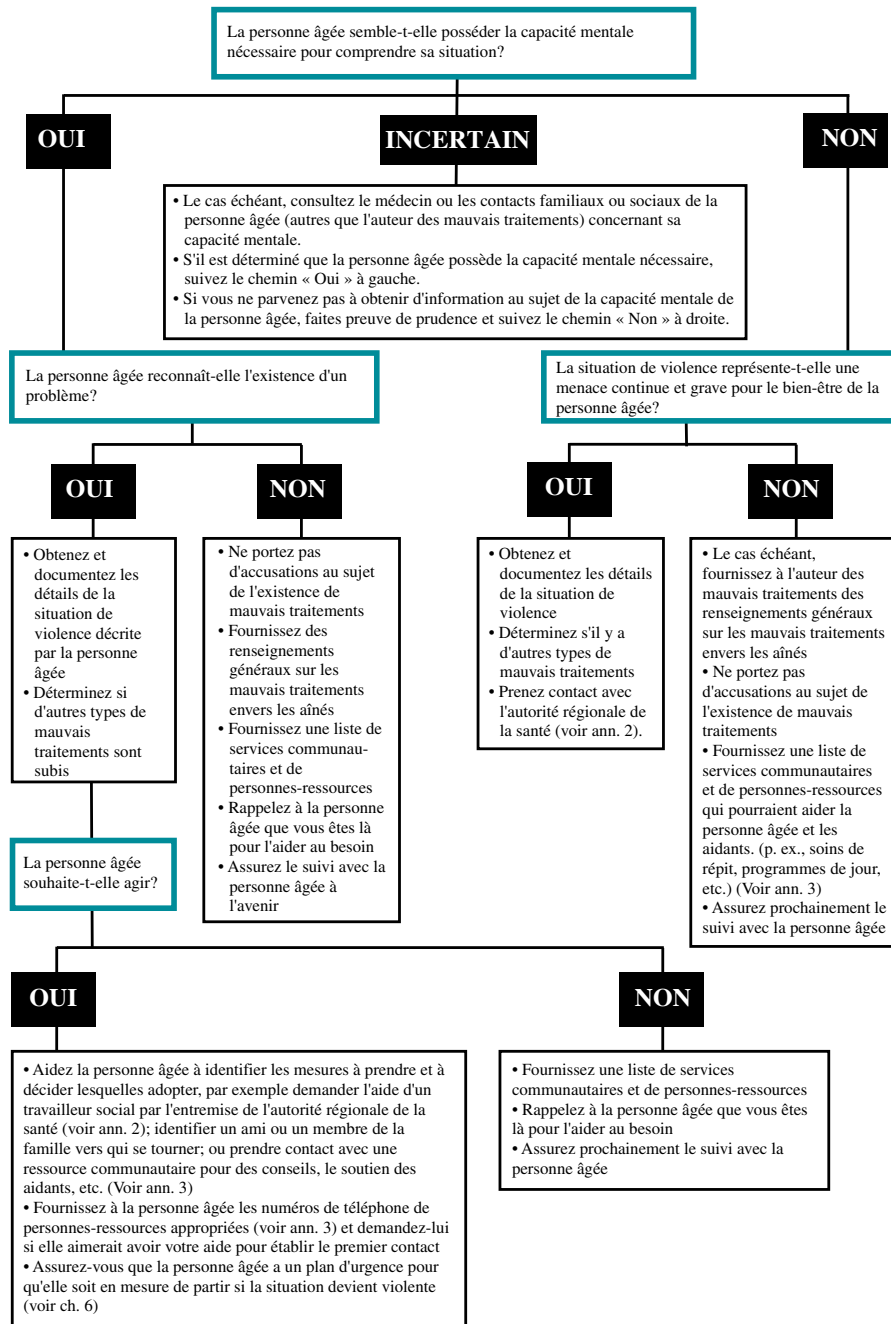
RESSOURCE	NOM DE LA RESSOURCE/ COORDONNÉES	COMMENTAIRES
Renseignements sur les pensions : source où trouver de l'information ou de l'aide relativement au Régime de pensions du Canada, à la Sécurité de la vieillesse et au Supplément de revenu garanti		
Services de santé : soins à domicile, visites à domicile pour les personnes âgées incapables de quitter leur domicile, poste de soins infirmiers (dans les régions éloignées)		
Centres de santé communautaires : promotion de la santé, soins de santé primaires		
Services à domicile : ménage, livraison de repas à domicile		
Soins de répit		
Services linguistiques (c.-à-d. services de traduction ou d'interprétation)		
Services pour immigrants ou réfugiés		
Organisations ethnoculturelles qui abordent les problèmes de mauvais traitements		
Services de consultation et de santé mentale : groupes d'entraide (pour les aînés ou les aidants), conseillers en toxicomanie, cercles de guérison		
Programmes à l'intention de personnes qui infligent des mauvais traitements ou qui font preuve de négligence		

RESSOURCE	NOM DE LA RESSOURCE/ COORDONNÉES	COMMENTAIRES
Leadership communautaire (chef et conseil)		
Police communautaire		
Ecclesiastiques ou guérisseurs spirituels		
Services d'aide juridique pour les personnes à faible revenu		
Services du tuteur et curateur public : lorsque l'aîné est mentalement incapable de prendre des décisions en matière de finances ou de soins personnels. Peuvent agir en tant que décideur financier ou personnel si aucune autre personne compétente n'est disponible.		
Ombudsman : mène des enquêtes sur les plaintes relatives aux services publics; conseille le gouvernement; recommande des changements aux pratiques, aux politiques et aux dispositions législatives.		
Autre		

Annexe I : Exemple d'arbre décisionnel

Mise en garde : les arbres décisionnels doivent être adaptés au type de mauvais traitements, au secteur, au champ d'activité du fournisseur de soins et aux lois pertinentes. L'infirmière ou le fournisseur de soins doit faire preuve de pensée critique lors de l'utilisation d'arbres décisionnels, en plus de collaborer avec l'aîné et les membres de sa famille, le cas échéant, lors de la prise de décisions.

Arbre décisionnel : Comment venir en aide à une personne âgée qui fait peut-être l'objet de violence psychologique. Disponible à <http://www.nlpea.ca/LBH>, chapitre 6, p. 60.



Arbre décisionnel : Comment venir en aide à une personne âgée qui fait peut-être l'objet de violence psychologique. Reproduit de *Looking Beyond the Hurt: A Service Providers Guide to Elder Abuse* du Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador, 2013, p. 60. Réimprimé avec autorisation.

Annexe J : Ressources et liens relatifs aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés

La liste suivante, compilée avec les membres du groupe d'experts et tenant compte des commentaires de vérificateurs qui sont des intervenants externes, inclut certaines des principales organisations qui fournissent des renseignements ou des ressources au sujet des mauvais traitements et la négligence envers les aînés.

Les liens vers les sites Web ne sont fournis qu'à des fins d'information. La RNAO n'assume aucune responsabilité pour la qualité, l'exactitude, la fiabilité ou l'actualité des renseignements fournis par ces sources. De plus, la RNAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions relatives à ces ressources doivent être posées à leur source.

ORGANISATION	DESCRIPTION	LIEN
Advocacy Centre for the Elderly (ACE)	L'Advocacy Centre for the Elderly fournit des services juridiques directs aux personnes âgées à faible revenu et une éducation juridique au public, et prend part à des activités de réforme du droit.	www.ancelaw.ca
British Columbia Law Institute & Canadian Centre for Elder Law	Le British Columbia Law Institute (BCLI) effectue des activités de recherche spécialisée, de rédaction et d'analyse pour la réforme du droit, en collaboration avec les gouvernements et d'autres entités, et fournit des documents et du soutien aux activités de sensibilisation et d'information publique. Le Canadian Centre for Elder Law (CCEL) effectue un travail semblable axé sur des questions qui concernent les aînés.	http://www.bcli.org/ccel
CANE: Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly	Le Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE) est un catalogue informatisé américain de documents qui concernent de nombreux volets des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.	http://www.cane.udel.edu/index.asp
Carrefour d'information canadien	Carrefour d'information en cours de développement qui devrait être disponible en 2015.	

ORGANISATION	DESCRIPTION	LIEN
INF-Fusion de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)	Le site INF-Fusion de l'AIIC a une section traitant spécifiquement des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés. Cette section inclut des renseignements généraux, une liste de ressources Internet canadiennes, une bibliographie des sites Web et plus encore.	http://inf-fusion.ca/fr/articles-de-fond/la-maltraitance-des-aines/ressources-canadiennes-sites-web
Modules sur les mauvais traitements envers les aînés d'Emploi et Développement social Canada (EDSC)	EDSC a créé trois modules qui présentent des renseignements généraux sur les mauvais traitements envers les aînés, les ressources, des théories relatives à la violence et la négligence, les facteurs de risque, les interventions et plus encore.	http://www.edsc.gc.ca/fra/aines/financement/pancanadiens/mauvais-traitements-aines.shtml
Information pour les aînés et les aidants naturels du gouvernement du Canada	Cliquez sur votre province ou territoire pour accéder aux ressources fédérales et provinciales ou territoriales disponibles dans votre région.	http://www.aines.gc.ca/fra/index.shtml
National Center on Elder Abuse (NCEA) (États-Unis)	Le NCEA est une ressource américaine conçue pour les décideurs, les professionnels qui œuvrent dans le domaine de la justice pour les aînés, et le public, qui fournit des renseignements à jour sur la recherche, la formation, les pratiques exemplaires, les nouvelles et les ressources au sujet des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.	http://www.ncea.aoa.gov/
Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA)	L'INSPA est un réseau international de chercheurs, de praticiens et d'étudiants qui se consacrent à améliorer les soins prodigués aux aînés, tant au Canada qu'à l'étranger. Des renseignements sur les projets, les ressources et les événements sont disponibles sur le site Web de l'INSPA.	http://www.nicenet.ca/
The Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN), New York University, College of Nursing (États-Unis)	Ce site Web fournit un accès à des programmes et des ressources qui sont conçus pour aider les professionnels de la santé à améliorer la qualité des soins prodigués aux aînés (site américain).	www.hartfordign.org Site Web sur les soins infirmiers cliniques www.ConsultGerIRN.org

RÉSEAUX SUR LES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES AÎNÉS

PROVINCE	NOM DU RÉSEAU	LIEN
Alberta	Alberta Elder Abuse Awareness Network	http://www.albertaelderabuse.ca/
Colombie-Britannique	BC Centre for Elder Advocacy and Support	http://bcceas.ca/
	BC Association for Community Response Networks	http://www.bccrns.ca/generated/homepage.php
Manitoba	Manitoba Network for the Prevention of Abuse of Older Adults	http://www.olderadultabuse.mb.ca/
Terre-Neuve et Labrador	Newfoundland and Labrador Network for the Prevention of Elder Abuse	http://www.nlnepea.ca/
Nunavut/Territoires du Nord-Ouest/Yukon	NWT Seniors Society	http://www.nwtseniorsociety.ca/
Ontario	Elder Abuse Ontario (anciennement le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées)	http://www.onpea.org/
Québec	Services Québec	http://maltraitanceaines.gouv.qc.ca/en/
Canada	Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés	http://www.cnpea.ca/
International	International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA)	http://www.inpea.net/home.html

Annexe K : Description de la Trousse

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LPDE) repose sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. À cet égard, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), par l'entremise d'un groupe d'experts composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)* (2012c). La *Trousse* est basée sur les données probantes, les perspectives théoriques et le consensus. Nous conseillons d'utiliser la *Trousse* comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un établissement de santé.

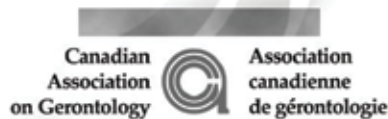
La *Trousse* offre des directives étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Ces étapes reflètent un processus qui est dynamique et itératif plutôt que linéaire. Lors de chaque phase, la préparation de la phase suivante et une réflexion sur la phase précédente sont donc des éléments essentiels. Spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes clés suivantes, illustrées dans le « gabarit du plan d'action » (Straus et al., 2009), lors de la mise en œuvre d'une ligne directrice :

- Identifier le problème, l'examiner et choisir les connaissances ou la LDPE;
- Adapter les connaissances au contexte local en évaluant
 - les obstacles à l'utilisation des connaissances et les
 - facteurs qui la facilitent; et
- Sélectionner, adapter et mettre en place les interventions;
- Surveiller l'utilisation des connaissances;
- Évaluer les résultats; et
- Maintenir l'utilisation des connaissances.

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est une ressource essentielle à la gestion de ce processus. La *Trousse* peut être téléchargée à l'adresse www.RNAO.ca/bpg.



Endorsements



July 22, 2014

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON
M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the Canadian Association on Gerontology (CAG), I am delighted to provide CAG's endorsement of RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*.

As you know, CAG is Canada's premier multidisciplinary scientific and educational association established to provide leadership for those who practice, conduct research, and have an interest in the field of aging. In the past we participated on the pan-Canadian Advisory Committee for the project, *Promoting the Awareness of Elder Abuse in Long-Term Care*, an important project for long-term care settings in Canada, led by the Canadian Nurses Association and the RNAO.

This new best practice guideline builds on that important work in long-term care. It takes a comprehensive approach to preventing and addressing abuse and neglect of older adults across the continuum of care in Canada. The guideline outlines solid recommendations that will have value for the members we serve, namely, health care professionals, researchers, academics, administrators, government representatives, national organization executives, students and seniors.

We are pleased to see the emphasis on collaborative approaches to addressing this complex and difficult issue. We look forward to and are prepared to contribute to widespread dissemination of the guideline to nurses, other health care professionals and individuals and organizations providing care and services to older adults.

Thank you for this excellent resource!

With warm regards,

Maggie Gibson, PhD, CPsych
President, Canadian Association on Gerontology

Mailing Address: 263 McCaul Street, Suite 328, Toronto, ON M5T 1W7, Canada
Toll-Free Telephone & Fax: 1-855-CAG-ACG0 (224-2240)
contact@cagacg.ca | www.cagacg.ca



Canadian Geriatrics Society
20 Crown Steel Drive, Unit 6
Markham, Ontario, Canada. L3R 9X9
Tel: 1-905-415-9161, Toll Free: 1-866-247-0086
Fax: 1-905-415-0071
Website: www.cgs-sgc.ca

Office of the President
Dr. José A. Morais
Email: jose.morais@mcgill.ca

August 28, 2014

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.

Chief Executive Officer

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

158 Pearl Street

Toronto, ON

M5H 1L3

RE: Endorsement of RNAO's clinical guidelines on elder abuse and neglect

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the Canadian Geriatrics Society (CGS), I am pleased to provide CGS's endorsement of RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centered, Collaborative, System-Wide Approaches*.

As you know, CGS promotes excellence in the medical care of older Canadians. We promote a high standard of research in the field of geriatrics/ gerontology and aim to improve the education provided to Canadian physicians on aging and its clinical challenges. Furthermore, we disseminate Canadian research and knowledge on clinical care of older patients to physicians with an interest in Gerontology, medical students, residents, fellows and other practitioners and researchers in the field of aging.

This new best practice guideline aligns with our mandate to promote excellence and share best practices among the medical community. It provides direction for clinical practice, as well as recommendations for education, policy and for system level changes. Furthermore, the guideline emphasizes the importance of interprofessional collaboration and education throughout health-care organizations.

Thank you for developing this valuable resource. This comprehensive guideline will be useful, not only for nurses, but for all practitioners and organizations who are invested in excellence in care for older Canadians.

Sincerely,



José A. Morais, M.D., F.R.C.P.C.

President
Canadian Geriatrics Society



CNPEA ~ RCPMTA

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse
Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés

August 5, 2014

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON
M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the *Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse ~ Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés (CNPEA~RCPMTA)* I am pleased to convey CNPEA's~RCPMTA's endorsement of RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*.

As you know, CNPEA~RCPMTA is the national organization focused on elder abuse prevention and response that works at local, regional, provincial/territorial, and national levels. CNPEA~RCPMTA fosters networks and knowledge exchange in Canada and shares best practices in program and policy development for the prevention of elder abuse.

The RNAO guideline outlines best practices for front-line providers, essential education, for every staff member in the organization, and important policy and system-level recommendations targeted to prevent abuse and neglect of older adults. It also addresses the importance of collaborative work in the community to prevent abuse and neglect, and provides clear recommendations in this regard. Furthermore, we were impressed with the team of expert panel members and stakeholder reviewers who contributed their wealth of knowledge to inform the recommendations.

This evidence-based best practice guideline will be a useful resource for our networks across the country. The free accessibility of this guideline in both French and English is much appreciated.

Congratulations and many thanks for leading this critically important work!

Sincerely,

Raeann Rideout

Co-Chair
Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse
Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés

CANADIAN
NURSES
ASSOCIATION



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU CANADA

July 28, 2014

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street
Toronto, ON M5H 1L3

Dear Ms. Grinspun,

On behalf of the Canadian Nurses Association (CNA), I am pleased to endorse RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*.

As you know, CNA is the national professional voice of registered nurses with a mandate that includes promoting nursing excellence, advocating for healthy public policy and a quality health system, and serving the public interest. Having collaborated with RNAO on the pan-Canadian project, *Promoting the Awareness of Elder Abuse in Long-Term Care*, we are delighted to see that this most recent best practice guideline builds on our work and expands into various institutional and community settings across the continuum of care in Canada.

CNA supports this guideline, with recommendations at the three levels of practice, education, and policy/organization/systems, which will provide a resource for nurses and other team members to reduce abuse and neglect of older adults and promote quality care.

Kind regards,

Anne Sutherland Boal, RN, BA, MHSA
Chief Executive Officer



July 25, 2014

Dr. Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the Canadian Patient Safety Institute (CPSI), I am pleased to convey CPSI's endorsement of RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*.

As you are aware, CPSI is a not-for-profit organization that exists to raise awareness and facilitate implementation of ideas and best practices to achieve a transformation in patient safety. We envision safe health care for all Canadians and are driven to inspire extraordinary improvement in patient safety and quality. Furthermore we recognize that evidence-informed resources together with knowledge exchange activities will lead to practice change.

We are confident that this RNAO best practice guideline will help improve safety and quality of care for older adults. The practice recommendations highlight a collaborative, person-centred approach to prevent and address abuse and neglect. The education recommendations describe important mandatory education that will support behavior change. The policy/organization/system recommendations outline the fundamental roles of organizations, governments, and nursing regulatory bodies to ensure that the structures are in place to prevent and address abuse and neglect.

This evidence-based best practice guideline can influence safe care and services provided to older persons in all types of health-care and social service settings across Canada. We appreciate that the guideline will be freely accessible and available in French and English.

Many thanks and congratulations on your outstanding work!

Sincerely,


Hugh MacLeod
Chief Executive Officer

Safe care...accepting no less
Soins sécuritaires...n'acceptons rien de moins

www.patientsafetyinstitute.ca
www.securitedespatients.ca



INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE

July 19, 2014

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON, M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), I am pleased to convey our organization's endorsement of RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *"Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches"*.

INPEA is an independent, non-profit, non-governmental organization that, together with the World Health Organization's Ageing and Life Course department and other divisions and of the United Nations, the International Association of Gerontology and Geriatrics, and partners around the world, are working to protect the rights of older persons through advocacy, education and research.

The RNAO guideline has been developed according to a rigorous process and outlines a comprehensive approach to preventing and addressing abuse and neglect of older adults. The practice recommendations highlight the rights of older persons, education recommendations describe essential content for all staff in health-care settings, and the organization and system level recommendations outline the structures that need to be in place to enable best practices. We are particularly pleased to see that the guideline addresses advocacy roles and areas that require further research.

This evidence-based best practice guideline is an excellent resource for health-care settings in Canada and throughout the world. We are pleased to see that the guideline will be freely accessible and available in both English and French.

Congratulations on a comprehensive, forward-looking and useful piece of work.

Best regards,

Gloria M. Gutman, PhD, FCAHS, OBC, LLD (hon. UWO)
President, International Network for the Prevention of Elder Abuse
Past-President, International Association of Gerontology & Geriatrics
Professor/Director Emerita, Gerontology, Simon Fraser University

OFFICERS

President

Gloria M. Gutman, PhD (Canada)

Vice - President

Nabil Kronfol, MD, DrPH (Lebanon)

Secretary

Susan B. Somers, JD (USA)

Treasurer

Robert Brent, PhD (USA)

Past President

Lia S. Daichman, MD (Argentina)

SPECIAL ADVISOR

Simon Biggs, PhD (UK)

SECRETARIAT

#2800-515 W. Hastings St.
Vancouver, Canada V6B 5K3
Tel: +1 (778) 782-5063
Fax: +1 (778) 782-5066
E-mail: INPEA@sfu.ca
URL: www.inpea.net



INPEA SECRETARIAT

Simon Fraser University | Gerontology Research Centre | 2800-515 West Hastings Street | Vancouver, BC V6B 5K3 | Canada
TEL: +1 778.782.5063 | FAX: +1 778.782.5066 | EMAIL: inpea@sfu.ca | WEB: www.inpea.net



NICE

National Initiative for the Care of the Elderly

Initiative nationale pour le soin des personnes âgées

July 15, 2014

Doris Grinspun RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street
Toronto, ON
M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the National Initiative for Care of the Elderly (NICE) I would like to offer a letter of endorsement of RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-Centred, Collaborative, System-Wide Approaches*.

NICE is an international network dedicated to improving the care of older adults, both in Canada and abroad. NICE provides a variety of resources and education for a broad spectrum of disciplines and professions in the field of ageing, including geriatric medicine, gerontological nursing, gerontological social work, gerontology, rehabilitation science, sociology, psychology, policy and law.

This new best practice guideline is a strong addition to the field of elder abuse. We are pleased that RNAO selected a diverse panel of experts across Canada to work with the research team to develop best practice guideline recommendations. The guideline is applicable for nurses and will also be of value to various disciplines and professionals within the NICE network.

We support this guideline in the strongest possible terms and look forward to its widespread use by practitioners, educators, policy makers, researchers, regulatory bodies and governments.

Thank you for your leadership in developing this comprehensive resource!

Sincerely yours,

Lynn McDonald, PhD
Scientific Director, National Initiative for Care of the Elderly



Institute for Life Course and Aging
UNIVERSITY OF TORONTO

263 McCaul Street, Room 328, Toronto, ON M5T 1W7
Tel: (416) 978-2197 Fax: (416) 978-4771
Email: nicenet@utoronto.ca
Website: <http://www.nicenet.ca>



Networks of Centres
of Excellence of Canada
Réseaux de centres
d'excellence du Canada
2008-2010

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

JUILLET 2014

Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés :

approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système

ISBN 978-1-926944-62-3



9 781926 944623

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario