



Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Haute école de santé Arc – Neuchâtel

Travail de Bachelor

Directrice du travail : Messmer-Al Abed Namaat

Py Margot, Reber Aude, Russi Diane

La prévention de la maltraitance des
personnes âgées dans les institutions de
soins : les stratégies efficaces

Travail rendu le 08 juillet 2016

Table des matières :

1.	Introduction	p.1-4
2.	Problématique	p. 5
2.1	Le questionnement initial	p. 6-8
2.2	La pertinence en lien avec les savoirs infirmiers	p. 8
2.2.1	Les métapardigmes infirmiers	p. 9
2.2.1.1	La personne	p. 9-10
2.2.1.2	L'environnement	p. 10-11
2.2.1.3	La santé	p. 11-12
2.2.1.4	Les soins infirmiers	p. 12-13
2.2.2	Les modes de savoirs	p. 13
2.2.2.1	Le savoir esthétique	p. 13-15
2.2.2.2	Le savoir empirique	p. 15
2.2.2.3	Le savoir éthique	p. 16-17
2.2.2.4	Le savoir personnel	p. 18-19
2.3	La revue exploratoire de la littérature	p. 19-26
2.4	Les différents concepts	p. 26-27
2.5	Les perspectives/propositions pour la pratique en lien avec cette problématique	p. 27-29
3.	Concepts et champs disciplinaires infirmiers	p. 30
3.1	Le choix de la population étudiée	p. 31-32
3.2	La maltraitance	p. 32
3.2.1	L'historique	p. 33-34
3.2.2	Les différents types de maltraitance	p. 34-36
3.2.3	Les indicateurs de la maltraitance	p. 36-38
3.2.4	Les facteurs de risque de la maltraitance	p. 39
3.2.4.1	Les facteurs de risque spécifiques au soignant	p. 39-42
3.2.4.2	Les facteurs de risque spécifiques à la personne soignée	p. 42-45
3.3	La prévention	p. 45-46
3.3.1	La prévention liée au personnel soignant	p. 47-49
3.3.2	La prévention liée à l'institution	p. 49-52
3.3.3	La prévention liée à la société	p. 52-55
3.3.4	La prévention liée à la personne âgée	p. 56-58
3.4	La bientraitance	p. 58-59
3.5	Le cadre théorique	p. 59-62
4.	Méthode	p. 63
4.1	La question de recherche	p. 64
4.2	Les bases de données utilisées	p. 64-66
4.3	Les critères d'inclusion	p. 66
4.4	Les critères d'exclusion	p. 67
4.5	L'explicitation des articles sélectionnés	p. 67-71

5. Synthèse des résultats/discussion	p. 72
5.1 Les résultats liés à la question PICOT	p. 73-75
5.2 L'approfondissement des résultats	p. 75
5.2.1 La formation	p. 75-78
5.2.2 La dénonciation	p. 78-80
5.2.3 Le dépistage	p. 80
5.2.4 L'équipe soignante	p. 81-83
5.2.5 La pluridisciplinarité	p. 83-85
5.2.6 Le positionnement du personnel	p. 85-86
5.2.7 Les facteurs préventifs liés au résident	p. 86-88
5.2.8 La qualité des soins	p. 88-89
5.2.9 La communication	p. 89-92
5.2.10 Le système politique et législatif	p. 92-93
5.3 Les recommandations pour la pratique	p. 93-96
6. Conclusion	p. 97
6.1 Les apports du travail de Bachelor	p. 98-99
6.2 Les limites	p. 99-101
6.3 Les recherches futures	p. 101-102
7. Références	p. 103-109
8. Annexes	p. 111
8.1 Explicatifs des outils développés dans les résultats	p. 112-118
8.2 Tableau des recherches	p. 119-121
8.3 Grilles adaptées du Fortin (2010)	p. 122-264

« Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour expliquer chaque détail, pour leur dire où trouver chaque chose... Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer ».

(Antoine de Saint-Exupéry, 1948)

Résumé

Problématique : La problématique de notre travail cible la maltraitance des personnes âgées dans les homes. Cette thématique est un problème de santé publique et va à l'encontre des droits de l'Homme (Dong, 2015). Le nombre de personnes âgées en Suisse est considérable et ne cesse d'augmenter (OFS, 2012). Cette augmentation va de pair avec l'augmentation potentielle de la maltraitance des aînés. Finalement il est important de souligner qu'un taux élevé de maltraitance est engendré par les professionnels soignants. Selon Alter-Ego (2015), cette maltraitance est l'œuvre d'un soignant dans 28% des cas de mauvais traitements.

Concepts : Nous avons développé divers concepts liés à la problématique de la maltraitance des personnes âgées, qui sont les suivants : les personnes âgées, la maltraitance, les facteurs de risques de la maltraitance, la prévention de la maltraitance et la bientraitance. Afin de démontrer la pertinence de cette problématique dans les soins infirmiers, nous avons fait des liens avec les 4 concepts des métaparadigmes infirmiers (Fawcett (1984; dans Comte, 2013)), ainsi qu'avec les modes de savoirs infirmiers (Carper (1978; dans Comte, 2013)). Nous avons ensuite choisi la théorie infirmière de Jean Watson (1979 – 2008; dans Comte 2014) afin d'éclairer la thématique de la maltraitance.

Méthode : A travers la méthode PICOT (Melnyk & Fineout-Overholt (2013; dans Schwander, 2015)), nous avons développé notre question de recherche suivante: « Quelles sont les méthodes de prévention efficaces

pour prévenir la maltraitance induite par les soignants chez les personnes âgées en EMS ? »

Ensuite, la méthode de notre revue de littérature présente par quel procédé nous sommes parvenues à dégager des articles scientifiques nous permettant de répondre à notre question de recherche. Ainsi, plusieurs bases de données ont été employées (PUBMED, CIHNAL, PSYCHINFO, COCHRANE, MEDLINE) et au total 15 articles scientifiques répondant à nos critères d'inclusions ont été sélectionnés et analysés à l'aide de « Grille de Fortin » (2010).

Résultats : Les résultats dépendent des analyses des 15 articles scientifiques que nous avons sélectionnés. Diverses pistes de prévention de la maltraitance de la personne âgée en institution sont exposées. Cependant, peu d'études ont permis d'évaluer l'efficacité de ces méthodes.

Conclusion : La conclusion expose les éléments contraignants et facilitants de notre travail, ainsi que les limites. Puis, nous avons envisagé plusieurs perspectives pour la pratique.

Mots clés : Maltraitance des personnes âgées, institution, prévention, bientraitance

Keys Words : Elder abuse, nursing home, prevention, well-treatment

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Naamat Messmer-Al Abed, pour sa disponibilité, son engagement, ainsi que pour ses conseils de qualité tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions ensuite tout particulièrement l'ensemble du personnel de la médiathèque de l'HE-Arc de Neuchâtel pour l'aide apportée dans l'obtention d'articles. Ainsi qu'à l'ensemble de nos professeurs durant ces trois années de formation pour leurs apports théoriques.

Nous remercions aussi chaleureusement Maïté Garcia pour avoir réalisé la relecture finale de ce travail.

Enfin, nous souhaitons remercier de tout cœur nos proches ; parents et amis, pour leur précieux soutien et leurs encouragements dans cette importante étape de notre formation.

1. Introduction

Cette revue de littérature est un travail de groupe réalisé dans le cadre de notre Bachelor en soins infirmiers. Elle exposera le thème de la maltraitance envers les personnes âgées par les soignants dans le contexte des institutions de soins.

A travers le développement de ce travail, l'objectif sera, après avoir pris connaissance des différents aspects de la thématique de la maltraitance, de mettre en évidence les méthodes de prévention efficaces face à cet important problème de santé publique.

Cette revue vise à rechercher et analyser les dernières études scientifiques publiées en matière de prévention de maltraitance chez la personne âgée, et permettre une sélection des méthodes de prévention les plus efficaces.

Comme nous l'exposerons plus en détail dans le chapitre de la problématique, la maltraitance envers les personnes âgées peut avoir de graves répercussions pour la santé et le bien-être des personnes qui en sont victimes, et pour leur entourage. Malgré les nombreux ouvrages littéraires, articles et études désormais existants, le sujet est encore relativement récent dans le domaine de la recherche, et reste encore tabou. La maltraitance des personnes âgées est souvent mal connue et sa gravité sous-estimée par les professionnels de la santé, comme par la population en général.

Concernant le déroulement de ce travail, nous allons dans un premier temps exposer la problématique, dans laquelle nous présenterons la manière dont la question de départ est survenue, et pourquoi nous nous sentons

particulièrement concernées par cette thématique. Nous traiterons ensuite des questionnements fondés sur notre pratique professionnelle en lien avec le thème de la maltraitance.

Nous démontrerons par la suite le lien direct qui existe entre la problématique de la maltraitance des personnes âgées et la profession infirmière, en développant les savoirs infirmiers ainsi que les méta-paradigmes. Puis dans le but d'étayer notre sujet nous réaliserons une revue exploratoire à travers différents ouvrages, avis d'experts, et diverses publications, provenant notamment d'associations.

Dans le chapitre suivant, nous exposerons et expliciterons les différents concepts retenus comme pertinents, c'est-à-dire la maltraitance, ses indicateurs, ses facteurs de risque, la prévention, la personne âgée, et la bientraitance. Le sujet sera également éclairé au travers d'une théorie de soins infirmiers : la philosophie du caring par Jean Watson (1979 – 2008).

Le chapitre de la méthode sera consacré à exposer en détails la manière employée pour la recherche d'études scientifiques fiables et récentes, répondant à notre question de recherche. On retrouvera entre autre dans ce chapitre les mots-clés et les bases de données utilisées, les critères d'inclusion et d'exclusion d'articles, ainsi que notre question de recherche formulée selon la méthode « PICOT » (Melnik & Fineout-Overholt (2013; dans Schwander, 2015)).

Le chapitre final, la discussion, nous permettra de présenter la synthèse des résultats obtenus, c'est-à-dire les méthodes de prévention retenues

comme efficaces. Nous exposerons ensuite les conséquences de ces résultats pour la pratique infirmière, avant de conclure.

2. Problématique

A travers ce chapitre de la problématique, nous exposerons premièrement notre questionnement initial, ensuite, nous développerons les savoirs infirmiers selon Fawcett (1984) et les modes de savoirs selon Carper (1978). Suite à cela, nous étayerons la revue exploratoire, puis, nous mentionnerons en quelques mots les différents concepts de notre sujet. Finalement, nous émettrons des perspectives et propositions pour la pratique infirmière en lien avec cette problématique.

2.1. Le questionnement initial

Cette thématique qui nous a été attribuée suscite en nous beaucoup de questionnements. En premier lieu, nous nous sommes posées la question suivante : comment se fait-il que nous rencontrons encore de la maltraitance, malgré toutes les chartes mises en place ? En effet, dans certaines institutions qui valorisent, à travers leur charte, des valeurs telles que : le maintien de l'autonomie, le respect, la dignité, la préservation de l'intégrité, etc., nous avons pu constater des actes qui sont à l'encontre de ces mêmes valeurs.

Nous avons pratiqué des stages dans des homes pour personnes âgées, où la philosophie de soins humanitude prônait. La philosophie de l'humanitude est basée sur le concept de bienveillance. Le but étant d'accompagner les personnes âgées en respectant leur autonomie tout en faisant preuve de tendresse à leur égard (IGM France, 2010). Malgré le fait que les soignants étaient formés à cette philosophie, nous nous sommes aperçues que des actes de maltraitements étaient présents dans certaines

circonstances. Pour illustrer cela, nous avons observé des situations dans lesquelles un soignant infantilisait un patient en le nourrissant, alors que celui-ci ne le souhaitait pas. Nous nous interrogeons donc sur l'efficacité de la mise en place au quotidien de cette philosophie, et de manière plus générale, des méthodes mises en place pour diminuer la maltraitance.

Nous nous demandons quelles sont les causes qui amènent le soignant à devenir maltraitant, malgré son rôle qui est de prendre soin du patient. Nous disposons à travers notre formation de différents apprentissages qui vont à l'encontre du concept de maltraitance. Par exemple, le respect de l'éthique professionnelle et les standards de qualités guident notre formation. Or, nous avons fréquemment observé des situations ne permettant pas aux patients de développer leur autonomie dans les soins car le soignant manquait de temps.

Peu de chiffres existent concernant la maltraitance des personnes âgées en institution en Suisse (Smith, Nakamura, & Büla, 2015). Ceci nous pousse à nous interroger sur les causes de ce manque d'informations. Les patients et/ou les soignants dénoncent-ils ce qu'ils subissent ou observent ? Certaines études révèlent que les personnes âgées et leurs proches sont souvent peu informés de leurs droits et des définitions des violences (Gabrot & Duportet (2012; Escard, Barbotz, Di Pollina, & Margairaz, 2013)). Ceci contribuerait-il au phénomène de non-dénonciation ?

« Loin d'être un phénomène nouveau, la maltraitance des personnes âgées a pourtant pendant longtemps été un sujet tabou » (Tritten-Helbling,

p.15, 2013). De plus, il s'agit d'un problème de santé publique et d'un problème allant à l'encontre des droits de l'Homme (Dong, 2015).

L'augmentation de la longévité, et du nombre de personnes âgées, indique l'amélioration de la santé de la population (OMS, 2015). Avec cette augmentation, nous devrions être aptes à offrir des soins de qualité adaptés aux personnes âgées. Or, nous constatons que les chiffres de personnes âgées concernées par la maltraitance sont importants et que ces violences sont souvent mêmes prodiguées par des soignants. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), (2015), une personne âgée sur dix serait maltraitée. De plus, selon Alter-Ego (2015), cette maltraitance est l'œuvre d'un soignant dans 28% des cas. Ces chiffres ont suscité notre questionnement : comment se fait-il qu'un taux si élevé d'actes mal intentionnés soit présent dans les soins, malgré les moyens de prévention existants ? Ceci nous amène à poser notre questionnement de départ : Quelles sont les méthodes de prévention de la maltraitance chez les personnes âgées dans les institutions de soins, permettant de lutter contre ce phénomène ?

2.2. La pertinence en lien avec les savoirs infirmiers

Dans ce deuxième point, nous allons traiter les métaparadigmes et les savoirs infirmiers en lien avec ce sujet. Ceci a pour objectif de lier la problématique de la maltraitance avec la pratique infirmière.

2.2.1. Les métaparadigmes infirmiers

Fawcett (1984) considère que la discipline infirmière est composée de quatre concepts centraux (la personne, l'environnement, la santé et le soin infirmier), qu'il nomme métaparadigmes (Comte 2013). Ces concepts sont en interaction dans un processus de vie afin d'atteindre le bien-être et un fonctionnement optimal des êtres humains malades ou en bonne santé. (Debout (2008; dans Lecocq & Jouteau-Neves, 2015). Les auteurs rajoutent qu'à travers l'interaction des métaparadigmes, ce sont les interventions infirmières qui affecteront positivement la santé de la personne.

La personne : La personne a été définie par Florence Nightingale (1859 ; dans Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010) comme un être, malade ou en santé, possédant des composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles.

Dans ce travail de recherche en lien avec la maltraitance, la personne sur laquelle nous nous sommes focalisées est la personne âgée. Comme nous l'expliquons plus en détails dans « le choix de la population étudiée », il s'agit d'une population particulièrement vulnérable, et très présente dans les institutions de santé suisses.

Une récente étude fait remarquer que plus une personne âgée présente des facteurs de vulnérabilité, tels que le handicap, l'isolement, ou encore la dépendance, plus elle est sujette à la violence (Escard & al., 2010).

Nous pouvons en conclure que plus une personne est âgée et vulnérable, plus elle risque de subir de mauvais traitements. Ces actes malintentionnés entraînent une augmentation non négligeable de la mortalité. (Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, & Charlson, 1998).

Nous pouvons affirmer que la maltraitance affecte profondément le méta-paradigme de la personne, non seulement dans sa dignité et son estime d'elle-même, mais aussi dans sa santé physique et dans son espérance de vie.

L'environnement : L'environnement sélectionné dans le cadre de cette revue sera l'EMS, soit l'abréviation d'« établissement médico-sociaux », nous voulons parler en ces termes des établissements de soins gériatriques.

Nous avons choisi cet environnement pour diverses raisons. Premièrement, en ces lieux, les cas de maltraitance sont provoqués essentiellement par des soignants. Deuxièmement, les personnes en institutions de soins sont d'avantage sujettes aux mauvais traitements. En effet, les personnes placées sont fragiles, leur autonomie, leur dignité, et leur intégrité sont menacées de part leur vieillesse et leurs handicaps (Monod & Sautebin, 2009).

L'environnement est étroitement lié au concept de la maltraitance : nous constatons que l'institution a le rôle de protéger les personnes âgées vulnérables. Cependant elle peut elle-même être la cause de maltraitance institutionnelle si elle manque de ressources ou ne s'adapte pas aux rythmes

des résidents par exemple (Boissières-Dubourg, 2011).

D'après l'étude américaine Statutes to Combat Elder Abuse in Nursing Homes, trop souvent les maisons de retraite n'offrent pas la sécurité qu'elles sont censées apporter (Weinmeyer, 2014).

Dans les EMS, mêmes si les personnes sont admises pour un trouble physique, les statistiques montrent que la plupart des résidents souffrent également de troubles neurologiques, de troubles du comportement, et/ou de troubles psychiques. Wettstein (2011 ; dans CURAVIVA, 2010), exprime que souvent, ce sont les aînés atteints de troubles neuropsychiatriques qui subissent des maltraitances. Ceci implique que les soignants doivent faire face à des exigences élevées.

Ces exigences élevées seraient un facteur de risque supplémentaire de maltraitance en EMS ?

La santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2016). Les aînés ont souvent un état de santé altéré dû aux processus dégénératifs. Un acte de maltraitance peut ainsi donner lieu à de graves conséquences : « sur le plan psychologique (idées suicidaires, détresse émotionnelle, perte de confiance en soi, dépression, etc.) autant que sur le plan physique (blessures multiples, fractures, hématomes, risque de présenter un moins bon niveau de santé général, etc.) » (Alter Ego, 2015).

Les conséquences de la maltraitance peuvent être particulièrement

graves du fait que leurs os sont plus fragiles et que la convalescence durera plus longtemps. Même un traumatisme relativement bénin peut laisser des séquelles graves et définitives, voire entraîner la mort. Une étude de suivi sur 13 ans a établi que les victimes de maltraitance ont un risque de mourir deux fois plus élevé que les personnes âgées ne signalant pas de mauvais traitements. (OMS, 2015)

Les maladies neurodégénératives comme la démence, accentuent l'état de dépendance du patient, et augmentent les risques d'être maltraité. Selon Smith, et al. (2015) les personnes atteintes de démence sont plus souvent victimes de mauvais traitements physiques. De plus, ces auteurs précisent qu'un état de santé instable et des difficultés fonctionnelles peuvent constituer un risque de maltraitance.

Les soins infirmiers : D'après Zeranski et Halgin (2011), le rôle de l'infirmière, qui consiste à prendre soin et à aider les personnes âgées, n'est pas respecté lors de négligences.

Les professions de la santé, en particulier les soins infirmiers, ont des rôles liés aux actes malveillants. « Les professionnels de santé sont bien placés pour dépister les abus des personnes âgées et détecter leur vulnérabilité » (Dong, p.1233, 2015).

De plus, les personnes âgées victimes de mauvais traitements interagissent souvent avec les systèmes de santé. Pour améliorer cette problématique, le rôle infirmier est essentiel. En effet, ce dernier doit identifier la situation dangereuse ou celle qui pourrait compromettre la sécurité du patient. Il est important que les soins prodigués par les

professionnels de la santé soient toujours centrés sur le patient. Ainsi, ils permettent d'identifier des situations de maltraitance et de mettre en place des plans de sécurité adaptés (Dong, 2015).

La communication est un axe principal des soins infirmiers. Cependant, lors de maltraitances, nous avons pu remarquer que cette communication se voit rompue. Des facteurs favorisant la non-malfaisance dans les soins infirmiers sont : « une communication authentique, partenariale et empreinte d'estime et des informations appropriées permettant aux personnes concernées d'exercer leurs droits » (ASI, p.16, 2013). « Le respect de la dignité de l'individu et du caractère unique de la vie est au centre de toutes les activités infirmières » (ASI, p.5, 2013). Cette dernière citation montre à quel point la maltraitance n'est pas compatible avec les différents rôles infirmiers.

2.2.2. Les modes de savoirs

Carper (1978) a séquencé le savoir infirmier en quatre modes, c'est-à-dire quatre catégories de connaissances propres à la discipline infirmière. Ces modes de savoir sont : le savoir personnel, qui s'appuie sur l'expérience de l'infirmière ; le savoir esthétique, qui fait référence aux capacités d'appréciation, d'adresse et de créativité ; le savoir éthique, lié aux valeurs et principes déontologiques ; et le savoir empirique, issu de la recherche scientifique et des connaissances théoriques (Pépin & al. 2010).

Le savoir esthétique : D'après Milhomme, Gagnon et Lechasseur (2014), ce savoir se définit comme étant la compréhension d'une situation plutôt que

sa connaissance. Ils ajoutent que c'est une voie prometteuse pour améliorer la qualité des soins.

La compréhension d'une situation s'exprime entre autre à travers l'interaction avec le patient. Jean Watson (2008; dans Comte, 2014), dans sa théorie de la science et la philosophie du caring, précise que la prise en charge « plus humaine » se réalise comme une expérience mutuelle et une connexion intersubjective. Cependant, De Saussure (1999), explique que parfois, les relations peuvent être à la base de mauvais traitements ou alors, d'épanouissement. On comprend dès lors, qu'il est important de trouver un équilibre entre la qualité des soins prodigués et l'unicité de la personne soignée afin de ne pas dévier dans des actes maltraitants. De Saussure (1999), mentionne qu'il s'agira de trouver un compromis entre les différents systèmes de valeurs en les conciliant avec son idéal professionnel. Autrement, cette démarche risquerait d'être génératrice de tensions.

D'après notre vécu en milieu professionnel, il faut faire face à plusieurs exigences pour répondre aux critères de qualité, tout en étant efficace et conserver l'individualité des personnes. Pépin et al. (2010), mentionnent que si on maintient le caractère humain des soins devant les contraintes d'efficacité et de rentabilité, l'infirmière sera capable de développer et mettre en application ce savoir. Cependant, si le soignant n'arrive pas à gérer ces contraintes, se sentant dépassé par celles-ci, cela susciterait un risque d'actes mal intentionnés. L'OMS (2002), précise que le stress lié au travail et l'épuisement professionnel sont sources de violence et négligence.

« L'infirmière doit savoir gérer la complexité et l'unicité des situations ponctuelles » (Milhomme & al., p.6, 2014).

Pépin et al. (2010), précisent que l'infirmière contribue dans sa pratique au développement des savoirs spécifiques de sa discipline. Ce savoir va ainsi permettre au soignant d'acquérir une pratique adaptée afin de diminuer les risques d'actes maltraitants envers les aînés et favoriser la prévention.

Le savoir empirique : Nous avons pu nous apercevoir, à travers différentes recherches effectuées dans des revues littéraires, que les statistiques et les résultats de recherches en ce qui concerne le phénomène de la maltraitance restent très fluctuantes. Une des causes semble être que la maltraitance n'est pas définie de manière identique entre les différents auteurs (Dong, 2015). Bien que les termes de mauvais traitements semblent se développer dans la littérature, les manières de les contrer semblent moins claires (Price, 2013).

« Les ouvrages spécialisés contiennent très peu d'éléments factuels étayés scientifiquement sur le contexte et les causes des mauvais traitements. Par contre, ils mentionnent en particulier les facteurs d'influences » (ASI, p.1, 2010). L'ASI (2010) explique de plus que le mauvais traitement n'est pas causé par un élément mais par l'interaction de plusieurs facteurs : facteurs personnels et biographiques, facteurs institutionnels et structurels, facteurs sociaux.

Le savoir éthique : Il est difficile pour les soignants, selon Zeranski et Halgin (2011), de choisir la bonne option dans une situation de soins tout en respectant l'éthique et les besoins cliniques.

Pour illustrer les dilemmes éthiques présents en lien avec la maltraitance, un exemple concret est les dispositifs physiques restreignant la liberté de mouvements d'une personne. C'est à dire les ceintures de fixations, les lits à barrières, mais aussi les chambres de soins intensifs dans les services de psychiatrie ou les médications qui agissent sur la capacité de mouvements physiques (c'est-à-dire les sédatifs). A travers nos stages, nous avons remarqué que les soignants se posent souvent la question de la pertinence et de l'acceptabilité de ces mesures. Schmid (2011; dans OMS, 2002) nous indique que dans de telles situations, nous sommes faces à un dilemme éthique. Nous sommes partagés entre une protection bien attentionnée d'une part, et d'autre part, une restriction des libertés fondamentales, une atteinte à la dignité humaine et une forme de maltraitance.

Nous pouvons faire un lien très étroit entre les droits universels de l'Homme et la maltraitance. « La négligence est souvent comprise en termes d'une violation des droits de l'Homme » (Straughair (2011; dans Price, 2013)). Selon la déclaration universelle des droits de l'Homme, l'article 5 est : « Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » (Nations Unies, 2016). Or nous avons pu nous apercevoir que certains actes sont très dégradants pour la personne âgée. Lorsque celle-ci est infantilisée par exemple.

L'Association suisse des infirmières (ASI) (2013) a établi des principes éthiques de la profession en 1990. Ses différents postulats sont inspirés du code déontologique des soins infirmiers. La dignité de l'être humain reste le point central de ceux-ci. Les quatre principes éthiques sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

Nous avons fait le choix de faire un focus sur le principe éthique de la non-malfaisance car il est, selon nous, fortement lié à la thématique de la maltraitance. Le principe de non-malfaisance comprend les éléments suivants :

Cela implique de reconnaître, de minimiser ou d'éviter les risques . Il s'agit de ne pas infliger ni de causer des dommages aux autres – de manière intentionnelle ou involontaire, de reconnaître les risques de préjudices, de les éviter ou au moins de les diminuer (ASI, p.16, 2013).

Selon l'ASI (2013), les actes maltraitants remettent en cause ces principes éthiques et une clarification de la problématique éthique doit être faite dans de pareilles situations. Ceci dans le but que les actes infirmiers prodigués soient responsables sur le plan moral et pour le bien-être du patient.

« De par leur profession, les infirmières et infirmiers sont souvent appelés à interagir avec des personnes vulnérables. Pour cette raison, leur posture et leur pratique éthique et morale sont des aspects essentiels de leur professionnalisme » (ASI, p.5, 2013).

Le savoir personnel : « Prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Il englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre et ce que l'infirmière connaît d'elle-même » (Pépin & al., p.17, 2010). En effet, ce savoir englobe des facteurs personnels, pouvant influencer positivement ou négativement les actions des soignants. L'OMS (2002), mentionne que des problèmes personnels tels que le stress lié au travail, des problèmes psychologiques du personnel, des différences culturelles ou une mauvaise communication peuvent engendrer de la violence ou de la négligence institutionnelle.

Selon Pépin et al. (2010), le mode de savoir personnel englobe également la pratique réflexive, et est donc mobilisé lorsque l'infirmière s'interroge sur son ressenti après une situation de soins. La pratique réflexive s'enrichit avec les années d'expérience et peut permettre au soignant de se remettre en question dans sa manière de faire. « De cette expérience les soignants tireront profit et amélioreront leur façon de gérer leurs émotions, leurs sentiments et les situations en équipe » (De Saussure, p.162, 1999). Ainsi, lorsqu'un soignant occasionne un acte de maltraitance, s'il est bien entouré par son équipe, il peut essayer d'améliorer sa pratique.

Nous nous sommes rendu compte lors de nos stages, qu'être face à un acte de maltraitance nous confronte aussi à l'image du soignant que nous souhaitons être ou ne pas être, et participe à construire notre identité professionnelle et personnelle.

Nous pensons que l'âge du soignant influence la dénonciation de la maltraitance. En effet, son niveau d'expérience semble avoir un impact sur celle-ci. De Saussure (1999), nous indique qu'il est parfois difficile pour un jeune soignant de prendre position et de risquer de renvoyer un collègue.

Le développement de ce point nous a permis de concevoir une vision holistique du concept de la maltraitance. Nous constatons que ce problème est présent dans toutes les dimensions de la profession infirmière.

2.3. La revue exploratoire de la littérature

Dans le point suivant, nous allons relever certaines données existantes, afin d'étayer le sujet de la maltraitance. Smith et al. (2015), mentionnent que les premiers articles médicaux abordant les sujets ont été publiés en 1975 et depuis lors, leur nombre ne cesse d'augmenter. « La suisse a commencé à s'intéresser à la maltraitance des personnes âgées au début des années 90 suite à des témoignages des proches des victimes et des soignants rapportés par la presse » (Tritten-Helbing, p.16, 2013). Roulet Schwab (2011), nous indique que ce n'est qu'à partir de 2002 que la maltraitance est reconnue comme problème prioritaire de santé publique d'après l'OMS.

Bien que le nombre de personnes âgées touchées par la maltraitance soit important, surtout dans les maisons de soins, peu de rapports sont disponibles sur ce sujet. Ceci pourrait être expliqué par le fait que ces incidents sont très peu rapportés par les personnes âgées ou les soignants.

(Ahmad & Lachs (2002 ; dans OMS, 2002)). Cependant, nous avons observé qu'il existe des associations qui se consacrent ou participent à ce sujet, notamment Alter-Ego, Pro-senectute, OMS, Curaviva, ALMA. Nous avons également pu mobiliser plusieurs ouvrages qui ciblaient le thème de la maltraitance chez les personnes âgées de manière plus générale. De plus, suite à nos recherches sur les bases de données, nous avons principalement trouvé des articles axés sur les types de maltraitance, les facteurs de risque et la prévention. Un docteur en médecine légale nous a fait part de son avis en lien avec la prévention de la maltraitance. Selon elle, la prévention de manière générale est un travail continu, ne serait-ce que par le fait du renouvellement des équipes.

Il nous paraît important de préciser que la thématique de la maltraitance contient de nombreux enjeux sociaux. « La maltraitance des personnes âgées est un problème de santé publique et un problème des droit de l'Homme qui traverse les catégories sociodémographiques et socioéconomiques » (Dong, p.1214, 2015).

Twomey et Weber (2014), nous indiquent que pour répondre à la maltraitance des personnes âgées, une approche interdisciplinaire est cruciale. Cela nous démontre que diverses professions sont incluses dans la maltraitance des aînés. Selon De Saussure (1999), la maltraitance est présente dans tous les milieux sociaux, dans toutes les ethnies et est indépendante des diverses croyances religieuses. Ceci nous démontre bien que c'est un enjeu d'une grande envergure et très présent dans le monde.

Afin d'illustrer les enjeux de cette problématique, nous allons exposer des données statistiques probantes. Selon l'office fédérale de la statistique suisse (OFS), (2016), durant l'année 2012, le nombre de personnes de 65 ans et plus s'élève à 1,398 millions, soit 17,4% de la population. Un recensement fédéral de l'an 2000 a mis en évidence que : « En l'an 2000, les personnes de 65 ans à 79 ans constituaient 11% de la population contre 5% en 1900 » (OFS, 2010). L'OMS (2015) indique que le nombre de personnes de plus de 60 ans devrait doubler. Le nombre de personnes âgées passera de 900 millions en 2015 à 2 milliards en 2055.

Concernant le nombre des aînés résidents dans une institution médicalisée, l'OFS (2016), sur la base du nombre de personnes âgées en 2012, soit 17,4%, mentionne qu'à la fin de l'année, 86'000 (6%) d'entre elles résidaient pour un long séjour (30 jours et plus) dans un établissement médico-social (EMS). « Le taux d'institutionnalisation augmente fortement avec l'âge: il passe de 1% chez les 65–74 ans à 28% dès 85 ans et plus. Les personnes y vivent en moyenne 2,7 ans » (OFS, p. 5, 2012). Ces chiffres nous démontrent que la majorité des résidents sont d'un âge très avancé. Ainsi, ce sont des personnes plus à risque de mauvais traitements. « Les bénéficiaires de soins à long terme sont considérablement à risque de mauvais traitements en raison de la vulnérabilité résultant des limitations fonctionnelles » (Post, Page, Conner, Prokhorov, Fang, & Biroscak, p. 324, 2010).

Soares, Barros, Torres-Gonzales (2010 ; dans Smith & al., 2015), ont mené une étude dans sept pays européens (Allemagne, Grèce, Italie, Lituanie, Portugal, Espagne, Suède). Celle-ci incluait plus de 4000 personnes âgées de plus de 60 ans. Cette étude a démontré que : 19,4% des participants ont souffert de maltraitance psychologique, 3,8% d'abus financier, 2,7% de maltraitance physique, 0,7% d'abus sexuel. Cooper, Selwood et Livingston (2008 ; dans Smith & al., 2015) indiquent que le pourcentage des personnes âgées dans le monde concerné par la maltraitance de tous types confondus s'élève entre 3,2 et 27,5%. L'OMS (2015), précise qu'environ qu'une personne âgée sur dix est confrontée chaque mois à la maltraitance.

En ce qui concerne les aînés maltraités en institution, il existe peu de chiffres précis sur cette problématique. Selon Smith et al. (2015), aucune étude épidémiologique de grande envergure n'existe en Suisse sur le sujet. « La prévalence de la maltraitance des personnes âgées et ses sous-types varient en fonction de la rigueur de la définition » (Dong, p.5, 2015). Malgré la faible ampleur de chiffres sur ce sujet, on sait que ce problème de santé publique est réel. Alter ego (2015), mentionne que 34% des personnes âgées maltraitées vivent en milieu institutionnel (maltraitance de la famille ou du personnel institutionnel). L'OMS (2015), cite une enquête menée auprès du personnel soignant d'un EMS aux Etats-Unis d'Amérique démontrant que : 36% des membres du personnel ont dit avoir été témoins, au moins une fois, de violences physiques infligées à un patient âgé, au

cours de l'année écoulée; 10% ont reconnu avoir commis eux-mêmes au moins une fois un acte de violence physique à l'égard d'un patient âgé, et 40% ont dit avoir harcelé psychologiquement des patients. Finalement, l'association Alter-Ego (2015), indique que dans 28% des cas il s'agit d'un professionnel.

En raison de certaines obligations telles que les droits, les sanctions et les obligations relatives aux actes maltraitants, nous allons exposer des liens avec la législation suisse. Dans la législation suisse, aucune norme spécifique n'est établie pour sanctionner ou prévenir la maltraitance (Dumoulin, 2002). D'un point de vue juridique, la maltraitance n'est pas définie. Cependant, il existe des dispositions légales générales qui permettent de punir les actes de maltraitance (Tritten-Helbling, 2013).

Nous avons constaté qu'il existe un texte déposé au Conseil fédéral. « Le conseil fédéral est chargé de présenter des pistes au Parlement pour élaborer une stratégie à l'échelle nationale pour lutter contre la violence touchant les personnes âgées et de déterminer les conditions juridiques éventuellement nécessaires à cet effet » (L'assemblée fédérale - Le Parlement suisse, 2015).

Les actes de maltraitance engendrent une atteinte à la personnalité de la personne. Mais tous les actes ne sont pas jugés comme tel. En effet, ces actes doivent être supérieurs à ce que la société tolère. Ceci nous montre bien que la maltraitance ne peut pas être mesurée. Ainsi, ne pas saluer, entrer dans une chambre sans frapper à la porte, ou l'absence de contact

visuel ne sont pas jugés comme des actes atteignant la personnalité de l'individu (Tritten-Helbling, 2013).

Le soignant a le devoir de porter plainte lorsqu'il s'aperçoit de maltraitance. Dans le canton de Neuchâtel :

Les professionnels de la santé sont habilités en dépit du secret professionnel qui les lie, à informer les autorités de poursuite pénale et la police neuchâteloise de tout fait permettant de conclure à un crime ou à un délit contre la vie ou l'intégrité corporelle, l'intégrité sexuelle ou la santé publique (article 63a alinéa 3 de la loi de santé (1963; dans Tritten-Helbling, p.278, 2013)).

Cependant, les différents professionnels de la santé peuvent se sentir réticents à signaler des actes malveillants. La subtilité des signes de maltraitance, le déni des victimes, le manque de connaissances sur le rapport des procédures, mais aussi les craintes de perdre les relations construites avec le patient et la peur de représailles par l'auteur, représentent les causes de cette réticence (Dong, 2015).

Finalement, les démarches pour porter plainte semblent être compliquées et lourdes pour les personnes âgées. De plus, les sommes allouées restent très modestes et ne permettent pas de réparer les actes malveillants (Tritten-Helbling, 2013).

Bien que la problématique de la maltraitance ne soit pas nouvelle, l'attention liée à cette thématique est relativement récente. En effet, la prise de conscience de la thématique et sa conception intolérable est récente (Tritten-Helbling, 2013). Selon Aymot (2010), « La maltraitance, après un

long silence dû à l'ignorance, aux dénis et au tabou, est maintenant sous les feux de la rampe » (Amyot, p.4, 2010). De plus, une interrogation croissante sur le vécu de la prise en charge des patients dans les établissements de santé a permis une prise de conscience de la maltraitance (Schmitt, 2013).

Plusieurs raisons de cette banalisation sont possibles. Les difficultés de la définition et de la délimitation constituent une complexité d'une appréhension du phénomène et donc de mise en place d'interventions pour y remédier (Amyot, 2010). Un manque de connaissances sur les attitudes à instaurer lorsqu'un soignant se trouve face à une telle situation occasionne lui aussi une raison de la banalisation de cette thématique. Mais aussi, la crainte du conflit, la peur de voir l'image du service ou de l'établissement, la crainte de ne pas trouver de solutions, etc. (Schmitt, 2013).

La banalisation de tels actes peut prendre une forme plus perfide lorsque que la maltraitance passe inaperçue car les soignants sont habitués à travailler avec (Schmitt, 2013). Pour illustrer, la négligence étant une forme de maltraitance, elle peut être considérée comme une abnégation ou une banalisation (Boissières-Dubourg, 2011). Finalement la personne âgée souffrant de maltraitance peut banaliser de telles situations, en changeant sa vision et son jugement, afin d'atténuer le sentiment de violence. Ainsi la personne accepte cette situation (Boissières-Dubourg, 2011).

A travers les données ci-dessus, nous constatons qu'il s'agit effectivement d'un important problème de santé publique dans notre société

actuelle. Les différentes statistiques démontrent l'ampleur du phénomène. Ces textes mettent en évidence l'absence de mesures juridiques adaptées.

2.4. Les différents concepts

Nous développerons dans le chapitre suivant les concepts retenus comme pertinents en lien avec notre thématique.

- Les personnes âgées : nous expliquerons le choix de la population étudiée.
- La maltraitance : principal concept, dont les diverses définitions seront synthétisées, et dont les différents types seront détaillés. Les indicateurs de maltraitance seront également présentés dans ce concept.
- Les facteurs de risque : les principaux facteurs seront cités et explicités en faisant un focus particulier sur le soignant, ainsi que sur le rôle de la direction.
- La prévention : nous la développerons sous l'angle de l'institution, le personnel soignant, la personne soignée et la société. Nous exposerons plusieurs méthodes en termes de prévention de la maltraitance, afin d'avoir les bases nécessaires pour rechercher et comprendre les obstacles et les limites de ces méthodes.
- La bientraitance : nous exposerons sa définition et son lien très étroit à la maltraitance des personnes âgées. En effet, celle-ci a pour

objectif de promouvoir la qualité des soins en vue de prévenir les mauvais traitements.

2.5. Les perspectives/propositions pour la pratique

Nous allons démontrer en quoi il est important de mettre en œuvre différentes stratégies pour améliorer la situation actuelle de la maltraitance dans les soins.

D'après Roulet-Schwab (2011), 57.6% des soignants participant à une étude romande ont constaté que des actions visant à prévenir la maltraitance ont été réalisées dans l'institution où ils travaillaient. Parallèlement, plus des 3/4 des responsables d'institution interrogés révèlent avoir été confrontés à une situation de maltraitance impliquant le personnel soignant. « De nombreuses institutions ont entrepris des actions de prévention de la maltraitance envers les aînés. Il s'agit le plus souvent de formation continue» (Roulet Schwab, p.25, 2011).

Comme décrit précédemment, plusieurs ouvrages exposant des méthodes de prévention existent. Cependant, la maltraitance demeure une thématique importante dans les soins. Ainsi, il nous semblerait utile de cibler les méthodes de prévention efficaces afin d'appliquer celles-ci dans la pratique. « À l'heure actuelle, on dispose de peu de données quant à l'efficacité de la plupart de ces interventions » (OMS, 2015).

La maltraitance ayant des répercussions sur la santé générale, nous pouvons en conclure qu'elle a un impact négatif sur la qualité de vie. « Il

semblerait que pour les personnes âgées l'évolution vers un moins bon état de santé aurait un impact sur leur qualité de vie » (Dogenholz, Rosen & al. (2008 ; dans Zimmermann-Sloutskis, Moreau-Gruet, & Zimmermann, p.25, 2012)).

La maltraitance envers les personnes âgées est un important problème de santé publique international, bien que la prévalence reste indéterminée, notamment en raison du faible taux de dénonciation. Il s'agit également d'un sujet tabou, malgré un nombre important d'études et d'ouvrages existant et visant à expliciter cette thématique. En tant que professionnels, nous devons être conscients que nous pouvons tous potentiellement devenir maltraitants, car la limite peut-être facilement franchie. Les actes mal intentionnés vont à l'encontre des valeurs de la profession, puisque que le rôle de l'infirmière vise à prendre soin et accompagner la personne vulnérable. De plus, notre rôle professionnel consiste également à participer à l'élaboration de méthodes de prévention face à la maltraitance chez les personnes âgées. Les différentes recherches réalisées lors de la construction de la problématique nous ont permis de confirmer un lien très étroit entre l'éthique, la déontologie infirmière, et la maltraitance chez les personnes âgées. En effet, la maltraitance touche les droits de l'homme et la dignité humaine, entrave la qualité de vie, augmente la mortalité. Il est donc primordial de lutter contre la maltraitance, et ceci se fera au travers de méthodes de prévention efficaces.

Nous nous sommes rendues compte que de nombreuses méthodes de préventions sont disponibles dans la littérature. Nous constatons que ces méthodes sont utilisées dans la pratique, car nous avons pu en observer certaines durant nos expériences professionnelles. Cependant, ces mêmes méthodes n'ont pas permis l'abolition de la maltraitance en EMS. Nous allons donc orienter notre recherche, afin de réaliser un bilan des méthodes les plus efficaces.

3. Concepts et champs disciplinaires infirmiers

A travers ce chapitre-ci, nous allons exposer et développer les concepts clés de notre sujet, c'est-à-dire, le choix de la population étudiée, la maltraitance, les facteurs de risque, la prévention et la bientraitance. Puis, nous exposerons la théorie de soins infirmiers de Watson, en lien avec la maltraitance des aînés.

3.1. Le choix de la population étudiée

La population évoquée dans la problématique de ce travail est tout d'abord « la personne âgée », mais aussi « le personnel soignant ». Il semblait important de préciser que ce travail de recherche se focalisera uniquement sur la maltraitance provenant du personnel soignant, et non celle des proches. Ce que nous entendons par personnel soignant : toute personne travaillant dans l'institution et étant en contact avec les résidents et/ou leurs effets personnels, quel que soit son statut et sa profession. De plus, nous avons fait le choix de nous centrer sur les personnes âgées en institution quelles que soient leurs pathologies. Ainsi, la démence n'est pas un critère d'exclusion à notre travail de recherche.

La définition de la personne âgée dépend d'aspects culturels et sociétaux, c'est souvent l'âge de la retraite qui pose cette limite floue. L'OMS (2015) définit une personne âgée à partir de 60 ans, mais rappelle cependant que les problématiques de gériatrie concernent surtout les personnes âgées de 80 ans et plus, et que c'est davantage la vulnérabilité et l'incapacité fonctionnelle que l'âge, qui définissent l'entrée dans la vieillesse.

Selon le gérontologue Lefrançois (2008 ; dans Agence Science Presse, 2008), c'est à 80 ans qu'apparaît la grande vieillesse. « La personne avance en âge et son terrain social se réduit : moins de relations et d'amis, enfants et petits-enfants éloignés. C'est là où la vulnérabilité s'accroît et que la maladie apparaît » (Lefrançois (2008 ; dans Agence Science Presse, 2008)).

Nous avons choisi d'orienter notre revue sur la maltraitance chez la personne âgée car cette catégorie de la population est particulièrement vulnérable : « plus la personne avance en âge, plus elle devient vulnérable, fragile à la maladie et dépendante, (...) » (Lefrançois (2008 ; dans Agence Science Presse, 2008)). Cette population compose, de plus, la majorité des personnes soignées en Suisse, tous établissements confondus.

Une importante partie des personnes âgées sont maltraitées : 10% selon l'étude d'Acierno & al. (2010), ce qui correspond aux chiffres de l'OMS (2015). Il s'agit donc d'un grand problème dans notre système de santé, d'autant plus que selon L'OFS (2012), les personnes âgées rentrent en institution de soins en moyenne à l'âge de 80 ans ; une tranche d'âge toujours en augmentation en Suisse.

3.2. La maltraitance

Ci-dessous, nous développerons la thématique de la maltraitance à travers divers aspects.

3.2.1. L'historique

C'est en 1990, que le gérontologue Robert Hugonot publie l'ouvrage « Violence contre les vieux » et met en avant la problématique de la maltraitance des personnes âgées (Moulinié, p.9, 2009).

Parallèlement, en Suisse, à la même époque, un intérêt pour la maltraitance a émergé lorsque les médias ont publié des témoignages de soignants et de proches relatant des actes de violence envers les personnes âgées (Tritten-Helbling, 2013).

Amyot (2010) donne cette définition de la maltraitance :

La première difficulté pour aborder les problèmes de maltraitance est celle de sa définition. A partir de quand peut-on considérer qu'il y a maltraitance? Pourquoi les limites apparaissent-elles tantôt nettes, tantôt floues? La réponse est aisée, chaque société, chaque groupe, chaque individu définit subjectivement le seuil à partir duquel le sentiment de maltraitance apparaît (Amyot, p.18, 2010).

Nous avons donc recherché de nombreuses définitions afin de les comparer et d'en réaliser une synthèse.

Violation des droits de l'homme selon l'OMS (2015), abus de pouvoir selon La Fondation Ethique Familiale (CIMI) (2005), ou encore atteinte aux droits fondamentaux d'après Alter ego (2015) : on retrouve bien des similitudes dans toutes les définitions de la maltraitance. On parle d'actes, et parfois d'omission d'acte, engendrant un tort, une blessure, un préjudice... Les mots diffèrent mais les sens de cette problématique semblent s'accorder.

Certains auteurs, comme l'OMS (2015), mettent l'accent sur la relation de confiance dans laquelle se produit la maltraitance. D'autres, comme Masse et Petitpierre (2011), mettent en avant la vulnérabilité de la personne maltraitée.

Mais finalement, comment un professionnel de la santé peut définir ce qu'est un acte de maltraitance, alors qu'aucune règle spécifique n'a été établie par la législation Suisse ? Gineste (2004) répond qu'il s'agit de tout acte « qu'il n'accepterait pas pour un membre de sa famille ou pour quelqu'un qu'il aime » (Gineste, p.17, 2004).

3.2.2. Les différents types de maltraitance

Pour débiter : « De nombreuses classifications des maltraitements existent, plusieurs sont utilisées, aucun consensus n'existe » (Moulinié, p. 9, 2009).

Nous avons consulté plusieurs références afin d'observer les différents types de maltraitance les plus souvent répertoriés : Tout d'abord Alter ego, qui tient un rôle très important dans les statistiques et la prévention de la maltraitance chez les personnes âgées en Suisse, puis deux ouvrages : « De la maltraitance à la bienfaisance (2011) » et « Le guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées (2010) ».

On remarque, dans un premier temps, que toutes les catégories ne sont pas les mêmes selon les auteurs (Amyot, 2010; Boissières-Dubourg, 2011; & Alter Ego, 2015), et cela même s'il y a des similitudes; par exemple le fait de regrouper les actes de maltraitance physique et les abus sexuels ensemble.

De plus, les catégories suivantes ont toujours été mentionnées, bien que leurs appellations puissent être différentes : la maltraitance physique, la maltraitance psychique, la maltraitance financière, et la négligence.

Cependant, dans les auteurs cités précédemment, seul Alter ego n'a pas défini de catégorie englobant la maltraitance médicale ou médicamenteuse. Ces actes sont répartis dans les catégories de la maltraitance physique et de la violation des droits.

Voici une brève description des différents types de maltraitance :

- La maltraitance physique : selon Smith et al. (2015) la maltraitance physique est une imposition de douleurs ou de blessures. Boissières-Dubourg (2011) donne quelques exemples, tels que le fait de gifler, pincer, ou brutaliser une personne, lui donner une soupe brûlante, ou encore utiliser des moyens de contention sans prescription médicale. Elle rappelle qu'il s'agit de la forme de maltraitance la plus médiatisée, la plus repérable et mesurable.
- La maltraitance sexuelle : Tritten-Helbling (2013) la définit en ces termes : « Les actes qui portent atteinte à l'intégrité et à la liberté sexuelle d'une personne âgée. Il s'agit de tous les contacts sexuels non-consentis » (Tritten-Helbling, p.34, 2013).
- La maltraitance psychique : selon Boissières-Dubourg (2011) il peut s'agir de cris, d'insultes, de rejet, de chantage, de familiarités, d'infantilisation. Ainsi, « en définitive le non-respect de la personne

humaine » (Boissières-Dubourg, p.50, 2011). Smith et al. (2015) l'apparentent à l'imposition de pressions psychologiques. Finalement Tritten-Helbling (2013) ajoute que cette forme de maltraitance est très diversifiée et se produit souvent sur le long terme.

- La maltraitance financière : aussi qualifiée de maltraitance matérielle, Smith et al. (2015) la décrivent comme l'utilisation illégale des fonds ou des ressources d'une personne âgée. Boissières-Dubourg (2011) parle aussi de vols d'objets personnels appartenant aux patients.
- La négligence : Smith et al. (2015) définissent ainsi ce type d'abus : « Refus intentionnel ou non, ou échec du soignant de répondre aux besoins pour assurer le bien-être de la personne âgée » (Smith & al., p.2, 2015). Tritten-Helbling (2013) ajoute que la négligence compromet la santé, et la sécurité de l'individu. Elle illustre ce type de maltraitance par quelques exemples : « La non-administration de médicaments prescrits, le nonaccès aux soins médicaux, la privation d'aide dans les activités quotidiennes » (Tritten-Helbling, p.34, 2013).

3.2.3. Les indicateurs de maltraitance

Afin de mieux dépister et mesurer les actes de maltraitance, Aymot (2010) expose une liste d'indicateurs de maltraitance chez la personne âgée. Cette liste a été initialement rédigée par l'OMS en 2002. Nous avons retenu les indicateurs suivants, qui nous semblaient pertinents dans le contexte d'un établissement de soins gériatriques (Amyot, 2010) :

- La personne se plaint d'agressions, exprime des déclarations contradictoires, manifeste des changements de comportements, de la peur, un repli sur elle-même, des symptômes dépressifs, un évitement des contacts avec les soignants, et/ou des changements dans ses habitudes alimentaires, des troubles du sommeil.
- La personne présente des blessures, des brûlures, des coupures, et/ou des ecchymoses non expliquées, à des endroits inhabituels.
- La personne présente des saignements vaginaux ou anaux, des infections génitales inexpliquées, et/ou des ecchymoses autour des seins ou des organes génitaux.
- La personne souffre de malnutrition ou de déshydratation sans cause médicale.
- La personne présente une mauvaise hygiène corporelle.

Une liste d'indicateurs relatifs au soignant est aussi présentée :

- Le soignant semble fatigué, stressé, ou/et agressif.
- Le soignant fait des reproches à la personne âgée, et/ou la traite comme un enfant ou de manière déshumanisante.
- Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui.
- Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être hostile ou évasif.

- Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée.

(Aymot, p.10, 2010)

D'autres auteurs (Smith & al., 2015), mettent également en avant des signes tels que des blessures multiples inexplicables, des infections sexuellement transmissibles, des changements de comportements, une hygiène négligée, et des déficits en soins médicaux, comme une escarre non-soignée par exemple.

Selon Smith et al. (2015), le dépistage de la maltraitance n'est pas facile à mettre à pratique, car ces symptômes sont peu spécifiques. En effet, un changement de comportement, des peurs, un repli sur soi-même peuvent aussi être des signes de démence. Quant aux blessures, coupures et ecchymoses, elles peuvent avoir de multiples causes, comme une chute par exemple.

Le comportement de la personne maltraitée n'est pas toujours celui auquel on s'attend : Selon Boissières-Dubourg (2011), la personne âgée maltraitée vit un deuil, car elle présente une perte d'espoir face à l'institution sur laquelle elle comptait pour être soignée. Comme il s'agit d'un processus de deuil, la personne âgée passera par une phase marchandage, où la victime - dans l'espoir de diminuer les actes de maltraitance - va se montrer aimable et reconnaissante. Par conséquent elle ne va pas forcément dénoncer le soignant maltraitant ou se plaindre.

3.2.4. Les facteurs de risque de la maltraitance

Premièrement : « La connaissance limitée des facteurs de risque peut contribuer à une mauvaise détection des actes de maltraitance » (Johannesen & LoGiudice, p.292, 2012). La connaissance des facteurs de risque de la maltraitance est donc essentielle pour réaliser une détection et une prévention efficace.

L'étude publiée par Smith et al. (2015) énumère un certain nombre de facteurs de risque ayant une incidence sur les actes de maltraitance. Nous avons sélectionné les facteurs de risque suivants, en raison de leur pertinence dans le contexte des établissements de soins pour personnes âgées :

3.2.4.1. Les facteurs de risque spécifiques au soignant

L'épuisement professionnel : « La maltraitance, quel que soit son objet, peut être liée à l'épuisement professionnel du soignant » (Boissières-Dubourg, p. 97, 2011). De plus, « L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » (Bédard & Duquette (1998; dans Boissières-Dubourg, p.97, 2011)).

Mais par quels phénomènes se crée cet épuisement pouvant mener jusqu'à la maltraitance ? Amyot (2010) répond à cette interrogation : « Ce phénomène prend sa source lorsque le soignant ne peut pas accomplir sa volonté de bien faire. Il va alors éprouver un sentiment d'impuissance

grandissant, et assister la personne soignée devient de plus en plus éprouvant » (Amyot, p.141, 2010). De plus : « Si ces expositions à ces circonstances stressantes se répètent, cela entraîne des mécanismes de défense de la part des soignants » (Boissières-Dubourg, p.97, 2011).

Enfin : « L'épuisement va se manifester par une fatigue, ainsi que par une augmentation de l'irritabilité et de l'impulsivité, pouvant mener à des actes brutaux envers les personnes soignées » (Amyot, p.141, 2010).

La pression du temps et du rendement : Dans les institutions, chaque soin doit se faire dans un temps imparti. Cependant, il n'est pas toujours facile de concilier le temps imparti et l'autonomie de la personne âgée. La pression du temps peut mener à des situations dans lesquelles les transmissions seraient diminuées. De ce fait, cela peut induire des erreurs dans la prise en charge des résidents (Boissières-Dubourg, 2011).

D'après Amyot (2010), le manque de temps est une plainte récurrente chez les soignants travaillant en EMS, et peut engendrer une diminution de la qualité des soins faute de ressources. Ceci peut occasionner des tensions et un risque d'épuisement accru du personnel, favorisant la maltraitance. L'impression de manquer de temps a aussi été évoquée par l'une des infirmières que nous avons interrogée :

Je ne suis pas satisfaite de mon travail quand j'ai dû le faire trop rapidement, et que je n'ai pas respecté le rythme de la personne âgée, que j'ai fait le strict minimum, que les imprévus s'additionnent, que j'ai dû sauter des soins car je n'avais pas le temps (Infirmière anonyme, 2015).

Amyot (2010) évoque un autre problème en lien avec le temps : la contrainte des horaires. « Les résidents se retrouvent aussi victimes de cette gestion étroite de la temporalité, contraints de se plier aux horaires imposés. Ils n'ont souvent plus le choix de leurs horaires de lever, de coucher, de repas, de visite, de toilette, etc. » (Amyot, p.111, 2010).

Concernant les contraintes économiques, Boissières-Dubourg (2011) explique que le fait de vouloir garder l'institution occupée au maximum de ses capacités peut mener à des admissions et sorties mal organisées. Nous avons nous-même constaté d'autres problématiques en lien avec les contraintes économiques, comme la restriction des protections pour l'incontinence, une dotation insuffisante en personnel, ou encore des déficits de matériels de soins, qui peuvent jouer un rôle dans les facteurs de cause de la maltraitance.

Pour conclure : « L'organisation du travail ne donne pas toujours au personnel les moyens nécessaires pour assurer un accompagnement humain des personnes » (Amyot, p.159, 2010).

Les autres facteurs de risques relatifs au soignant : D'après Boissières-Dubourg (2011), de nombreux facteurs peuvent entraîner le soignant à maltraiter, et donc à se trouver en opposition à leur mission de prendre soin : par exemple un métier choisi par nécessité, une formation déficiente, ou encore des affectations dans un service qui ne correspond pas au choix et

aux compétences du soignant. Boissières-Dubourg (2011) évoque également la focalisation sur le soin technique. En effet, s'il est appliqué tel qu'il a été appris, sans l'adapter à la réalité et aux besoins du patient, il peut devenir inadéquat.

Amyot (2010), insiste sur le fait qu' « une action soignante essentiellement fondée sur des protocoles de soins, produit ainsi le risque de générer une réponse pré-déterminée au problème rencontré sans prendre le temps d'en questionner sa raison » (Amyot, p.126, 2010).

3.2.4.2. Les facteurs de risque spécifiques à la personne soignée

La déficience physique et la perte d'autonomie : « Les cas de violence dans les institutions sont dans tous les cas favorisés par la perte d'autonomie chez la personne âgée » (Moulinié, p.3, 2009). C'est ce que semble confirmer l'étude menée par Post et al. (2010) : « Les bénéficiaires de soins à long terme sont plus vulnérables de par leurs limitations fonctionnelles, et sont donc plus à risque d'être victimes de mauvais traitements » (Post & al., p.324, 2010).

Ces mêmes auteurs envisagent la déficience physique comme facteur de risque. En effet, un résident âgé, avec de grands besoins d'assistance pour les soins aura davantage d'occasions d'être victime d'actes maltraitants (Post & al., 2010).

La démence et la déficience cognitive : Dans le courant de notre formation, nous avons toutes les trois réalisé des stages en milieu gériatrique,

ce qui nous a permis de constater que la démence chez les personnes âgées, et en particulier la maladie d'Alzheimer, est très fréquente chez celles-ci. De Saussure (1999) indique qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à vingt-cinq fois plus de risque d'être victime de maltraitance physique : « La détérioration cognitive, d'autre part, constitue un facteur de risque important à l'égard de la maltraitance perpétuée par les dispensateurs de soins » (Steinmetz (1988 ; dans De Saussure, p.87, 1999)).

La démence va aussi toucher plusieurs aspects du résident et ainsi demander une prise en soin importante chez les aidants :

Le phénomène unanime relevé, autour duquel s'organisent les éléments particuliers susceptibles de donner lieu à une violence, c'est la dépendance du dément, par la charge qu'elle constitue sur les tiers, épuisés et à bout de nerfs, susceptibles au fil du temps de gestes d'égarément (De Saussure, p.88, 1999).

Les déficits cognitifs peuvent également engendrer un changement de comportement et de personnalité chez les personnes âgées. Ainsi, la prise en soin demande de multiples compétences dont celle de pouvoir s'adapter. D'après De Saussure (1999) c'est particulièrement chez ces personnes que les mécanismes d'adaptation doivent être plus souples. « Or, la démence fait du vieillard un étranger, aux réactions souvent difficiles à prévoir » (De Saussure, p.89, 1999). De plus, toujours d'après De Saussure (1999), ceci peut engendrer chez les soignants une méconnaissance du monde intérieur de la personne, engageant une angoisse et une perception du résident

comme un objet. Cette déshumanisation risque d'entraîner de la maltraitance.

Un autre phénomène peut encore provoquer des actes inadaptés dans les soins : les personnes démentes peuvent avoir une atteinte dans leur langage, et cela risque de détériorer leur relation avec le soignant. Selon De Saussure (1999), les réponses ou non des aînés peuvent être mal interprétées par le soignant, qui pourrait penser que cela provient d'un manque de volonté de la part du résident. Cette pensée risque d'engendrer une tension chez le soignant. De plus, une absence de langage chez le résident peut l'empêcher de dénoncer des actes de soins inadéquats.

Les troubles du comportement chez la personne soignée :

Les troubles du comportement chez la personne soignée, définit ici comme des violences verbales ou physiques, ainsi que des refus de soins, ont une importante incidence sur les taux de maltraitance chez la personne âgée. Les soignants, se sentant agressés, seraient alors susceptibles de retourner l'abus contre la personne soignée (Post & al., p.340, 2010).

Smith et al. (2015) ajoutent que les résidents au comportement agressif induisent des sentiments désagréables, tel que du stress, chez le soignant. Ceci peut amener à des actes violents en retour.

L'isolement social : L'isolement social représente un facteur de vulnérabilité du patient (Monod & Sautebin, 2009). Comme explicité auparavant, la vulnérabilité de la personne âgée induit un risque de maltraitance. Les études menées par Johannesen et LoGiudice (2012), ainsi

que par Smith et al. (2015), mettent en évidence l'augmentation du risque de maltraitance en cas de faible soutien social. De plus, Smith et al. (2015) expliquent celui-ci par le fait de que lors de difficultés les comportements illégitimes seront dissimulés.

3.3. La prévention

Nous avons décidé d'orienter notre thématique sur la prévention de la maltraitance. Ce choix a été fait afin de trouver des moyens et des stratégies pour lutter contre la maltraitance des aînés institutionnalisés. L'organisation mondiale de la santé définit la prévention comme: « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents » (Soins infirmiers, 2008). La prévention peut être distinguée selon le type d'action qu'elle souhaite effectuer.

- La prévention primaire comprend « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux » (Soins infirmiers, 2008). Elle fait appel à des mesures de prévention individuelles qui consistent en des actions que l'on fait soit même, pour sa sécurité. Comme par exemple l'hygiène corporelle ou l'alimentation. Les mesures de prévention collectives font appel à des actions en collaboration avec plusieurs personnes. Par exemple la distribution d'eau potable, ou l'élimination des déchets.

- La prévention secondaire comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie » (Soins infirmier, 2008).
- La prévention tertiaire comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie » (Soins infirmiers, 2008).

« La prévention commence par une prise de conscience des mentalités que nous développons à l'égard de la vieillesse » (Amyot, p.61, 2010). Mais malheureusement, beaucoup d'aspects restent inconnus, comme l'ampleur et l'incidence de la maltraitance chez les aînés institutionnalisés. L'OMS (2002) indique que la recherche sur l'efficacité des interventions n'a pour le moment développé aucun résultat fiable ou utile. Il est donc difficile d'affirmer quelles sont les approches les plus fructueuses. « C'est parce qu'une grande partie des maltraitances est si bien intégrée à nos manières d'agir, de penser et de voir qu'elles ne peuvent faire l'objet de prévention efficace » (Amyot, p.61, 2010).

Nous allons dans ce concept aborder différentes préventions qui nous paraissent les plus adaptées à notre sujet et aux différents facteurs de risque cités précédemment. Pour ce faire, nous allons relater la prévention à travers quatre aspects : le personnel soignant, la personne soignée, l'institution et la société.

3.3.1. La prévention liée au personnel soignant

Une des principales méthodes de prévention est celle de la formation auprès du personnel soignant. Elle permettrait de sensibiliser et rendre attentif les soignants à cette problématique. « Alter ego propose également des dispositifs de formation destinés à sensibiliser les professionnels de l'action médico-sociale et leur faire prendre conscience de la problématique de la maltraitance » (CURAVIVA, p.15, 2009). De plus, la formation apporterait des connaissances relatives à la détection de la maltraitance en institution. « L'attention devrait être accordée à leur formation pour reconnaître les abus » (Nathan & Lowenstein, p.24, 2010). Par exemple, Debout (2003) proposerait que des items de repérage de la maltraitance apparaissent dans les dossiers médicaux de soins infirmiers, et dans le dossier de suivi des travailleurs sociaux.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) (2002) mentionne qu'il s'agit de changer les mentalités et de transmettre de nouveaux renseignements au travers de séminaires, de séances d'informations, de réunions, ou encore de conférences scientifiques. Nous avons également vu que les personnes souffrant de démence étaient plus à risque d'être victimes de mauvais traitements par les soignants. Ainsi, l'OMS (2015) propose comme stratégie préventive une formation sur la démence destinée aux aidants qui s'occupent des personnes âgées.

Comme cité dans les facteurs de risque de la maltraitance, il existe un réel épuisement professionnel (burnout) et un stress lié aux conditions de

travail. « Le soignant souffre de la discorde entre son idéal et les obligations de sa pratique » (Debout, p.34, 2003). Ainsi, des mesures dans ce domaine seraient nécessaires pour prévenir des actes maltraitants : « Etablir des politiques et des programmes afin que le personnel souffre moins de stress professionnel ; définir et mettre en place des politiques et des programmes visant à améliorer les établissements sur le plan matériel » (OMS, p.159, 2002). Puis, il serait aussi bénéfique de mettre en pratique la stratégie suivante : permettre aux individus s'occupant de personnes âgées d'avoir recours à des interventions. Celles-ci se baseraient par exemple sur la gestion du stress, ou sur les services de relève (OMS, 2015). Moulinié (2009) précise qu'une des solutions à la maltraitance en institution passerait par la reconnaissance des professionnels, ceci afin de lutter contre un sentiment d'inutilité ainsi qu'un désinvestissement de la part des soignants.

Afin d'améliorer l'organisation et la surcharge de travail des professionnels, et pour adopter une approche holistique du patient, il s'agira en outre de favoriser un travail pluridisciplinaire :

C'est en favorisant une vision globale de la personne et une approche multidimensionnelle (fonctionnelle, médicale, sociale et psychologique) et interdisciplinaire, que la prise en charge de la personne âgée pourra être optimale et que le risque de vulnérabilité pourra être réduit (Monod, & Sautebin, p. 2356, 2009).

L'infirmière peut prévenir la maltraitance envers les personnes qu'elle soigne. Ceci est possible en adoptant une posture de bienveillance à travers, entre autres, les éléments tels que : une réflexion éthique ainsi qu'un

questionnement permanent dans la pratique ; le fait de s'adapter aux besoins des résidents en tenant compte de l'évolution de la situation et en tenant compte de l'histoire de la personne ; le fait de démontrer du respect à son égard, en préservant sa dignité et sa singularité (Gouvernement du Québec (2015 ; dans Alter-Ego, 2015)).

L'habileté à adopter une posture réflexive fait partie intégrante de la profession infirmière et de la prévention. C'est pourquoi les soignants avec l'aide de l'établissement auraient intérêt à auto évaluer leur propre pratique : « Ouvrir un espace de réflexion sur les pratiques et un dispositif d'écoute des équipes (groupes de parole, participation à la dynamique de projet de l'institution, création de comités d'éthique interinstitutionnels) » (Amyot, p.64, 2010).

Il est fondamental de questionner les pratiques quotidiennes et de communiquer de façon professionnelle entre tous les membres de l'équipe, de savoir se remettre en question, de réévaluer ses propres pratiques, ce qui permet à chacun d'accepter les limites de son savoir être et de sa vulnérabilité face à la maladie et la vieillesse (Moulinié, p.34, 2009).

3.3.2. La prévention liée à l'institution

La prévention se fera par exemple à travers différentes chartes ou protocoles institutionnels afin que les soignants travaillent dans un sens commun : « émettre des recommandations, de rédiger et de valider des procédures et des protocoles en matière de bienveillance et de lutte contre la maltraitance » (Moulinié, p.29, 2009). L'OMS (2015) mentionne que c'est

en instaurant des politiques sur les soins en établissements qu'une définition claire et une amélioration des normes de soins pourront se faire.

Debout (2003) souligne qu'une dynamique de bientraitance dans les établissements passe souvent par un ajustement de l'organisation du travail. « Faciliter le recours à des intervenants qualifiés dans le champ de pratiques tels que : l'ergonomie, la psychodynamique du travail, le conseil en organisation, en gestion et en ressource humaines et en assurance qualité dans le secteur des services aux personnes » (Debout, p.44, 2003).

Il est donc recommandé de prendre en compte davantage la dimension du temps, au plan de la gestion des programmes de soins d'une part, et la gestion du personnel d'autre part, tant en ce qui concerne la formation, l'organisation du travail, que la reconnaissance des différentes dimensions du métier (Debout, p. 63, 2003).

Il pourrait aussi être proposé de mettre en place des objectifs communs à toutes les disciplines et de les réévaluer afin de rediriger l'objectif ou de remettre en question les pratiques de l'établissement si besoin : « évaluer les actions entreprises et d'en rédiger le bilan par un rapport annuel d'activité » (Moulinié, p.29, 2009).

Concernant l'épuisement professionnel, Debout (2003) blâme le manque de structures d'accueil pour les personnes malades atteintes de syndromes démentiels, qui pourraient prévenir la maltraitance en institution. En effet, ces patients demandent généralement des soins importants et qui nécessitent un certain temps. Ainsi, créer des établissements adaptés

exclusivement à ces personnes atteintes de démence permettrait une meilleure prise en charge des autres patients dans les EMS.

Nous avons également abordé le facteur de risque de l'isolement. Il serait nécessaire de lutter contre celui-ci afin de permettre un champ relationnel et ainsi limiter les risques de maltraitance. Dès lors, l'établissement médico-social pourrait essayer de promouvoir cette dynamique de la façon suivante : « Les établissements doivent s'efforcer de s'intégrer dans le tissu social local : restaurant ouvert aux non-résidents, activités délocalisées à la maison de quartier » (Debout, p.72, 2003). « Certains professionnels soulignent à quel point il peut être contradictoire de multiplier les injonctions aux bonnes pratiques, l'écoute du malade, la bientraitance, sans assurer la mise en œuvre d'un minimum de moyens » (Amyot, p.159, 2010).

Le cadre d'une institution a aussi de grandes responsabilités dans la prévention de la maltraitance dans son établissement.

En raison de la position qu'il occupe, le cadre peut effectivement être tout autant un protecteur qu'un potentialisateur de la maltraitance institutionnelle, ce qui rend sa responsabilité prépondérante. Son rôle est avant tout d'être le garant de la loi symbolique de l'institution (Amyot, p.114, 2010).

La personnalité, le style de leadership et les compétences des cadres vont influencer la bonne la gestion de son équipe. Par exemple, selon Amyot (2010), si un cadre manque de charisme ou de compétences, il risque de faire preuve d'un excès d'autoritarisme. De ce fait, cette forme de toute-puissance peut l'empêcher d'entendre la souffrance psychique des personnes

faisant partie de l'institution, et de résoudre les problèmes existants. Etant donné que la dynamique d'une institution repose en grande partie sur le cadre, la rendant dépendante de celui-ci, les éléments mentionnés ci-dessus sont susceptibles d'engendrer un climat de maltraitance.

Plusieurs pistes existent pour aider les responsables d'établissements à maintenir une qualité de soin qui vise la bientraitance des résidents. « Il est important également que le projet d'établissement intègre l'objectif de prévention de la maltraitance et en décline les principales actions et modalités de mise en œuvre, ceci afin de marquer un engagement institutionnel incontestable en la matière » (Anesm, p.22, 2008). L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) (2008) définit quelques actions de prévention de la part du cadre telles que : informer le personnel de la mission de l'établissement concernant la prévention ; le repérage ; le traitement et le signalement de la maltraitance. De plus, il est nécessaire d'informer le personnel soignant sur leur obligation de signalement.

Fixer des responsabilités précises à tous les professionnels ; aménager des rythmes et une organisation du travail permettant un accompagnement continu et fiable des usagers ; définir des modalités d'échange et de coordination entre les métiers ; mettre en place des dispositifs d'analyse des pratiques, etc. (Anesm, p.22-23, 2008).

3.3.3. La prévention liée à la société

Plusieurs pays ont mis en place des systèmes de prévention de la maltraitance des personnes âgées. « Les États-Unis sont les plus avancés

pour ce qui est d'une intervention nationale, car ils ont entièrement mis sur pied un système de signalement et de traitement des cas de maltraitance des personnes âgées » (OMS, p.175, 2002). Or, selon l'OMS (2002) : « Les efforts déployés dans le monde, pour inciter à prendre des mesures sociales contre la maltraitance des personnes âgées à l'échelle nationale, et pour faire adopter des lois et d'autres mesures politiques, en sont à différents stades » (OMS, p.173, 2002). En effet, cette organisation indique que les programmes pour prévenir la maltraitance des personnes âgées sont la plupart du temps présents dans les pays à revenu élevé seulement.

Face à l'accroissement des activités de prévention de la maltraitance des personnes âgées dans le monde entier, l'International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) a été constitué en 1997.

L'INPEA, qui est représenté sur les six continents, vise à sensibiliser davantage le public, à promouvoir l'éducation et la formation, à faire campagne au nom des personnes âgées maltraitées et négligées, et à encourager la recherche sur les causes, les conséquences, le traitement et la prévention de la maltraitance des personnes âgées (OMS, p.175, 2002)

Une journée mondiale de la prise de conscience de la maltraitance des adultes âgés a été proposée par l'INPEA le 15 juin de chaque année. Celle-ci permet d'attirer l'attention sur cette thématique à travers différentes manifestations et événements et représente ainsi un outil de prévention de la maltraitance (Amyot, 2010).

Un des objectifs principaux de la prévention de la maltraitance au niveau de la société, semble être de mettre en place des foyers d'accueil d'urgence et des groupes de soutien pour les aînés qui souffrent de violences. Ceci leur permettrait de partager leurs expériences mais aussi leurs peurs et leurs angoisses. Ainsi ils pourraient augmenter leur propre estime d'eux-mêmes (OMS, 2002).

Bien que la maltraitance soit un problème de santé publique (Amyot, 2010), la majorité des pays n'ont établi aucune loi particulière sur ce sujet. De plus, lorsqu'il est possible de dénoncer de tels actes, un grand nombre de personnes âgées ne le font pas. Il semblerait qu'elles ne le souhaitent pas. D'une part, car elles ne veulent pas dénoncer une des seules personnes qu'elles voient régulièrement (soignant/famille) et d'autre part, elles en sont incapables (OMS, 2002). Un objectif principal de la prévention de la maltraitance est donc de renforcer les lois et les politiques relatives à cette problématique (Tritten-Helbling, 2013).

Selon l'article 387 du Code civil, les cantons doivent surveiller leurs établissements de soins. « Il s'agit là d'un maillon important des mesures de prévention destinées à assurer la sauvegarde des intérêts des résidents » (Stettler (2003 ; dans Tritten-Helbling, p.44, 2013)). De plus, les soignants dans les EMS ont le devoir de protection et une mission de soins envers les personnes âgées et dépendantes. Ainsi, si un professionnel a un comportement répréhensible, il pourra être sanctionné selon les mesures administratives présentes dans le canton (Tritten-Helbling, 2013).

Les mesures tutélaires consentent à prévenir la maltraitance. Ces mesures permettent à la personne âgée de désigner un représentant, qui a pour rôle de l'aider et de l'assister en cas de besoin. Lorsque la personne ne détient plus sa capacité de discernement, le rôle du tuteur est crucial. En lien avec la maltraitance, il est habilité à dénoncer des actes maltraitants aux autorités (Tritten-Helbling, 2013).

Enfin, la sensibilisation de la société à cette thématique permet d'amoindrir les actes mal intentionnés. Celle-ci est d'une part réalisée par les professionnels de santé, et d'autre part par les médias. Elle a pour but de fournir des informations, mais encore d'essayer de changer l'image dégradante qu'a la société vis-à-vis des personnes âgées (OMS, 2002). En effet, notre société dispose d'une image de la vieillesse altérée par de nombreux préjugés négatifs des aînés. Ainsi, ces représentations sociales sont les fondements de potentiels actes maltraitants. Le fait de faire réfléchir la société sur nos rapports à la vieillesse serait bénéfique dans le changement de la vision des aînés (Amyot, 2010).

De ce fait, ceux qui côtoient les personnes âgées (caissier, postier, concierge, etc.) sont des piliers importants de la prévention de la maltraitance. La prise de conscience par ceux-ci de la maltraitance envers les personnes âgées, avec la connaissance de mesures de remédiations et d'aide, permettrait d'améliorer notablement sa prévention (OMS, 2002).

3.3.4. La prévention liée à la personne âgée

Une multitude de pistes de prévention liées aux facteurs de risques de la maltraitance touchant la personne âgées peuvent être envisagées. Nous développerons certaines stratégies qui permettent de diminuer sensiblement ces actes maltraitants.

Le maintien de l'autonomie des aînés est primordial dans l'amointrissement des actes maltraitants. Le fait que différents acteurs soient intégrés à l'accompagnement de la personne soignée permet de favoriser l'autonomie de ceux-ci (Debout, 2003). De plus, la Confédération Suisse, à travers la politique de la vieillesse, met en place différentes mesures permettant d'influencer positivement la vie des personnes âgées. Leurs objectifs principaux étant d'assurer un revenu suffisant et de favoriser l'intégration et la participation des séniors. L'aménagement des logements et l'accès aux soins qui leur est proposé permet donc d'encourager l'autonomie (Confédération Suisse, 2016).

Malgré le fait que les personnes âgées présentent des déficiences physiques et/ou intellectuelles, respecter celles-ci permet de prendre soin de manière optimale des aînés. Ainsi, les soins prodigués aux patients de manière respectueuse permettent de diminuer le risque de maltraitance des personnes âgées. Le fait de prendre en compte le vieillissement dans toutes ses dimensions : physiologique, relationnelle, sociale et anthropologique, est crucial pour prévenir ces actes mal intentionnés (Debout, 2003). En outre, le fait de s'inquiéter du respect du patient, de prendre en compte ses besoins,

ses attentes, de rechercher la sécurité et l'épanouissement de celui-ci, permet des pratiques adéquates et empreintes de bienveillance (Amyot, 2010).

Les risques de maltraitance sont notablement augmentés lorsque la personne âgée est isolée, tant à domicile que dans des établissements de soins (Debout, 2003). Selon Debout (2003), le fait d'élargir les relations interpersonnelles des personnes âgées, tout en leur permettant de garder leur liberté de choix, d'expression ainsi que leur dignité, permet de lutter contre l'isolement. Ainsi, cette lutte contre l'isolement avec une prise de conscience des risques liés à la solitude, permet de diminuer considérablement les actes mal intentionnés.

Les différentes démences sont des facteurs de risque de la maltraitance des personnes âgées. Lorsque celles-ci sont institutionnalisées, elles sont identifiées comme dépendantes et vulnérables. Ainsi, il est fréquent qu'elles ne soient pas informées de différents choix pris par la famille et le corps médical. Informer les personnes âgées démentes et les inclure dans les choix thérapeutiques au possible pourrait donc être favorable (Amyot, 2010).

Le phénomène de la maltraitance restant encore tabou et peu connu, la sensibilisation et l'information aux personnes âgées semblent être des stratégies bénéfiques à la diminution des actes maltraitants (Debout, 2003).

En conclusion, on constate la difficulté persistante d'allier une qualité de soin optimale et personnalisée pour chaque patient, tout en respectant certaines exigences comme le rendement. Nous voyons que différents

moyens de prévention existent sur plusieurs plans. Cependant, c'est leur application concrète dans la réalité du terrain qui pose problème aux institutions. L'OMS (2002) déclare qu'il serait impératif d'adopter des stratégies de prévention efficaces en matière de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

3.4. La bientraitance

Il nous a paru important de développer le concept de bientraitance. Selon Boissières-Dubourg (2011) : « Elle englobe une dimension positive et respectueuse des individus, de même qu'une amélioration continue des pratiques professionnelles et, logiquement, de la prévention de la maltraitance » (Boissières-Dubourg, p.127, 2011).

Ce concept est apparu dans les années 1990 autour du contexte de la protection de l'enfance. Puis, la notion de bientraitance s'est développée dans divers champs d'utilisation (Boissières-Dubourg, 2011). Une définition précise du concept de bientraitance est difficile, et les perspectives de ce domaine sont vastes. Cependant, plusieurs conceptions de ce phénomène existent. Au niveau des soins, la bientraitance englobe des actes qui visent une démarche d'amélioration continue des pratiques de soins. Ce sont des actions volontaires qui visent le bien-être du patient. Elle englobe le respect et la reconnaissance de la personne, de son histoire, de sa dignité, de sa singularité, de ses choix, de ses droits et de ses besoins afin de lui permettre de promouvoir son bien-être et son estime de soi (Boissières-Dubourg, 2011). De plus, la bientraitance constitue une intention, une attitude et un

comportement. Elle vise à être attentif au patient et à accomplir ses désirs ainsi que de respecter sa volonté (Amyot, 2010).

Il est important de souligner que, selon divers auteurs, la bientraitance n'est pas seulement l'absence de maltraitance. Selon Amyot (2010) : « La bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance » (Amyot, p.25, 2010). En outre, selon Peoc'H (2011), le fait de définir la bientraitance en tant qu'opposition à la maltraitance semble trop simpliste. En effet, la promotion de la bientraitance n'entrave pas l'apparition d'actes maltraitants. Il est possible dans certaines situations de produire un acte violent alors que nous souhaitons aider la personne. Cette affirmation peut se confirmer avec l'exemple de la tutelle (Amyot, 2010).

Afin d'évaluer la bientraitance au sein d'une institution, une solution consiste à évaluer la satisfaction de la qualité des soins. Mettre en œuvre une démarche de qualité vise à satisfaire les attentes et les besoins des patients et de leurs proches (Amyot, 2010).

3.5. Le cadre théorique

Nous avons choisi de faire des liens entre notre thématique et la philosophie de soin développée par Jean Watson entre 1979 et 2008. « Le modèle de Watson offre une approche claire sur la nature même du caring, de ses caractéristiques et des éléments essentiels qui le constitue » (Watson, p.10, 1998). Selon Watson (1998), la science du caring est l'association de

valeurs humanistes et de connaissances scientifiques. Elle a pour but de guider l'infirmière dans ses actes.

Le caring est composé de 10 facteurs caritas qui constituent la capacité des soignants à développer et maintenir la santé ou à offrir une mort paisible (Watson, 1998). Les 10 facteurs caritas sont :

1. Le développement d'un système de valeur humaniste altruiste,
2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir,
3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres,
4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance,
5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs,
6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision,
7. La promotion d'un enseignement – apprentissage interpersonnel,
8. La création d'un environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction,
9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains,
10. La prise en compte des facteurs existentiels phénoménologiques (Raile Alligood, p.82, 2014).

La théorie se compose également du « transpersonnel caring » : « Le caring transpersonnel est l'approche proposée pour atteindre la connectivité dans laquelle l'infirmière et le patient changent ensemble » (Raile Alligood, p.52, 2010). « Le caring transpersonnel cherche à se connecter et embrasser l'esprit ou l'âme de l'autre à travers les processus de soins et de guérison et commencer une relation authentique dans le moment » (Grand Theories about care or caring, p.326, 2014).

Puis, dans les concepts nous retrouvons le « caring moment » :

Il s'agit d'un moment d'émotion centré sur la personne : quand deux personnes se rejoignent dans une relation authentique et intentionnelle honorant la personne, et qu'elles partagent une expérience humaine qui élargit leur vision du monde et les mènent à une découverte de soi et des autres (Watson caring Science Institute, p.1, 2010).

« Elle implique un accent sur l'unicité de soi et des autres et de l'unicité du moment, dans lequel le rapprochement est mutuel et réciproque » (Grand Theories about care or caring, p.327, 2014).

Si en tant qu'infirmière, nous n'acceptons pas les sentiments des patients, nous pourrions glisser vers de la maltraitance. Or, selon Watson (1998) : « L'infirmière empathique reconnaît et accepte les sentiments d'autrui sans gêne, crainte, colère ou conflit. Cette forme de compréhension et d'acceptation, qui est rare dans la vie de tous les jours, compte beaucoup lorsqu'on aide quelqu'un » (Watson, p.41, 1998).

Nous nous sommes aperçues que lors de situation de maltraitance, la relation entre le soignant et la personne soignée se trouve rompue, alors que la relation d'aide et de confiance est un axe primordial pour des soins de qualité.

L'un des 10 facteurs caritas expose l'importance de l'expression des sentiments qu'ils soient positifs ou négatifs. En lien avec la maltraitance :

Une infirmière qui essaie de cacher son moi intérieur et ses sentiments est susceptible d'utiliser ces derniers de façon destructrice dans une relation avec autrui. Même si ses actions ne sont pas intentionnelles et sont destinées à protéger, elles peuvent affecter la qualité des soins de façon négative (Watson, p.38, 1998).

Cette théorie fait également référence à l'importance qu'a le soignant dans l'assistance et la satisfaction des besoins humains de la personne soignée. Ainsi, nous avons pu constater dans ce travail qu'un acte de maltraitance était une atteinte dans les droits fondamentaux de l'homme. De plus, les conséquences de ces actes mal intentionnés sont susceptibles de rompre l'harmonie, qui selon Pépin et al. (2010), est essentielle à la santé. Finalement, le caring moment est sensé honorer la personne. Contrairement à la maltraitance, il s'agit d'un moment de partage et d'amour.

4. Méthode

Dans ce chapitre, nous allons exposer dans un premier temps notre question de recherche, formulée à l'aide de l'outil PICOT (Melnyk et Fineout-Overholt (2013; dans Schwander, 2015)). Ensuite nous présenterons nos méthodes de recherche en lien avec les bases de données choisies, mais aussi les critères d'inclusion et d'exclusion de nos articles scientifiques sélectionnés. Finalement nous présenterons brièvement ceux-ci.

4.1. La question de recherche

Suite à l'élaboration de notre problématique et aux recherches effectuées dans le cadre de la revue exploratoire, nous avons réalisé que l'application concrète de méthodes de prévention faisait défaut dans la pratique. Ce qui nous a amené à poser la question de recherche suivante :

Question PICOT selon Melnyk et Fineout-Overholt (2013; dans Schwander, 2015) de type « intervention » : Quelles sont les méthodes de prévention efficaces pour prévenir la maltraitance induite par les soignants chez les personnes âgées en EMS ?

Selon Schwander (2015), une question de type intervention a pour objectif de choisir le meilleur traitement ou soin pour le bénéficiaire de soin.

4.2. Les bases de données utilisées

Afin de parvenir à répondre à notre question de recherche, nous avons recherché nos articles sur les bases de données suivantes : PUBMED,

CIHNAL, PSYCHINFO, COCHRANE et MEDLINE.

En raison de l'absence d'articles scientifiques en français sur ces bases de données, nous avons effectué toutes nos recherches en anglais. Nous avons donc au préalable traduit les concepts principaux de notre question de recherche. Ainsi nos mots clés anglais étaient : « Abuse » et « Mistreatment » pour la maltraitance, « Elder », les personnes âgées, « Nursing home » pour parler des EMS, et « Efficient prevention » pour la prévention efficace.

Nous avons ensuite converti ces mots-clés en Mesh-Term sur PUBMED, et en descripteurs sur OVID.

Nous avons utilisé la méthode PICOT pour formuler notre question de recherche. Il s'agit d'un outil permettant d'identifier et de clarifier les concepts clés de la recherche. Les composantes sont : la population, la problématique (P), l'intervention (I), la comparaison (C), les résultats, les événements ou critères de jugement (O), le temps (T). Le tableau ci-dessous illustre les mots-clés français, anglais, et les Mesh-Term ainsi que les descripteurs OVID utilisés, en lien avec la méthode PICO(T) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2013; dans Schwander, 2015))

	P	I	C	O	T
Mots-clés	Les personnes âgées La maltraitance	La prévention efficace		En EMS	
Mots-clés anglais	Elder Mistreatment/ Abuse	Efficient Prevention / Prevention / Quality of care		Nursing home	
Mesh-Term	Elder abuse	Preventive health / Primary health care / Primary prevention/ Prevention and Control Well treatment Interventions		Nursing home	
Descripteurs OVID	Elder abuse Caregivers	Preventions and Control Interventions strategies / Interventions			

4.3. Les critères d'inclusion

Pour être sélectionnés, les articles devaient présenter les caractéristiques suivantes : comporter le thème de la maltraitance, fournir des méthodes de prévention de la maltraitance, concerner les personnes âgées comme population cible, être si possible liés à un contexte institutionnel, et avoir été publiés dans les dix dernières années.

Un bon niveau de preuve était également un critère important dans la sélection d'articles, pour ce faire nous avons tenu compte de « l'impact factor ».

4.4. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusions étaient les suivants : nous n'avons pas retenu les articles publiés avant 2006, soit il y a plus de 10 ans, dans le but d'avoir des données actuelles. Concernant les thèmes de l'article, nous n'avons pas conservé ceux qui avaient trait à la maltraitance infantile ou domestique, ni ceux traitant de la maltraitance entre les résidents, ou encore de la maltraitance envers les soignants.

Nous avons collaboré avec la bibliothèque de la He-Arc pour l'obtention des articles. Ceci nous a permis d'obtenir certains articles qui n'étaient pas disponibles en « full texte ». Cependant, certains articles pertinents n'ont malheureusement pas pu être obtenus, et ont par conséquent été exclus de cette revue.

Cf. tableau des recherches, p.119-121

4.5. L'explicitation des articles sélectionnés

Nous avons sélectionné les articles suivants :

1. « A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse (2009) » provient du « Journal of Elder Abuse and Neglect » et présente une revue complète des interventions préventives de la maltraitance des aînés dans la littérature. Il a aussi pour but d'évaluer leur efficacité.
2. « Educational support group in changing caregivers' psychological elder

abuse behavior toward caring for institutionalized elders (2009) » provient du journal « Adv in Health Sci Educ » qui a un impact factor 1.412. Il expose l'efficacité d'une méthode d'intervention qui consiste en des groupes de soutien éducatifs. Ceux-ci permettent de lutter contre les comportements psychologiques abusifs, de réduire le stress au travail et de promouvoir les connaissances dans les soins gériatriques.

3. « Elder Abuse : Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies (2016) » qui provient du journal « The Gerontologist », est une étude qui explicite entre autre, des stratégies de prévention de la maltraitance au niveau communautaire, ainsi que leur efficacité. Nous avons choisi de la sélectionner car des informations pertinentes pouvaient être transférées au domaine de la prévention de la maltraitance des personnes âgées présentes dans les EMS. De plus, il possède un impact factor à 3.231.

4. « Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review (2007) » issu du « Journal of the American Medical Directors Association » possède un impact factor de 3.467. Il propose notamment deux programmes de formation évalués comme efficaces, pour orienter les infirmières sur le thème de la maltraitance des aînés.

5. « Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings (2012) » du journal « Journal of Elder Abuse & Neglect ». Malgré un impact factor à 0 cet article était pertinent car il proposait des interventions de prévention de la

maltraitance des personnes âgées d'un point de vue infirmier. Il contient aussi des mesures législatives, politiques et éducatives.

6. « Identifying, reporting, and preventing elder abuse in the practice setting (2008) », publié par le journal « Nursing standard », offrait également des perspectives de prévention intéressantes, notamment dans les domaines de la formation et de la législation, malgré son impact factor à 0.

7. « Improving care in care homes : A qualitative evaluation of the Croydon care home support team (2010) » issu du journal « Aging & Mental Health », n'avait pas, comme concept principal, la prévention de la maltraitance. En effet, le but de l'étude était d'évaluer l'impact d'une méthode spécifique, en vue d'améliorer la qualité des soins. Cependant, l'article nous a semblé pertinent car l'amélioration de la qualité des soins induit de parts et d'autres une diminution des actes maltraitants et donc la prévention de ce phénomène. De plus l'impact factor de ce journal est de 1.751.

8. « Improving Nursing Home resident Integrity by Optimizing Interpersonal Communication Skills in Clinical Staff (2013) », publié par le « Journal of Evidence-Based Social Work », présente un impact factor de 0. Cependant cet article présente des pistes de prévention basées sur des méthodes de communications. Si ces solutions sont encore hypothétiques à ce jour, elles proposent d'autres alternatives de préventions.

9. « Patient neglect in healthcare institutions : a systematic review and conceptual model (2013) » est issu de « BMC Health Services Research » et

présente un impact factor de 1.712. L'objectif de cette revue systématique est de contribuer au dialogue public et à la compréhension académique de la négligence. De plus, il apportait des informations liées à la prévention de la négligence des personnes âgées.

10. « Physical abuse against elderly persons in institutional settings (2015) » émane du « Journal of Forensic and Legal Medicine » qui a un impact factor de 0.760. Celui-ci décrit les connaissances de la violence physique des personnes âgées en institution afin de la détecter en temps opportun, d'en améliorer le diagnostic médico-légal et ainsi de la prévenir.

11. « Prevention and Early Identification of Elder Abuse (2014) » est tiré du journal « Clinics in Geriatric Medicine » et a un impact factor à 1.8. Cet article mentionne divers outils pouvant être utilisés directement par le personnel soignant afin de détecter la maltraitance des personnes âgées et d'agir sur celle-ci.

12. « Prevention of Elder Mistreatment in Nursing Homes: Competencies for Direct-Care Staff (2009) » provient à nouveau du « Journal of Elder Abuse and Neglect ». Cet article est en lien direct avec notre problématique car il présente des compétences que les soignants doivent développer dans leurs pratiques afin de prévenir la maltraitance des personnes âgées dans les EMS.

13. « To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues (2009) » du « Scandinavian Journal of Public Health » présente un impact factor de 1.832.

Il décrit les attitudes détenues par les soignants d'institution concernant la déclaration des mauvais traitements provoqués par leurs propres collègues.

14. « Treatment and Prevention of Elder Abuse and Neglect: Where Knowledge and Practice Meet—A Model for Intervention to Prevent and Treat Elder Abuse in Israel (2014) » provient également du journal « Journal of Elder Abuse and Neglect ». Cet article nous a paru intéressant, en lien avec notre questionnement, car il exposait un modèle d'intervention afin de prévenir la maltraitance envers les aînés dans la communauté (y compris dans les soins). De plus, une évaluation de ces interventions était présente.

15. « Un outil simple pour mesurer le bien-être immédiat des personnes âgées en Ehpad (2014) » provient du journal « Soins Gériatrie », qui a un impact factor à 0. Cependant, nous avons choisi de l'employer dans notre travail car il démontre un moyen facile d'estimer la qualité de vie d'une personne âgée. Il permet de mettre en place des démarches pour améliorer les pratiques quotidiennes dans les maisons de retraite. Ainsi, nous avons pu faire des liens avec la prévention de la maltraitance chez cette population.

5. Synthèse des résultats/discussion

Dans ce chapitre, nous expliquons de quelle façon nos résultats nous ont permis de répondre à notre question de recherche PICOT : « Quelles sont les méthodes de prévention efficaces pour prévenir la maltraitance induite par les soignants chez les personnes âgées en EMS ? ».

Ensuite nous développons les points essentiels que nous avons identifié comme pouvant prévenir la maltraitance des personnes âgées, induite par les soignants dans les institutions. Finalement, nous présentons des pistes de prévention qui peuvent être transférées dans la pratique.

5.1. Les résultats liés à la question PICOT

En raison d'un manque de littérature scientifique concernant les méthodes de prévention de la maltraitance pouvant être évaluées comme efficaces, notre revue ne répond que partiellement à notre question de recherche PICOT. En effet, si de nombreuses méthodes de prévention sont présentées, seules quelques-unes peuvent être certifiées comme efficaces. Elles sont les suivantes :

- Alon et Berg-Warman (2014), découvrent à la suite de leur étude que l'intervention juridique, en portant plainte contre l'agresseur par exemple, s'est avérée efficace car elle a permis d'apporter un taux d'amélioration dans la réduction des comportements abusifs.
- Lawrence et Banerjee (2010) indiquent que la mise en place d'une équipe de soutien est efficace afin d'améliorer les normes des soins dans les institutions. Ils expliquent que cette stratégie permet d'améliorer la

communication entre le personnel, mais aussi la formation et la confiance. Ceci implique une amélioration de la qualité des soins et représente ainsi une stratégie efficace afin de prévenir les mauvais traitements infligés aux personnes âgées dans les institutions. De plus, Selon Hsieh, Wang, Yen, & Liu (2008), l'intervention des groupes de soutien éducatifs s'avère efficace afin d'améliorer les connaissances gériatriques du personnel soignant et dans le but de réduire les comportements psychologiques négatifs.

- Pillemer, Burnes, Riffin et Marks (2016) signalent que pour prévenir de manière efficace la maltraitance des personnes âgées, présente dans tous les pays, il est indispensable de coordonner divers services disponibles. Ainsi, selon les auteurs, la mise en place d'équipes multidisciplinaires permet de coordonner les soins, de mobiliser les ressources disponibles et d'améliorer les diverses connaissances professionnelles. De ce fait, l'instauration d'une telle équipe serait une réponse efficace à la maltraitance des personnes âgées.
- D'après Kuhnel, Sanchez, Bertin, Normandie, & Dramé (2014), l'outil EVIBE permettant d'évaluer le bien-être des personnes âgées, afin d'améliorer la qualité de leurs soins et ainsi prévenir des risques de maltraitance, semble être efficace.

Cependant, la revue systématique menée par Ploeg et al. (2009), évaluant et résumant l'efficacité des méthodes d'interventions existant dans la littérature, indique que d'après leurs résultats, on ne sait pas quelles

interventions de prévention de la violence des aînés sont les plus efficaces et dans quelles circonstances.

Pillemer et al. (2016) soutiennent ces propos en indiquant que des évaluations fiables des stratégies de prévention efficaces de la maltraitance n'existent pas dans la littérature scientifique actuellement.

Afin de conclure, il a été difficile de répondre de manière précise à notre question de recherche PICOT. Ceci parce que l'efficacité des méthodes de prévention n'a pas encore été évaluée de façon systématique dans la littérature. Cependant, face à la gravité et l'ampleur de cette problématique, il est nécessaire de mettre en place de telles interventions, malgré qu'elles n'aient pas été évaluées. Finalement, à travers nos recherches, nous avons pu obtenir des pistes de prévention qui peuvent être mises en pratique dans les institutions de soins afin de diminuer la prévalence de la maltraitance des personnes âgées, induite par les soignants.

5.2. L'approfondissement des résultats

A travers nos divers articles scientifiques, nous avons dégagé plusieurs thématiques principales présentes dans la prévention de la maltraitance des personnes âgées, induite par les soignants en institution. Ce sont les suivantes :

5.2.1. La formation

Dans un premier temps nous avons identifié, à travers les études sélectionnées, que la formation inadéquate du personnel soignant était un

problème fréquemment évoqué par divers auteurs, et faisait obstacle à l'identification, à la dénonciation, et à la gestion de la maltraitance des personnes âgées.

L'étude menée par Almogue et al. (2010; dans Burnett, Achenbaum, & Murphy, 2014) montre que les infirmières et médecins interrogés avaient un faible niveau de connaissance sur la maltraitance des personnes âgées. Cela serait reconnu par les infirmières et les médecins eux-mêmes, qui, selon l'étude de Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuck, et Jogerst (2012), souhaiteraient plus de formations continues sur la maltraitance, notamment sur les thèmes de l'identification et de la dénonciation de celle-ci. Par conséquent, le manque d'informations mène à une incertitude concernant les critères de la maltraitance, et ainsi à des difficultés à la reconnaître et à la signaler (McDonald & al. (2012; dans Frazao, Correia, Norton, & Magalhaes, 2015)).

Si le manque de formation est un facteur de risque de maltraitance, alors la formation des soignants sur ces aspects serait-elle une méthode de prévention efficace ? C'est en tout cas ce qu'affirment Hawes; Joshi et Flaherty (2002, 2005; dans DeHart, Webb, & Cornam, 2009). Selon DeHart et al. (2009) la formation du personnel est la clé de la prévention de la maltraitance des personnes âgées dans les maisons de soins infirmiers. Pour McGarry et Simpson (2008), la formation permettrait aux infirmières d'être aptes à remplir leur rôle de contrôle, d'identification, de gestion, et de prévention de la maltraitance, et selon Alon et Berg-Warman (2014), des

programmes de formation devraient être mis en place pour identifier et traiter les victimes et les agresseurs. Pillemer et al (2016) stipulent qu'une compréhension des facteurs de risque de la maltraitance des personnes âgées permettrait de développer des programmes de prévention efficaces. Leurs avis sont partagés par Frazao et al. (2015) qui indiquent que des formations spécifiques chez les professionnels permettraient notamment une détection de la maltraitance précoce.

Les formations interactives et basées sur des cas concrets de situations de maltraitance ont été identifiées comme les plus aidantes par les soignants participants, selon David et al. (1999; dans Schmeidel & al., 2012).

Dans les programmes de formation évalués positivement, on retrouve CARRIE, une session de 8 modules comprenant des discussions ouvertes et des jeux de rôles sur la maltraitance des personnes âgées. Et SANE, une formation permettant aux infirmières de récolter des preuves médico-légales de maltraitance, et de collaborer efficacement avec la police judiciaire (Lindbloom, Brandt, Hough, & Maedows, 2007). D'autres programmes de formation permettraient d'améliorer la qualité des soins : c'est le cas de la méthode CHST (The Croydon care home support team), qui propose entre autres des ateliers pour favoriser l'utilisation de plans de soins centrés sur la personne soignée (Lawrence & Banerje, 2010).

Pour DeHart et al. (2009) les aptitudes essentielles que doivent acquérir les soignants sont les suivantes: la connaissance du phénomène de la maltraitance en EMS, la connaissance des procédures en cas de situation de

maltraitance, la reconnaissance des ressources face au stress, la reconnaissance des situations de vulnérabilité des patients, la reconnaissance des comportements des soignants pouvant générer de la maltraitance, ainsi que des notions en communication avec les personnes âgées.

DeHart et al. (2009) soulignent l'importance de ces formations : selon eux, il faut que des formations sur la maltraitance soient apportées au personnel soignant afin de leur permettre de développer des compétences en lien avec cette problématique et dans le but d'améliorer la qualité des soins. Certains résultats des programmes de formations sont mitigés (Jogerst & Ely ; Richardson & al. (1997 ; 2002, 2004; dans Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan, & Bolan, 2009)), d'autres ont été confirmés comme efficaces (Hsieh & al. 2008).

5.2.2. La dénonciation

Agir sur la maltraitance lorsqu'elle se produit nécessite tout d'abord son identification et sa dénonciation. Permettant d'interrompre la situation de maltraitance en cours, la dénonciation pourrait être considérée comme une méthode de prévention secondaire. Cependant, si plusieurs auteurs mettent en avant son importance, le taux de dénonciations effectuées par les soignants est faible, et les obstacles restent malheureusement nombreux :

Pour Erlingsson et al. (2006; dans McGarry & Simpson, 2008) une des raisons serait avant tout le manque de consensus au niveau de la définition de la maltraitance de la personne âgée. Rathbone-McCuan et Voyles ;

Rodriguez, Wallace, Woolf, et Mangione ; Wei et Herbers (1982 ; 2006 ; 2004 ; dans Schmeidel & al., 2012) identifient également les facteurs suivants : la réticence à se renseigner sur la maltraitance, le manque de protocoles d'identification, la peur des responsabilités, et les limitations des services d'investigation. Schmeidel et al. (2012), complètent ces raisons avec le manque de temps, la priorisation des soins sur les domaines courants et plus faciles à gérer, et la difficulté à détecter les abus. Les mêmes auteurs découvrent que beaucoup de soignants sont réticents à dénoncer les cas suspects de maltraitance s'ils ne sont pas totalement convaincus qu'il y ait un abus : « Une notion très répandue était l'idée qu'une forte suspicion, presque au point d'être une certitude, était nécessaire pour dénoncer l'abus » (Schmeidel & al., p.33, 2012). De plus, « la plupart des infirmières semblent ne pas connaître les protocoles exacts pour dénoncer les cas de maltraitance des personnes âgées, rencontrés dans la clinique. Et certaines pensent qu'ils n'existaient pas » (Schmeidel & al., p.28, 2012).

Selon Malmedal, Hammervold, et Saveman (2009), les soignants ayant un niveau d'études supérieures, ont une meilleure réflexion critique sur la pratique des soins, ce qui leur permet de plus facilement dénoncer de tels actes. Malmedal et al. (2009) proposent donc d'offrir des cours éducatifs et de créer des groupes de réflexion destinés aux soignants pour améliorer la dénonciation des actes de maltraitance envers les aînés.

De plus, en Norvège, il existe une loi sur l'environnement du travail

obligeant le développement de mesures favorisant la dénonciation, et protégeant l'employé dénonciateur d'éventuelles représailles (Malmedal & al., 2009). McDonal et al. (2012; dans Frazao & al., 2015) affirment qu'il serait pertinent que le domaine politique fournisse une protection du personnel soignant en cas de dénonciation d'actes de maltraitance.

En outre, comme le souligne Reason (1997; dans Reader & Gillespie, 2013), il est important que le personnel soignant fasse des rapports sur des situations de négligence afin de faire progresser les recherches et, par conséquent, les pistes d'intervention de la prévention.

5.2.3. Le dépistage

Pour traiter, il faut dénoncer, et pour dénoncer, il faut d'abord dépister la maltraitance. Cela peut se faire par l'observation des indicateurs de maltraitance de la personne âgée, ce qui demande cependant une certaine connaissance de cette problématique et des signes qui y sont associés. Pour faciliter le dépistage, Burnett et al. (2014) présentent dans leur revue un outil, le SOAP qui peut être utilisé par les soignants dans la pratique et afin de faciliter l'identification de la maltraitance. Cet outil permet une évaluation de la situation, en se basant sur des faits subjectifs et objectifs, puis classe le risque de maltraitance en quatre étapes, avec quatre actions correspondantes.

5.2.4. L'équipe soignante

Diverses pistes de préventions reliées à l'organisation des soins, aux institutions de soins et aux cadres sont présentes dans la littérature.

Les interactions et les perspectives du personnel soignant semblent très importantes afin d'appréhender les causes de la négligence des personnes âgées (Reader & Gillespie, 2013). L'étude menée par Matusitz, Breen, Zhang, et Seblega (2013) indique que des théories de communication permettent de favoriser la communication entre les membres de l'équipe et améliore indirectement le bien-être des résidents. Ceci s'explique par le fait de partager les informations, liées à la personne âgée, qui préoccupent les divers collaborateurs. De plus, selon DeHart et al. (2009), l'identification de stratégies permettant la communication du personnel soignant autour des besoins du résident, du plan de soin et du changement de comportement de la personne âgée semble bénéfique pour prévenir la maltraitance.

La collaboration est indispensable afin que le personnel soignant travaille ensemble sur un objectif commun. La volonté de coopérer et d'interagir honnêtement est indispensable dans l'amélioration de la qualité des soins d'une équipe soignante (Lawrence & Banerjee, 2010). En outre, l'identification de stratégie afin d'offrir ou demander de l'aide à ses collègues lors de conflits ou de lourdes charges de travail permet de diminuer la frustration et de prévenir la maltraitance. Ainsi, le soutien de ses collègues, mais aussi des administrateurs permet d'atténuer ces sentiments négatifs et

de créer un environnement plus sécuritaire pour les professionnels et les résidents (DeHart & al., 2009).

Afin de prévenir la maltraitance, les soignants doivent développer des compétences dans l'identification des contextes de travail favorables à la maltraitance. Mais aussi dans l'identification des attitudes et des comportements du personnel qui peuvent engendrer une atmosphère à risque de mauvais traitement (DeHart & al., 2009). Francis (2010; dans Reader & Gillespie, 2013) mentionne que l'organisation des soins, le leadership, la gestion des priorités et la réalisation d'objectifs de soins permettent de diminuer les cas de négligence, et par conséquent de prévenir celle-ci.

DeHart et al. (2009) signalent que la dotation et la formation du personnel peuvent avoir un impact sur la prévention des soins inadéquats. En effet, il serait bénéfique d'avoir un support social et financier pour une bonne gestion du stress et favoriser une perception de celui-ci et de la charge des soins (Hsieh & al., 2008). Finalement, les institutions doivent mettre en place des mécanismes qui permettent d'évaluer les soins inadéquats. De plus, le personnel doit être encouragé à se prononcer sur ces soins plutôt que d'être puni pour l'avoir fait (Malmedal & al., 2009).

Les compétences des gestionnaires de soins semblent être primordiales afin de réduire l'apparition des risques de maltraitance et de maintenir des normes de qualité. Selon White et al. (2003 ; dans Lawrence & Banerjee, 2010), celles-ci regroupent la surveillance, la responsabilité et la capacité à

remettre en question les pratiques de maltraitance. Les gestionnaires doivent continuer à encourager le personnel de soins, promouvoir la formation et le suivi des rapports quotidiens, des plans de soins et de la déclaration des diverses formes d'incidents (Lawrence & Banerjee, 2010). En dernier lieu, les cliniciens devraient prendre un rôle actif dans la gestion et l'identification des abus, malgré le manque de connaissances sur le sujet (Lachs & Pillemer (2004; dans Ploeg & al., 2009)).

Concernant la nature de l'environnement de travail, Watson (1979-2008) exprime dans le huitième facteur *caritas* le rôle de l'environnement : « La création d'un environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction » (Raile Alligood, p.82, 2014). Ceci souligne l'importance de favoriser un contexte de travail sain, dans des actions telles qu'une dotation en personnel adéquate, une bonne organisation et une collaboration dans l'équipe, ainsi que tous les facteurs permettant de réduire le stress au sein de l'institution.

5.2.5. La pluridisciplinarité

Selon Hsieh et al. (2008), afin d'améliorer les connaissances dans les soins et diminuer les comportements abusifs, il serait nécessaire d'adopter une approche multi-composante. Pillemer et al. (2016) soutiennent la même perspective en explicitant qu'une coordination adéquate des divers services présents dans une situation de maltraitance des personnes âgées permettrait de développer des stratégies de prévention efficaces. Ceci nous démontre l'importance de développer des pistes de préventions

multidisciplinaires de la maltraitance. En effet, les facteurs organisationnels sont prédominants dans les causes de la négligence (Reader & Gillespie, 2013).

L'élaboration d'une équipe multidisciplinaire permet des échanges entre différents professionnels et accorde la mise en place de plans de traitement, de discussions de dilemmes éthiques et de recherches des solutions (Alon & Berg-Warman, 2014). De plus, « le renforcement de la coopération entre les professionnels de différentes disciplines et de différentes organisations pourrait donner des résultats positifs dans la réduction de la portée de la maltraitance et de la négligence, et des dommages qu'elle provoque » (Alon & Berg-Warman, p.168, 2014). Ces mêmes auteurs indiquent que les différents professionnels pourraient être des travailleurs sociaux, des avocats, des médecins, la police, et les différents employés des services de protection.

D'après Alon et Berg-Waran (2014), les diverses disciplines présentent dans les soins se complètent mutuellement vers une solution globale dans un esprit de collaboration afin que les interventions soient crédibles et fiables. De plus, ils précisent que les objectifs des équipes pluridisciplinaires sont d'aider à résoudre les cas difficiles, d'offrir un apprentissage dans différentes stratégies et ressources, et d'optimiser l'expertise que peut apporter chaque membre de l'équipe. DeHart et al. (2009), soutiennent ces propos en déclarant que le respect entre collègues et la coopération promeuvent la qualité des soins.

Pour illustrer, une équipe de soutien pluridisciplinaire, est une méthode qui permet d'améliorer la qualité des soins et de diminuer la maltraitance. (Lawrence & Banerjee, 2010). Selon nous, et en regard des études citées-ci dessus, on pourrait par exemple réaliser, dans la pratique, des colloques pluridisciplinaires portant sur le thème de la maltraitance des personnes âgées. Ceci permettrait à chaque professionnel de partager ses idées et compétences en la matière afin d'élaborer des plans d'actions concrets au sein de l'établissement.

Des prises en soins pluridisciplinaires sont importantes dans de telles situations. En effet, les rôles des différents professionnels face à l'abus semblent ne pas être toujours clairement définis, comme nous le montre l'étude réalisée par Schmeidel et al. (2012). Ils rapportent que la majorité des infirmières pensent que c'est le rôle du médecin de dépister et gérer les situations de maltraitance. Les médecins, eux, délèguent souvent ces situations à d'autres médecins, ou aux travailleurs sociaux.

5.2.6. Le positionnement du personnel

Les soignants eux-mêmes peuvent agir sur la maltraitance par leur comportement et leurs valeurs sous-jacentes. Actuellement des préoccupations importantes se concentrent sur les attitudes personnelles des soignants dans les cas de négligence (Reader & Gillespie, 2013).

D'après Malmedal et al. (2009), les codes déontologiques ont pour fonction d'aiguiller les professionnels dans des situations difficiles et les obligent à signaler les événements qui peuvent mettre en danger la sécurité

des patients. DeHart et al. (2009), soulignent l'importance du partage des valeurs essentielles du soignant, tels que le souci de l'humanité, la compassion, l'empathie, la protection d'autrui, le respect des droits de l'âiné à la vie privée, la dignité et l'autodétermination ; tout ceci afin de prévenir la maltraitance des personnes âgées. Ainsi les valeurs personnelles des soignants peuvent induire la maltraitance ou au contraire la prévenir. Ces diverses valeurs sont présentes dans la théorie de Watson (1998). Donc nous pouvons affirmer que cette théorie est valable pour prévenir les mauvais traitements. D'ailleurs le premier de ces facteurs caritas encourage le développement d'un système de valeurs humaniste, altruiste.

De plus, le personnel soignant doit pouvoir identifier les stratégies et les ressources d'adaptation qu'il peut mettre en place face au stress personnel ; ceci afin de prévenir la maltraitance des résidents (DeHart & al., 2009). Finalement, Malmedal et al. (2009), identifient que la peur, l'anxiété et le manque de connaissances des soignants peuvent opérer comme une barrière dans la reconnaissance et le signalement de la maltraitance.

Le comportement du soignant se retrouve dans diverses pistes de prévention de la maltraitance. Autant dans sa communication, que dans les formations qu'il peut suivre, que dans sa position dans la dénonciation, etc., comme explicité dans les autres sous-chapitres.

5.2.7. Les facteurs préventifs liés au résident

Comme nous l'avons exprimé dans la problématique, les personnes âgées peuvent présenter des facteurs de risque de maltraitance. Dans ce chapitre,

nous mettons en avant les risques liés au comportement, et l'importance que les soignants y soient préparés, pour éviter la maltraitance.

L'identification des résidents vulnérables est un facteur de prévention. De plus, « les résidents agressifs et un environnement de travail stressant sont associés à une probabilité élevée de maltraitance psychologique » (Lindbloom & al., p.3, 2007). Afin de prévenir la maltraitance, le personnel soignant doit prendre conscience qu'il a une certaine autorité sur les patients dépendants et qu'il doit l'utiliser de manière responsable (DeHart & al., 2009).

DeHart et al. (2009) mettent en avant une piste de prévention : identifier les conditions relatives à l'âge qui peuvent avoir un retentissement sur la compliance et identifier les stratégies de communication adéquates chez les personnes présentant une diminution de leurs capacités mentales. Une autre stratégie de prévention est l'identification de problèmes générationnels qui influent sur le comportement du résident. Ceux-ci peuvent inclure le racisme, le sexisme et la culture. Ainsi, le personnel de santé doit être au clair avec ces différences afin de pouvoir répondre aux questions des personnes âgées de manière appropriée, selon DeHart et al. (2009).

En effet, si le personnel soignant et la personne âgée développent de bonnes relations, le premier sera en mesure de respecter les choix et le comportement du second. C'est ainsi que la maltraitance diminuera (DeHart & al., 2009).

Les personnes vulnérables, en particulier les personnes âgées atteintes de démence, ne reçoivent souvent pas le niveau de soins spécialisés dont ils ont besoin. Ceci peut entraîner des actes de maltraitance Ballard & al (2011 ; dans Lawrence & Banerjee, 2010).

Il existe quatre facteurs liés aux résidents qui peuvent avoir un effet positif sur leur bien-être : maintenir une bonne estime de soi et une identité positive, lutter contre l'isolement et la solitude, acquérir un contrôle sur sa vie et pouvoir s'adapter (Ladoucette (2011; dans Kuhnel & al. 2014)).

Les mesures de prévention en lien avec le comportement des résidents se porteront donc sur la reconnaissance et/ou la lutte contre les facteurs de risque tels que l'isolement, la baisse d'estime de soi, la dépendance, etc.

5.2.8. La qualité des soins

Afin de lutter, d'éviter, et ainsi de prévenir la maltraitance, il est primordial de cultiver une démarche bientraitante dans les soins. Selon Malmedal et al. (2009), une organisation qui favorise le développement de bonnes pratiques et prodigue les meilleurs soins possibles, est une organisation qui facilite le questionnement sur les mauvaises pratiques et la violation des normes éthiques. Nos différents articles nous ont permis de cibler quelques préventions qui s'avèrent bénéfiques dans les institutions de personnes âgées. Premièrement, Kuhnel et al. (2014), montre l'immédiateté et la simplicité de l'échelle d'évaluation instantanée de la qualité de vie des personnes âgées (EVIBE). Celle-ci engage les professionnels dans une démarche bientraitante qui est en mesure d'améliorer les pratiques

quotidiennes, et d'agir sur leurs propres conditions de travail et la qualité de vie des résidents. D'après Kuhnel et al. (2014), l'outil EVIBE permet aussi de mettre en valeur le personnel, ce qui lui apporte un meilleur accomplissement professionnel, et donc diminue le risque de burn-out. Ainsi, plusieurs études constatent qu'un lien est présent entre la satisfaction des conditions de travail des soignants et la qualité de vie du résident (Kuhnel & al., 2014).

L'étude de Matusitz, Breen, Zhangm, et Seblega (2013) démontre l'importance de la communication entre les soignants et les résidents, ainsi que son impact positif sur la qualité des soins. Ensuite, l'attitude du professionnel faisant preuve de compassion et donc de comportement bienveillant permet également d'établir des soins de qualité (Attree (2001; dans Reader & Gillespie, 2013)). Finalement, une des méthodes permettant aussi d'améliorer la qualité des soins se développe autour de plan de soins centrés sur la personne. Ceci permet à l'équipe de connaître leurs rôles dans la prise en charge des patients (Lawrence & Banerjee, 2010).

A ne pas oublier, que les établissements détiennent également une grande responsabilité à ce niveau-là. Reader et Gillespie (2013) indiquent que selon les hauts responsables politiques, les institutions doivent s'assurer que les patients soient pris en charge avec compassion et dignité.

5.2.9. La communication

Il semble que moins de maltraitance se produit lorsque des relations sont établies entre le personnel soignant et les personnes âgées (DeHart & al.,

2009). Si la communication est bonne, Castle (2002; dans Matusitz & al., 2013), mentionne que les besoins des résidents seront pris en compte dans la relation, et qu'ils sentiront ainsi une atmosphère chaleureuse, bienveillante, dans l'institution. On constate ici que plusieurs auteurs attestent de l'importance du rôle de la communication dans la prévention de la maltraitance. L'une des stratégies de prévention de la maltraitance concerne les groupes de soutien.

D'après l'étude de Hsieh et al. (2008), les groupes d'entraide exposent des connaissances dans les soins gériatriques, afin de promouvoir la gestion, la conscience et le soulagement des comportements inopportuns chez les aînés. De plus, les groupes d'entraide peuvent favoriser une réflexion sur les stressés émotionnels et personnels qui sont marquants dans les soins. Ceci va faciliter les actions des soignants dans leurs expériences face à ce stress. (Dellasega & Haagen (2004; dans Hsieh & al., 2008)). L'étude menée par Matusitz et al. (2013) présente trois théories de la communication permettant de résoudre les déficiences dans les soins aux personnes âgées en EMS. Elles permettent d'améliorer la satisfaction des résidents et de maintenir de fortes relations avec eux. Par exemple, la théorie de la réduction du doute démontre que des actions telles qu'un ton de voix approprié, un langage corporel adapté, et la présence physique permettent la réduction de la peur chez un résident (Butler & Johnson (2008; dans Matusitz & al., 2013)). Ensuite, la théorie du renforcement du doute explique comment le personnel peut se comporter pour encourager les résidents à

suivre les recommandations et les conseils des soignants ; toujours dans l'optique d'améliorer leur santé et leur bien-être (Matusitz & al., 2013).

Finalement, des compétences liées à la communication ont été développées par DeHart et al. (2009). Le personnel soignant doit développer des capacités à identifier des stratégies de communication verbales et non verbales afin d'établir une relation avec la personne âgée. Un ton de voix agréable, une approche physique non menaçante peuvent être des exemples de ces habilités. Le soignant doit apprendre à différencier une réponse appropriée ou non à un comportement « problématique » de la personne âgée. En effet, l'étude démontre que dans de telles situations, le personnel soignant peut développer un manque de respect pouvant engendrer de la maltraitance. Des exemples de stratégies appropriées regroupent, le fait de revenir plus tard si un patient ne souhaite pas coopérer, la possibilité d'offrir des choix liés à la prise en charge, la demande d'aide à ses collègues, etc. De plus, l'empathie et l'écoute active permettent aux personnes âgées de se sentir entendues et comprises, ce qui contribue à réduire leur frustration ou colère (DeHart & al., 2009).

En lien avec la théorie de Watson (1979-2008), on remarque que certaines actions préventives rejoignent les facteurs caritas du caring. Par exemple : le quatrième facteur caritas, « le développement d'une relation d'aide et de confiance » (Raile Alligood, p.82, 2014), peut être mis en lien avec les stratégies de communication entre le soignant et la personne soignée. De plus une relation de confiance pourra favoriser la réalisation et la

coordination des soins, ainsi que le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.

Une méthode de prévention serait donc d'offrir aux soignants en EMS des formations continues sur la communication avec les résidents. Au niveau de la pratique quotidienne, il sera recommandé aux soignants de faire preuve d'une écoute active, de favoriser la prise de décision chez le résident, de démontrer une communication verbale et non-verbale respectueuse et empathique, et surtout de garder à l'esprit l'importance de cet aspect relationnel comme méthode de prévention de la maltraitance.

5.2.10. Le système politique et législatif

« En accord avec leurs directives éthiques, les professionnels sont obligés de parler, au nom des droits des patients, au sujet des conditions qui peuvent être nocives pour eux » (Malmedal & al., p.745, 2009).

Afin de prévenir des cas de maltraitance, des auteurs mentionnent la chose suivante : « Il est important d'étudier les caractéristiques des maisons de soins infirmiers, de manière à promouvoir potentiellement les modifications de la législation et des propositions sur l'éducation des programmes suivis par les soignants institutionnels » (Frazao & al., p. 59, 2015).

Alon et Berg-Warman (2014), ont constaté dans leur étude que l'intervention juridique apportait un taux d'amélioration dans la réduction des mauvais traitements. Cela peut s'expliquer par son effet dissuasif, et sa définition claire des limites dans les relations interpersonnelles. Toujours

selon ces auteurs, les interventions juridiques regroupent par exemple la déclaration obligatoire, la nomination d'un tuteur, la référence à un officier de la cour et la suppression de paramètres dangereux pour la victime.

Cependant, pour d'autres auteurs, les limites permettant de juger ce qui est punissable ou non, ne sont pas si claires. Pour Reader et Gillespie (2013), le terme de négligence est décrit par le public et les médias, mais sa définition politique et juridique semble peu claire. De plus, l'étude de Schmeidel et al. (2012) démontre que les soignants avaient des difficultés à interpréter la loi concernant la maltraitance des personnes âgées, et à l'intégrer dans la pratique. De plus, les cas documentés n'étaient pas toujours acceptés notamment pour des raisons budgétaires.

5.3. Les recommandations pour la pratique

Au niveau des pistes de prévention concrètes pouvant être mises en place dans les EMS, les mesures suivantes se dégagent de nos articles :

Premièrement, il serait nécessaire que les institutions de soins proposent au personnel des formations continues sur les thèmes de l'identification, et de la dénonciation de la maltraitance, ainsi que sur la compréhension générale de cette problématique et des rôles des soignants face à celle-ci.

Les formations à mettre en place pourraient s'inspirer de celles présentées dans l'étude de Lindbloom et al. (2007), qui ont été évaluées comme efficaces. Il s'agit des programmes CARIE et SANE.

De plus, il serait nécessaire que ces mêmes institutions mettent en place des protocoles d'action et de dénonciation communs. Ces derniers seraient basés sur un consensus national et s'assureraient de la connaissance du personnel sur les lois en vigueur. En effet, ceci permettrait d'harmoniser les pratiques de soin dans les différentes institutions du pays.

Les gestionnaires auront le rôle de soutenir les équipes et de veiller à la mise en place d'un environnement de travail favorable, par exemple par une dotation en personnel adéquate à la charge de travail. De plus la communication et la collaboration en équipe devront être de bonne qualité pour favoriser l'ambiance de travail, la cohésion, et l'organisation des soins, étant donné que ces aspects ont des répercussions sur le bien-être des résidents.

Concernant le personnel, ce sera de la responsabilité de chaque soignant de connaître ses propres valeurs et ressources disponibles pour la gestion des émotions négatives telles que le stress ou l'anxiété face aux situations de soins complexes. Le personnel devra également avoir conscience des facteurs de vulnérabilité des résidents et de sa responsabilité vis-à-vis de ceux-ci, ce qui rejoint la nécessité d'être formé sur la maltraitance. De plus une ouverture et une réponse adaptée aux points de vue différents (propos racistes, différences culturelles, conflits de valeurs, etc.) des personnes âgées est essentielle pour éviter de répondre par l'agressivité et la maltraitance.

Pour favoriser la qualité des soins, et donc éviter les mauvais traitements, il existe un outil d'utilisation immédiat pour la pratique, qui permet d'évaluer le bien-être des personnes âgées : il s'agit de l'EVIBE. De plus, l'action de réaliser des plans de soins centrés sur la personne permettrait d'améliorer la qualité des soins.

La relation au patient est un facteur indispensable à la prévention de la maltraitance des personnes âgées en institution : des actions simples de communication, basées sur le respect, l'empathie, le non-jugement, et l'écoute active peuvent être mises en pratique par les soignants.

Le fait que les soignants puissent communiquer à travers des groupes de soutien, encourage la gestion du stress et le partage d'information sur le sujet de la maltraitance. Les groupes de soutien contribuent ainsi à prévenir la maltraitance dans les soins.

Au niveau de la littérature : selon Ploeg et al. (2009), il est vraiment important de mettre en place et de développer la prévention et la gestion efficace des stratégies dans les cas de maltraitance. La raison invoquée est l'augmentation constante des personnes âgées. De plus, nous pensons qu'il est nécessaire de développer les recherches dans ce domaine afin qu'il soit reconnu dans la société, et qu'il puisse être amélioré au niveau institutionnel, politique, législatif et financier.

Finalement, selon Schiamborg et al. (2012; dans Frazao & al., 2015) des politiques sociales et des réglementations doivent être développées pour protéger ces personnes, et aussi améliorer la formation des professionnels.

Bien que des pistes de prévention soient présentes dans la littérature, il est difficile pour le personnel soignant de transférer la théorie de ces interventions à la pratique.

6. Conclusion

A travers cette conclusion finale, nous allons dans un premier temps présenter ce que la réalisation de ce travail de Bachelor nous a apporté. Dans un deuxième temps nous exposerons les limites que nous avons rencontrées, pour finalement proposer quelles recherches futures seront nécessaires pour compléter les données actuelles sur la prévention de la maltraitance de la personne âgée.

6.1. Les apports du travail de Bachelor

Ce travail est un aboutissement concret de notre formation, qui nous a permis, entre autres, de perfectionner nos méthodes de recherche et d'analyse de données probantes, de revoir et d'intégrer différents modules à nos questionnements, de nous positionner en tant que futures professionnelles, et aussi de développer nos aptitudes à collaborer et réaliser un projet en groupe.

La thématique de la maltraitance des personnes âgées, ainsi que les différentes méthodes de prévention pourront être transférées dans notre futur professionnel. En effet, et comme explicité précédemment, les personnes âgées sont présentes dans tous les domaines de soins.

Nous avons rencontré les quelques éléments contraignants suivants : la langue anglaise était, dans un premier temps, un facteur incommode à l'élaboration de notre travail, mais nous avons cependant trouvé des moyens pour dépasser cet obstacle. Ensuite, le manque de consensus dans la définition de la maltraitance, a induit la lecture d'un nombre important

d'articles. Cependant, peu d'entre eux étaient focalisés sur les méthodes de prévention de la personne âgée institutionnalisée. L'élaboration de la question de recherche s'est avérée difficile à cibler, de par l'étendue du domaine et les nombreux thèmes qui pourraient y être développés. Finalement, nous avons dû faire un grand travail de synthèse afin d'exposer les nombreux éléments relatifs à la thématique.

En revanche, la cohésion et la collaboration de notre groupe, nous a permis de répartir équitablement le travail et de nous accorder sur le contenu afin d'arriver à l'objectif final de notre dossier. De plus, la disponibilité et l'investissement de notre directrice du travail de Bachelor, a contribué au développement de notre dossier en temps voulu. Finalement, l'intérêt porté au thème, a favorisé le maintien de notre motivation jusqu'à l'aboutissement du travail.

6.2. Les limites

Durant l'analyse de nos articles, nous avons constaté que beaucoup d'études soulignent le manque de recherches dans ce domaine précis, mais également en comparaison à d'autres domaines de la maltraitance. Selon Schiamberg et al. (2011; dans Frazao & al., 2015), il existe encore un manque d'analyse correcte dans les facteurs de risque, la détection et la dénonciation des abus chez les aînés, contrairement à l'abus familial. En effet, malgré nos recherches assidues, il a été difficile de trouver des articles car peu d'auteurs ont traité de la prévention efficace de la maltraitance des

personnes âgées en institution. Ploeg et al. (2009) rajoutent qu'il existe peu d'études primaires sur le sujet et que la plupart ont beaucoup de limites méthodologiques.

Un deuxième point important à souligner, est la présence d'un tabou au sein de la société autour de ce sujet. De plus, Reader et Gillespie (2013), indiquent que les médias cherchent plus à blâmer ces actes et les responsables plutôt qu'à comprendre dans quelles situations se produit cette problématique.

La maltraitance des personnes âgées est un phénomène relativement peu étudié. Tout d'abord parce que l'intérêt pour la thématique s'est développé récemment. Ensuite par qu'elle n'a été reconnue que récemment acomme problème de santé public. Son incidence est incertaine, ses causes sont multiples, et l'efficacité des méthodes de prévention présentées n'est pas toujours établie.

Pillemer et al. (2016) ajoutent que l'utilisation très variable des diverses définitions du sujet représente un obstacle majeur à la compréhension de cette problématique.

Finalement, des variations culturelles présentes dans le contexte de la maltraitance existent dans le monde. Des différences existent dans les divers pays en ce qui concerne la législation, la politique et les ressources disponibles afin de contrer la maltraitance des personnes âgées. Ceci induit des différences significatives de la prévalence de la maltraitance des

personnes âgées et des stratégies de préventions présentes (Pillemer et al, 2016).

Au niveau personnel, nous avons rencontré les limites suivantes : un premier obstacle a été de trouver un accord commun concernant l'organisation, la répartition du travail, et sa gestion sur le long terme. Bien qu'il s'agissait d'un important défi, nous avons pu, grâce à la participation et la motivation de chacune, finalement collaborer de façon efficace et trouver une organisation de travail qui convienne à toutes.

Ensuite, nous avons dû rester objectives et garder une vision globale de la problématique face à un sujet nous tenant à cœur et suscitant parfois en nous de fortes émotions. Dans la rédaction de ce travail, nous avons appris à nous baser sur des auteurs et des articles scientifiques plutôt que sur nos ressentis et expériences professionnelles.

6.3. Les recherches futures

Comme précisé précédemment, un manque de recherche est présent sur la prévention de la maltraitance en institution, et plus spécifiquement sur les stratégies efficaces. Ainsi, on constate l'importance de développer l'évaluation des méthodes de prévention. Selon Ploeg et al. (2009), des études plus rigoureuses et de qualité permettant de donner des preuves solides et empiriques sont nécessaires. Celles-ci permettraient d'assurer la santé, la qualité de vie des personnes âgées, et l'utilisation rationnelle des rares et coûteuses ressources de santé et services sociaux. De façon plus

générale, il serait nécessaire d'établir une définition commune et internationale de la maltraitance des personnes âgées, ainsi qu'une classification commune des différents types de maltraitance. En suisse, il serait bénéfique qu'une définition judiciaire soit présente, afin de mieux protéger ces personnes, et de permettre au personnel soignant de s'y référer. Cette définition permettrait de mettre en place des protocoles de prévention homogènes, afin de garantir une qualité de soin, optimale, mesurable et semblable. Nous pensons que les divers programmes de prévention de la maltraitance des aînés, devraient être évalués scientifiquement dans notre pays.

Pour terminer sur une note positive, il est rassurant de considérer que les choses avancent, et que la maltraitance des personnes âgées tend néanmoins à être reconnue de plus en plus comme une importante problématique de santé publique.

7. Références

1. Acierno,R., Hernandez,M.A., Amstadter,A.B., Resnick,H.S., Steve,K., Muzzy,W., Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States : The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*, 100(2): 292–297. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089
2. Agence Science Presse. (2008) Quand devient-ton vieux. Repéré à <http://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2008/10/01/quand-devient-vieux>
3. Alon, S., Berg-Warman, A. (2014). Treatment and Prevention of Elder Abuse and Neglect: Where Knowledge and Practice Meet—A Model for Intervention to Prevent and Treat Elder Abuse in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26, 150-171. doi: 10.1080/08946566.2013.784087
4. Alter ego. (2015). La maltraitance. Repéré à <http://www.alter-ego.ch/la-maltraitance/>
5. Amyot, J-J. (2010). *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris : Dunod.
6. Anesm. (2008). Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Repéré à www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf
7. Association suisse des infirmières et infirmier. (2010). Position éthique 4 : Maltraitance envers des patients ou des résidents par des infirmiers ou infirmières. Repéré à https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Standpunkte_4_franzoesisch.pdf
8. Association suisse des infirmières et infirmiers. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. Berne: SBK – ASI, association suisse des infirmières et infirmiers
9. Boissières-Dubourg, F. (2011). *De la maltraitance à la bienfaisance*. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre
10. Burnett, J., Achenbaum, W. A., & Murphy, K. P. (2014). Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 743-759. doi:10.1016/j.cger.2014.08.013

11. CIMI. (2005). Définition de la maltraitance. Repéré à <http://www.cimi.ch/pages/maltraitance/def-maltraitance.htm>
12. Comte, P. (2013). Epistémologie des savoirs infirmiers [pdf]. Neuchâtel: HEdS-Arc.
13. Comte, P. (2014). The philosophy and science of caring [pdf]. Neuchâtel: HEdS-Arc.
14. Confédération Suisse. (2016). Santé des personnes âgées - Données, indicateurs. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/01.html>
15. CURAVIVA. (2010). Rencontre du Groupe parlementaire pour les questions liées à la vieillesse. Repéré à <http://www.curaviva.ch/files/CYL4TRQ/Resume-du-rencontre-de-parlementaires-sur-la-prevention-et-la-promotion-de-la-sante-pour-les-personnes-agees.pdf>
16. Curaviva. (2011). Point de vue. Repéré à www.curaviva.ch/files/Z4VY7Z8/Session-automne-2011.pdf
17. Debout, M. (2003). *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes Cedex: Editions ENSP
18. DeHart, D., Webb, J., & Cornman, C. (2009). Prevention of Elder Mistreatment in Nursing Homes: Competencies for Direct-Care Staff. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21:4, 360-378. doi: 10.1080/08946560903005174
19. De Saussure, C. (1999). *Veillards martyrs, vieillards tirelires, maltraitances des personnes âgées*. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène
20. Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214–1238. doi:10.1111/jgs.13454
21. Dumoulin, J-F. (2002). Maltraitance et personnes âgées. *Revue médicale Suisse*. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2002/RMS-2404/795>
22. Escard, E., Margairaz, C., Barbotz, N., & Di Pollina, L. (2013). Comment dépister les abus matériels et financiers envers les personnes âgées?

Revue médicale Suisse, 405, 2061-2065. Repéré à
<http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS-N-405/Comment-depister-les-abus-materiels-et-financiers-envers-les-personnes-agees>

23. Frazao, S.L., Correia, A.M., Norton, P., Magalhaes, T. (2015). Physical abuse against elderly persons in institutional settings. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 36, 54-60.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X15001699>
24. Gineste, Y. (2004). *Silence, on frappe : De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*. Milly-la-Forêt: Animagine
25. Grand Theories about Care or Caring. (2014). Jean Watson's Theory of Human Caring. Repéré à: http://watsonibb.erciyes.edu.tr/wp-content/uploads/2015/01/3312_Ch18_321-340.pdf
26. Hsieh, H., Wang, J., Yen, M., Liu, T. (2008). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Adv in Health Sci Educ (2009)*, 14, 377-386. doi: 10.1007/s10459-008-9122-6
27. IGM France. (2010). La philosophie de l'Humanité. Repéré à: http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=75
28. Johannesen, M. & LoGiudice, D. (2012). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*, 42(3): 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195
29. Kuhnel, M. L., Sanchez, S., Hugault, F. B., De Normandie, P., & Dramé, M. (2014). Un outil simple pour mesurer le bien-être immédiat des personnes âgées en Ehpad. *Soins Gerontologie*, 19(108), 9-13. doi:10.1016/j.sger.2014.04.005
30. Lachs, M.S., Williams, C.S., O'Brien, S., Pillemer, K.A., & Charlson, M.E. (1998). The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*, 280(5):428-432. doi:10.1001/jama.280.5.428
31. L'assemblée fédérale - Le Parlement suisse. (2015). Stratégie à l'échelle nationale pour lutter contre la violence touchant les personnes âgées. Repéré à <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20153578>

32. Lawrence, V., & S Banerjee, S. (2010). Improving care in care homes: A qualitative evaluation of the Croydon care home support team. *Aging & Mental Health*, 14:4, 416-424. doi : 10.1080/13607860903586144
33. Lecocq, D. & Jouteau-Neves C. (2015). Les fondamentaux de la discipline infirmière. Repéré à http://www.anfiide.com/Documents/AVIGNON2015/OUVERTURE/11_C_NEVES_D_LECOQ.pdf.
34. Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., & Meadows, S. E. (2007). Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-616. doi:10.1016/j.jamda.2007.09.001
35. Malmedal, W., Hammervold, R., Saveman, B. (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, 744-750. doi: 10.1177/1403494809340485
36. Masse M. & Petitpierre G. (2011). *La maltraitance en institution*. Genève: ies éditions.
37. Matusitz, J., Breen, G., Zhang, N. J., & Seblega, B. K. (2013). Improving Nursing Home Resident Integrity by Optimizing Interpersonal Communication Skills in Clinical Staff. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10(2), 63-72. doi:10.1080/15433714.2011.581540
38. McGarry, J., & Simpson, C. (2008). Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. *Nursing Standard*, 22(46), 49-55. doi:10.7748/ns2008.07.22.46.49.c6601
39. Milhomme, D., Sc, M., Gagnon, J., Ph, D., Lechasseur, K., & Ph, D. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-11.
40. Monod, S. & Sautebin, A. (2009). Vieillir et devenir vulnérable. *Revue médicale Suisse*, 226, 2353-2357. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2009/RMS-226/Vieillir-et-devenir-vulnérable>
41. Moulinié, J.P. (2009). *Prévention de la Maltraitance en milieu gériatrique: un exemple de projet de mise en place d'une commission*

de suivi de la bientraitance dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Université René Descartes, Paris, France.

42. Natan, M. B., & Lowenstein, a. (2010). Feature. Study of factors that affect abuse of older people in nursing homes. *Nursing Management - UK*, 17(8), 20–24. doi:10.7748/nm2010.12.17.8 .20.c8143
43. Nations Unies. (2016). Déclaration des droits de l'homme. Repéré à <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
44. Office fédéral de la statistique OFS. (2010). La population de la Suisse. Repéré à www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/22/publ.Document.136813.pdf
45. Office fédéral de la statistique OFS. (2012). Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Repéré à http://www.ovs.ch/data/documents/news/Sante_personnes_agees_CH_24.09.12.pdf
46. Organisation mondiale de la santé. (2002). Rapport mondial de la santé. Repéré à whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf
47. Organisation Mondiale de la Santé (2015). Maltraitance des personnes âgées. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>
48. Organisation mondiale de la santé. (2016). Vos questions les plus fréquentes. Repéré à <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
49. Peoc'H, N. (2011). Bientraitance et éthique du care: Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche En Soins Infirmiers*, 06(105), 4–13. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/105/4.pdf>
50. Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Chenelière éducation : Québec
51. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S194–S205. doi:10.1093/geront/gnw004

52. Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H., Bolan, G. (2009). A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 187-210. doi: 10.1080/08946560902997181
53. Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Biroscak, B. J. (2010). Elder Abuse in Long-Term Care: Types, Patterns, and Risk Factors. *Research on Aging*, 32(3), 323-348. doi:10.1177/0164027509357705
54. Price, B. (2013). Using narratives and discourses in neglect-prevention training. *Nursing Management*, 20(3), 28-36. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c349e56b-bc7f-4ed4-b7c6-7ad9e878b030%40sessionmgr4004&vid=6&hid=4114>
55. Raile Alligood, M. (2010). *Nursing theorists and their work*. Riverport Lane : ELVESIER MOSBY.
56. Reader, T., & Gillespie, A. (2013). Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Services Research* 13:156. doi : 10.1186/1472-6963-13-156
57. Roulet Schwab, D. (2011). Maltraitance des personnes âgées. Repéré à http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles_attachement/formation_postgrade/Rapport_Etude_reprs_maltr_PA_juillet_2011.pdf
58. Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & 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. doi:10.1080/08946566.2011.608044
59. Schmitt, M. (2013). *Bienveillance et qualité de vie*. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson SAS.
60. Schwander, M-F. (2015). Du questionnement à la question de recherche (PICO) par la problématisation [pdf]. Neuchâtel: HEdS-Arc.
61. Smith, C., Nakamura, C., Büla, C. (2015). La maltraitance de la personne âgée: une revue de la littérature. *Forum médical Suisse*, 15(12), 271-276. Repéré à <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2015/12/fr/fms-02226.pdf>

62. Soins infirmiers. (2008). La prévention de la santé l'O.M.S. Repéré à http://www.soinsinfirmiers.com/prevention_de_la_sante.php
63. Tritten-Helbling, C. (2013). *La protection juridique de la personne âgée victime de maltraitance en institution*. Bâle : Collection Neuchâteloise.
64. Twomey, M. S., & Weber, C. (2014). Health Professionals' Roles and Relationships with Other Agencies. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 881-895. doi:10.1016/j.cger.2014.08.014
65. Watson Caring Science Institute. (2010). Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science. Repéré à <http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>
66. Watson, J., Waingnier, C., Caas, L., & Bonnet, J. (1998). *Le caring: Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.
67. Weinmeyer, R. (2014). Statutes to Combat Elder Abuse in Nursing Homes. *Ama Journal of Ethics*, 16(5), 359-364. <http://journalofethics.ama-assn.org/2014/05/hlaw1-1405.html>
68. Zeranski, L. & Halgin, R-P. (2011). Ethical Issues in Elder Abuse Reporting : A Professional Psychologist's Guide. *Professional Psychology: Research & Practice*, 42(4), 294-300. doi : 10.1037/a0023625
69. Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F. & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

8. Annexes

8.1 Explicatifs des outils développés dans les résultats :

Outil CHST de l'article « Improving care in care homes : A qualitative evaluation of the Croydon care home support team » :

The Croydon care home support team (CHST) est une petite équipe multidisciplinaire composée spécifiquement d'infirmières, d'infirmières spécialisées en psychiatrie et des travailleurs sociaux. Cette équipe a été développée en raison de l'incidence de la maltraitance infligée aux personnes âgées présentes dans les foyers de soins. Les objectifs sont que l'équipe présente une stratégie afin d'améliorer les normes des soins et de ce fait diminuer les risques de maltraitance.

L'équipe CHST a développé une philosophie qui consiste dans un premier temps à ne pas blâmer ou juger les soignants et la qualité des soins. De plus, elle vise la promotion du travail d'équipe, le perfectionnement de l'équipe, l'amélioration des soins centrés sur la personne, ainsi que l'encouragement des soignants à évaluer la qualité de leurs propres soins. L'équipe indique vouloir fournir des pistes autour des bonnes pratiques de soins.

Les apports de l'équipe sont les suivants : dans un premier temps, elle évalue avec le gestionnaire du foyer quels types d'apports sont bénéfiques dans leur situation. Divers ateliers sont proposés et les sujets divergent :

- Protection des adultes vulnérables
- Plans de soins centrés sur la personne
- Communication
- Tenue des dossiers
- Comportements difficiles
- Comprendre la démence
- Notification des incidents
- Loi sur la capacité mentale
- Contrôle des infections
- Conseils des infirmières et des sages-femmes
- Soins de nutrition
- Activité
- Soins de la peau
- Soins de continence
- Comprendre la dépression
- Evaluation des risques

Les ateliers sont développés de manière à être interactifs afin que le personnel soignant exprime ses difficultés perçues dans la pratique quotidienne. L'équipe propose aussi aux soignants de demander des

compléments d'informations à des équipes spécialisées dans diverses situations (soins palliatifs, soins de nutrition, ...).

Outils CARIE et SANE de l'étude « Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review » :

Dans l'étude menée par Lindbloom et al. (2007), deux programmes de formations sont identifiés comme efficaces pour prévenir la maltraitance des personnes âgées.

- Le programme CARIE (Coalition des avocats pour les droits des personnes âgées infirmes) a été reconnu comme utile par 93% des participants. Il s'agit d'une session de formation comprenant 8 modules, de 8 heures chacun, où des discussions ouvertes ainsi que des jeux de rôles sur la maltraitance en EMS sont proposés.
- Le programme SANE (Infirmiers inspecteurs des agressions sexuelles) permet aux infirmières d'être entraînées à reconnaître et à prendre soins des personnes âgées souffrant de maltraitance sexuelle. Cette formation permet d'améliorer les procédures judiciaires par une meilleure collaboration entre le personnel soignant et les autres professionnels impliqués (avocats, police, etc).

Outil SOAP dans l'étude « Prevention and Early Identification of Elder abuse » :

Burnett et al. (2014) proposent dans leur étude un guide de poche

permettant aux cliniciens d'identifier, de dénoncer, et de prévenir la maltraitance des personnes âgées. Il s'agit de l'outil « SOAP » (Subjective, Objectif, Evaluation, Planification). Nous avons ci-dessous traduit et résumé cet outil sous forme de schéma.

SUBJECTIF :

Les phrases suivantes correspondent à des drapeaux rouges indiquant la nécessité de réaliser plus d'investigations :

- Abandon : « Je suis tout seul. Personne ne m'aide et ne prend soin de moi ».
- Maltraitance physique : « Ils m'ont fait mal. Ne dites à personne qu'ils m'ont fait mal ».
- Exploitation : « Je ne sais pas ce qui est arrivé à mon argent. Je n'arrive plus à payer. J'ai perdu mon argent et mes bijoux. Je ne comprends pas ce qui s'est passé ».
- Négligence : « Mon proche-aidant est très occupé, ce n'est pas sa faute s'il n'a pas le temps de me donner à manger, de me donner mes médicaments, de changer ma protection ».
- Maltraitance psychologique : « Je ne veux pas me plaindre, si je me plains mon fils/fille va crier. S'il vous plait, ne vous moquez pas de moi ».
- Auto-négligence : « Je vais bien. Je n'ai pas besoin de prendre mes

médicaments ou de prendre soin de moi. Je n'ai pas besoin de me baigner beaucoup, je suis assez propre comme ça ».

OBJECTIFS :

Manifestations physiques :

Plaies à différentes étapes de guérison, ecchymoses, chutes, déshydratation, fractures à différentes étapes de guérison, lacérations, diarrhées, constipation, dénutrition, utilisation inappropriée des médicaments, hygiène insuffisante, signes de maltraitance sexuelle, escarres, brûlures à la miction, délirium.

Manifestations psychologiques :

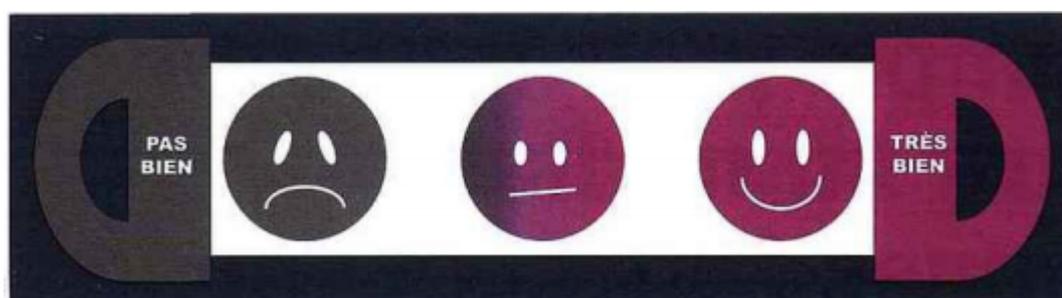
Evaluer pour le proche aidant et le patient : Anxiété, impatience, irritabilité, nervosité et colère envers le proche aidant, dépression, terreur, nervosité, Impatience du proche aidant envers le patient.

<u>Evaluations :</u>	<u>Planifications :</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Patient en danger immédiat de maltraitance ou de négligence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre contact avec les urgences et le service de protection des adultes (APS).
<ul style="list-style-type: none"> - Explications insuffisantes par rapport aux problèmes physiques, ou suspicions de maltraitance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire appel à l'APS et aux urgences en cas de maltraitance sexuelle pour récolter des preuves.
<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de prise de décisions diminuée (risques d'auto-négligence) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les intermédiaires (professionnels de la santé), faire appel à un avocat

<p>- Absence de suspicions de maltraitance ou de négligence.</p>	<p>si disponible, faire appel à l'APS s'il n'y a pas de membres de la famille disponibles, contacter le proche aidant ou un professionnel pour évaluer les atteintes cognitives.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser l'examen médical de routine, prendre contact avec d'autres professionnels si besoin.
--	--

Outil EVIBE de l'article : « Un outil simple pour mesurer le bien-être immédiat des personnes âgées en Ehpad »

L'échelle Evaluation instantanée du bien-être (EVIBE) a été utilisée dans le cadre d'une étude afin d'évaluer le bien-être des personnes âgées dans les EMS. Cet outil comprend une double cotation avec une face de pictogrammes et de couleurs. « Les pictogrammes vont du sourire (valeur numérique 5) à la tristesse (valeur numérique 1) » (Kuhnel & al., p.2, 2014). La deuxième face permet l'évaluation du soignant (échelle de 1 à 5).



Le test effectué avec l'aide de l'outil EVIBE, a consisté à recueillir par les soignants l'évaluation des résidents. « Tout au long de la journée, il interroge

la personne au moment où il la rencontre en lui présentant l'échelle et en lui demandant: Comment vous sentez-vous maintenant/tout de suite ? » (Kuhnel & al., p.2, 2014). Il y aura donc la réponse que le soignant attribue sur le bien-être du résident, et la réponse que le résident donne pour lui-même.

Kuhnel et al. (2014) expliquent que 1980 observations ont été effectuées. « 3,48 pour l'évaluation par le résident (auto-évaluation) et de 3,63 pour l'évaluation réalisée par le personnel (hétéro -évaluation) » (Kuhnel & al., p.3, 2014). Les auteurs ont pu en conclure que l'outil permet une bonne reproductibilité inter-juges, ce qui tend à valider son utilisation au quotidien sur le terrain. Toujours selon eux, cette échelle favorise une démarche bientraitante pour les professionnels et pour les résidents. Elle aide également les professionnels à se sentir valorisés dans leur accomplissement professionnel permettant de diminuer le risque de burn out. Finalement, cette démarche peut à la fois agir sur les conditions de travail du soignant et sur la qualité de vie des résidents.

8.2 Tableau des recherches

Base de donnée	Mesh-termes / descripteurs OVID	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
PUBMED	«Elder abuse» AND «Nursing home» AND «Prevention» (mot-clé)	> 10 years	19	1 : Improving nursing home resident integrity by optimizing interpersonal communication skills in clinical staff
PUBMED	«Aged abuse» AND «Primary prevention»	> 10 years	16	2 : Prevention and early identification of elder abuse Patient neglect in healthcare institutions : a systematic review and conceptual model
PUBMED	«Elder abuse» AND «Interventions»	> 10 years	88	2 : A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse Treatment and Prevention of Elder Abuse and Neglect: Where Knowledge and Practice Meet—A Model for Intervention to Prevent and Treat Elder Abuse in Israel
PUBMED	«Elder abuse» AND «Prevention and control» AND «Nursing home»	> 10 years	17	4 : Prevention of elder mistreatment in nursing homes : competencies for direct-care staff.

				<p>To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues.</p> <p>Elder mistreatment in the nursing home : a systematic review</p> <p>Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting</p>
PUBMED	«Well treatment»	> 10 years	28	1 : Un outil simple pour mesurer le bien-être immédiat
PUBMED	«Elder abuse» AND «Risk factor» «Prevention»	> 10 years	11	1: Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies
CINAHL	«Elder abuse» AND «Primary health care»	> 10 years	11	1 : Health Care professional's Perspectives on Barriers to elder Abuse detection and Reporting in Primary Care Setting
EMBASE	«Elder abuse» AND «Prevention» AND «Nursing home»	> 10 years	69	1 : Physical abuse against elderly persons in institutional setting
MEDLINE	«Caregivers» AND «Elder abuse» AND «Intervention»	> 10 years	23	1 : Educational support group in changing

				caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders
MEDLINE	«Quality of care» AND «Elder abuse»	> 10 years	14	1 : Improving care in care home : a qualitative evaluation of the Croydon care home support team

8.3 Grilles adaptées du Fortin (2010)

Grilles adaptées du Fortin (2010)

A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse

Ploeg, Hutchison, MacMillan & Bolan (2009)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise que le sujet aborde les interventions concernant la maltraitance des personnes âgées à travers une revue systématique. La population est donc ciblée sur la personne âgée. Il n'est pas précisé par qui les interventions sont faites.
Résumé	Le résumé de l'étude ne synthétise pas clairement la recherche. Il présente le but, les résultats et brièvement la conclusion, qui n'a d'ailleurs pas pu être conclus par cause de limitations méthodologiques importantes.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est mentionné mais il n'est pas assez détaillé. Cependant, nous pensons que cette recherche est pertinente face aux connaissances actuelles. Il est expliqué que la maltraitance des personnes âgées est un problème important ou croissant dans notre société. Les auteurs mentionnent que: «Une récente revue systématique de la prévalence de l'abus et de la négligence envers les aînés a constaté que 6% des personnes âgées dans les études de la population générale a signalé des abus importants le mois précédent, ce qui est probablement une sous-estimation parce que certaines personnes sont réticentes à signaler les abus (Cooper, Selwood, & Livingston, 2008). » (p.188)</p> <p>Les auteurs de cette revue mentionnent qu'étant donné le nombre croissant de personnes âgées</p>

	<p>susceptibles d'éprouver des maltraitements et les effets négatifs liés à l'abus, il est particulièrement important de développer et mettre en œuvre la prévention et la gestion efficace des stratégies. Nous constatons ainsi que c'est un phénomène qui est concerné par la discipline infirmière.</p> <p>Selon nous, les postulats sous-jacents ne sont pas précisés.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension à l'aide de sources primaires a été effectuée sur l'état de connaissances de la maltraitance des personnes âgées et celle-ci représente une base solide pour cette recherche.</p> <p>Tout d'abord, l'étude mentionne qu'il existe plusieurs recherches qui exposent des approches afin de détecter, d'évaluer et gérer les abus sur les aînés.</p> <p>Ensuite, les auteurs ont découvert des études émettant des effets néfastes de l'abus sur une personne âgée. « Peu de recherches rigoureuses ont été menées pour déterminer les conséquences de la maltraitance des personnes âgées (Comijs, Pot, Smit, Bouter, & Jonker, 1998; Krug et al., 2002). La maltraitance des personnes âgées a été associée à plus qu'une triple probabilité augmentée de mortalité (Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, & Charlson, 1998) ». (p.188)</p> <p>De plus, il est signifié que d'après une revue systématique sur les programmes de prévention et de traitement pour la violence familiale, il existerait beaucoup plus d'études sur les interventions de maltraitance des enfants et la violence domestique que sur les personnes âgées.</p> <p>Les auteurs de la plupart des articles, reconnaissent le nombre limité d'études primaires de haute qualité sur les interventions dans la maltraitance des aînés.</p>
Cadre de recherche	Les concepts d'interventions et de maltraitance des personnes âgées ne sont pas définis. La

	<p>recension expose différentes études qui touchent sur les concepts clés mais aucune définition n'y apparait. Il nous semble que les concepts clés, sont liés à l'étude et sont expliqués à travers des bases théoriques.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire. Il s'agit d'évaluer de manière critique la qualité des études existantes dans le domaine de la maltraitance et de résumer l'état des connaissances relatives à l'efficacité des interventions pour les aînés abusés.</p> <p>Les auteurs rajoutent qu'il y a un réel besoin d'examen systématique et critique des avantages et des préjudices éventuels liés à l'intervention pour la maltraitance des personnes âgées, qui comprend une recherche récente.</p> <p>Aucune question, hypothèse et variable n'ont été mentionné dans l'introduction de cet article.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population de l'étude visée est mentionnée. Il s'agit d'étudier la tranche d'âge des personnes âgées, mais aucune fourchette d'âge n'est précisée.</p> <p>Concernant l'échantillonnage, les auteurs ont examinés 1253 résumés et exclus 1.070 qui ne constituent pas une intervention dans la maltraitance des aînés ou un échantillon d'étude admissible. Ils ont récupéré et examiné 183 articles et rapport en texte intégral. Parmi ceux-ci, 173 étaient exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion: 45 interventions des études ont été exclues parce qu'elles avaient pas de groupe de comparaison. Ils ont finalement inclus 10 articles en texte intégral qui répondaient à leurs critères d'inclusion pour un total de 8 études distinctes.</p> <p>Aucun moyen d'accroître l'échantillonnage n'a été stipulé, et il n'est pas non plus précisé si celui-ci</p>

	se base sur une base statistique ou par une saturation de données.
Considérations éthiques	Aucune considération éthique n'est mentionnée dans cette revue, ni si des manières ont été utilisées pour minimiser ou maximiser les risques pour les participants.
Devis de recherche	<p>Le devis n'est ni qualitatif, ni quantitatif puisqu'il s'agit d'une revue systématique. Les auteurs ont recherché des études sur plusieurs bases de données et littératures. Ils les ont ensuite analysés, catégorisés, sélectionnés selon plusieurs critères et évalués les études entre elles pour trouver un résultat.</p> <p>L'étude n'a pas pu aboutir à un résultat concret par rapport aux questions posées, mais elle a permis de montrer que les recherches futures sur ce sujet sont nécessaires.</p> <p>Il n'y a pas eu de temps passé auprès des participants. Le temps passé pour l'élaboration de cette étude n'est pas mentionné.</p>
Modes de collectes de données	<p>« Ageline, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, PubMed, Sociological Abstracts, et sciences sociales » (p.189)</p> <p>Ils ont utilisé les mesh terms « l'abus de personnes âgées » et « négligence envers les aînés ».</p> <p>Deuxièmement, les recherches de littérature ont été pratiquées par un enquêteur avec une formation dans les sciences bibliothécaires, qui a découvert les volumes spécifiques du « Journal of Violence & Elder ».</p> <p>Finalement, ils ont recherché des études primaires dans des examens systématiques sur la maltraitance des personnes âgées à l'aide de « médicale canadienne INFOBASE, Cochrane Library, Les services de données sur la santé nationale, et National Guideline Clearinghouse ».</p> <p>Les questions de recherche mentionnées dans la</p>

	<p>méthode ont été précisées et portent sur: "Les interventions de violence envers les aînés sont-elles efficaces ? Et, les interventions de violence envers les aînés sont-elles plus efficaces que d'autres ?</p> <p>Les outils n'ont pas été créés pour le besoin de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'enregistrement et la collecte des données a été pratiqué par lors de la recherche et l'évaluation des différents articles. Comme mentionné ci-dessous, deux enquêteurs ont participé à l'extraction des données afin de minimiser les biais.</p> <p>L'étude ne comporte pas d'une intervention (variable indépendante).</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites de la manière suivante :</p> <p>« Pour chaque étude, deux enquêteurs (JP, JF) ont extrait indépendamment des données sur le cadre de l'étude, l'échantillon et les caractéristiques de l'intervention. Un enquêteur extrait des informations sur les résultats de l'étude et un second enquêteur a comparé les données extraites de la source de données d'origine ». (p.189-190)</p> <p>Ils ont évalué la qualité de chaque étude avec des critères sélectionnés et appropriés à la conception de l'étude. Ensuite, ils ont fait des commentaires sur les formulaires d'extraction de données liées aux limites de l'étude. Ils n'ont excluent aucune étude basée sur la qualité, car il n'y avait qu'un petit nombre d'études répondant aux critères d'inclusion. De plus, en raison de l'hétérogénéité des échantillons, des interventions, et des résultats à travers les études, une méta-analyse n'a pas été effectuée.</p> <p>Un résumé des résultats n'est pas présent.</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous formes de texte dans un tableau et ensuite présenté sous forme de texte narratif. Nous avons l'impression que les thèmes de chaque tableau sont classés logiquement pour représenter le phénomène. L'auteur n'a pas fait évaluer les données par des experts ou les participants étant donné que c'est une revue systématique.</p> <p>Le tableau 1 se nomme «Résumé des études d'interventions de la maltraitance des personnes âgées». C'est-à-dire qu'il représente les caractéristiques des huit études.</p> <p>Le tableau 2 à pour thème: « Résumé des résultats des clients sur les études d'interventions dans la maltraitance des personnes âgées », et cinq études ont été traitées. Dans ce thème, les résultats sont interprétés dans les sous chapitres suivants: la récurrence de la violence, la résolution de cas, la relocalisation/déménagement et les résultats sociaux-psychologiques.</p> <p>Le tableau 3 à pour thème: « Résumé des résultats des aidants à risque sur une étude d'intervention liée à la maltraitance des personnes âgées » dans lequel une seule étude a pu être analysée.</p> <p>Le tableau 4 a pour titre « Résumé des résultats des professionnels sur les études d'interventions liées à la maltraitance des personnes âgées » dans lequel deux études ont pu être analysées.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont bien interprétés en fonction du cadre de recherche et pour les deux questions. La réponse aux questions qui s'étaient posées est celle-ci: "les résultats ne disent pas quelles interventions dans la violence des aînés sont les plus efficaces, dans quelles circonstances, et avec lequel des groupes cibles. " De plus, il a été</p>

constaté au final qu'il existe actuellement des preuves insuffisantes pour soutenir toute intervention particulière liée au client, à l'auteur/coupable ou aux professionnels de la santé. Les auteurs expliquent ceci: « Il y a plus de 10 ans, Wolf (1997) a indiqué que la littérature sur la maltraitance des personnes âgées a particulièrement fait défaut dans «des données fiables sur l'efficacité des interventions» et cette situation est malheureusement encore vraie aujourd'hui ». (p.206)

Cependant quelques résultats ont été décrits. Concernant le résultat des clients, les études qui avaient des groupes d'intervention, ont des taux plus élevés de récurrence d'abus.

Pour la résolution de cas, il n'y a pas eu de résultat significatif entre les études qui avaient des groupes d'intervention et des groupes de contrôle. Ensuite, dans le sous chapitre de maltraitance en cas de relocalisation, le taux était plus élevé dans les études avec des groupes d'intervention. Finalement, concernant les aidants à risque, aucun résultat significatif n'a été trouvé sur l'impact d'un programme de formation pour les aidants à risque, ni sur l'impact des programmes de formation des professionnels contre la maltraitance des personnes âgées.

Les résultats présentés dans la discussion n'ont pas été discutés à la lumière d'autres études existantes.

Plusieurs limites à la revue ont été mentionnées telles que: « La limitation la plus importante de cet revue est le reflet de l'état actuel de la littérature lui-même, en particulier, le nombre limité d'études rigoureuses portant sur l'efficacité d'interventions de maltraitance des personnes âgées ». (p.208)

De plus, la plupart des études publiées avaient d'importantes limites méthodologiques. Ensuite, seules huit études répondaient à leurs critères d'inclusion, car la plupart étaient de nature

	<p>descriptives et ne comprenaient pas de groupes de comparaison. Ils n'ont pas fait de recherches spécifiques pour les rapports de recherches inédites, bien qu'ils aient obtenu et examiné des rapports inédits figurant dans les listes de références des articles récupérés. Finalement, ils n'ont pas contacté d'experts dans le domaine pour d'autres études, et ils ont inclus que des articles de langue anglaise.</p> <p>Ainsi, la conclusion découle effectivement des résultats mais aussi des études antérieurement menées et citées dans l'introduction.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les auteurs précisent que cette recherche suggère qu'il peut y avoir des conséquences positives et négatives dans les interventions de la maltraitance des aînés. Ainsi, la nécessité d'une grande qualité de recherche dans le domaine est essentielle non seulement pour assurer la santé et la qualité de la vie pour les personnes âgées, mais aussi pour assurer une utilisation rationnelle des rares et coûteuses ressources de santé et de services sociaux.</p> <p>Les auteurs citent ceci: « Les chercheurs suggèrent que, malgré les lacunes dans les connaissances en matière de traitement de la maltraitance, les cliniciens devraient encore prendre un rôle plus actif dans l'identification et la gestion (Lachs & Pillemer, 2004). Nous soutenons que, compte tenu de cette situation, la recherche de plus haute qualité est absolument indispensable dans le domaine des interventions de maltraitance des personnes âgées ». (p.207)</p> <p>Ils déclarent également qu'ils existent beaucoup d'interventions (groupe de soutien, gestion des cas, service de protection de l'adulte, formation professionnelle, etc) ont le potentiel d'avoir un impact positif sur la question de la maltraitements des personnes âgées mais doit être évaluées de façon rigoureuse. En outre, de nouvelles approches novatrices pour aborder la maltraitance au niveau individuel, familial, communautaire, et</p>

	<p>l'ensemble du système des niveaux devraient être développées et évaluées.</p> <p>Finalement, les auteurs citent les limites à l'étude qu'ils ont rencontrées et suggèrent qu'elles devraient être abordées pour permettre plus de recherches dans ce domaine.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders

Hsieh, Wang, Yen & Liu (2009)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre est précis. Les concepts clés tels que le groupe de soutien, les personnes âgées institutionnalisées et l'abus psychologique sont présents. La population cible, les soignants, est visible à travers le titre.
Résumé	Le résumé synthétise clairement l'étude à suivre. Il est clair, complet et est composé du problème, du but, de la méthode et des résultats.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs expliquent que la croissance rapide chez les aînés contribue à une augmentation du nombre de personnes âgées dans les institutions de soins. Ainsi, l'abus ou la négligence de ceux-ci est un problème sérieux faisant face aux systèmes de soins à long terme.</p> <p>Ce problème est pertinent face aux connaissances actuelles. Les auteurs indiquent ceci: « Bien qu'il manque une enquête nationale systématique sur les abus des aînés institutionnalisés, la preuve des histoires personnelles, des médias et la recherche indiquent que le problème est sérieux et envahissant (le Boulanger et 2005 Heitkemper) ». (p.378)</p> <p>Le problème a une signification importante dans les soins de santé actuel car comme indiqué ci-dessus, la population âgée accroît et remplit les systèmes de santé. Ainsi, cette recherche indique que la prévention des abus devient prioritaires</p>

	<p>pour limités les conséquences négatives sur la vie de ceux-ci. Un des postulats sous jacent présenté dans la recension, est la pensée que les groupes de soutien chinois ont plus de chances d'identifier des actes particuliers lié à l'abus psychologique, dû à leurs valeurs culturelles plus axées dans le respect et la protection des aînés.</p>
Recension des écrits	<p>Une large et solide recension a été entreprise sous différents angles sur le sujet et permet de présenter l'état des connaissances actuelles.</p> <p>Les auteurs ont d'abord présenté des études parlant des facteurs de risque reliés à la maltraitance des personnes âgées, et des facteurs de risque reliés au personnel augmentant leur chance de maltraiter. « Les facteurs de risque du personnel comme la charge des soignants, le stress du travail et l'épuisement, le manque de personnel, la formation et la surveillance inadéquate, l'âgisme et les pauvres conditions de travail, augmentent aussi le risque de mauvais traitement envers les aînés (Joshi et 2005 Flaherty; Wang 2006; Liu, 2006). » (p. 378)</p> <p>Ensuite, ils ont étayés différentes variétés d'interventions d'abus d'aînés ou des programmes pour les fournisseurs de soins de santé en milieu institutionnel. Ceci concernait par exemple, une étude sur l'effet d'une formation dans la reconnaissance et la gestion des abus auprès du personnel soignant, ou une étude sur un programme psychoéducatif afin de reconnaître des comportements inadaptés.</p> <p>Suite à la recension de plusieurs études primaires, les auteurs ont constaté que la recherche sur l'éducation des aînés institutionnalisés ou les programmes psycho-éducatifs pour le personnel soignant, n'ont pas utilisés d'interventions à l'aide de groupe d'entraide et ne se sont pas concentrés sur le stress du personnel soignant. Cependant d'après une recherche, les groupes d'entraide auraient une influence sur le stress des soignants: « Pour</p>

	<p>beaucoup de personnel soignant, les groupes d'entraide fournissent l'occasion de réfléchir à des stressseurs personnels et émotionnels significatifs liés aux soins prodigués. Ces réflexions peuvent faciliter l'intégration des expériences du personnel soignant et les aider à faire face à leur stress et aux fardeaux émotionnels (Dellasega et 2004 Haagen; Toseland et 1989 Rossiter) ». (p.379)</p> <p>Les études conduites sur le stress des soignants n'ont pas été effectuées dans un lieu institutionnel, ni sur la maltraitance des personnes âgées institutionnalisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept clé concernant la maltraitance a été défini à travers ses différents types, et en particulier celui de l'abus psychologique. « L'abus psychologique est défini comme l'infliction de souffrance mentale ou émotionnelle comme le harcèlement, les menaces, l'humiliation, ou l'intimidation du résident (Joshi et Flaherty 2005) ». (p. 378)</p> <p>Il n'y a pas d'autres définitions présentes mais la recension permet une meilleure compréhension des groupes de soutien éducationnel. Les concepts clés sont étroitement liés au but de l'étude et les bases théoriques nous paraissent appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>L'objectif de l'étude est énoncé de manière claire, mais les questions ou hypothèses de recherche ne sont pas présentes.</p> <p>Le but de l'étude est de premièrement, tester une intervention de groupe de soutien éducatif qui fournit le soulagement du stress, le soutien et la formation de matériel pour les soignants à charge des personnes âgées. Deuxièmement, il va s'agir de réduire les comportements verbaux ou émotionnels inappropriés du personnel soignant, afin d'améliorer leur capacité à faire face à leur stress, à travers l'intervention (groupe de soutien éducatif). Et Troisièmement, l'objectif sera de</p>

	<p>promouvoir leurs connaissances en matière de soins gériatriques.</p> <p>Il nous semble que le but, s'appuie avant tout sur des bases théoriques et non pas philosophiques.</p> <p>Les variables de cette étude reflètent bien les concepts précisés dans le cadre de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population et l'échantillonnage sont décrits de façon précise. Il s'agit de 112 soignants recrutés dans 4 maisons de repos au Sud de Taïwan. Les participants étaient des infirmières ou des aides infirmières employées à plein temps pendant au moins 3 mois, elles avaient au moins 20ans, c'étaient des citoyennes taïwanaises, et n'avaient pas participé à une activité de groupe semblable 2 mois avant le protocole. Un contrôle entre institution a été utilisé pour éviter la contamination des participants, ainsi deux installations ont servi comme site expérimental et deux ont servi comme site de contrôle. Le personnel soignant avait le droit de participer à l'étude si leur score était suffisant sur l'échelle « Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB) » (L'Echelle du Comportement d'Abus Psychologique des Soignants envers les Aînés).</p> <p>Cette méthode d'échantillonnage a permis à l'étude d'atteindre son objectif mais n'est pas justifiée sur une base statistique ou par saturation des données.</p> <p>Aucune information n'est précisée concernant un souhait d'accroître l'échantillonnage de la part des auteurs.</p>
Considérations éthiques	<p>« L'étude a été approuvée par "the Human Subject Protection Committee of the University and each facility Institutional Review Board (IRB). Le consentement éclairé par écrit a été obtenu de tous les sujets avant la collecte de données ». (p.</p>

	381)
Devis de recherche	<p>Cette étude est une conception quasi-expérimentale utilisant deux groupes avec une approche longitudinale. Le groupe expérimental a reçu l'intervention de groupe de soutien pendant huit semaines consécutives, tandis que le groupe témoin n'a pas reçu d'interventions supplémentaires.</p> <p>D'après nos propres recherches, le modèle quasi-expérimental est une recherche expérimentale largement utilisée dans les sciences sociales et la psychologie. Elle implique la sélection de groupes, sur laquelle une variable est testée, sans processus de pré-sélections aléatoires. Finalement, cette étude, est qualitative et quantitative mais de fortes analyses statistiques sont souvent difficiles dans ce type de devis.</p> <p>Le devis utilisé a permis à l'étude d'atteindre son but. La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude et est conciliable avec les outils de collecte de données exposées.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesures sont clairement décrits. Les auteurs ont utilisés trois questionnaires qui sont décrits de manière très précise. Le premier et principal questionnaire était « Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB) », développé par HSu en 2006. Cette échelle permet d'indiquer si une personne a eu des comportements abusifs.</p> <p>La deuxième échelle était « The Work Stressors Inventory Chinese version (WSI-C) », développé par Lin en 2000 et réadapté de Schaefer et Moos en 1993. Celle-ci permet de mesurer 6 dimensions présentes dans le stress des soignants.</p> <p>La troisième échelle concernait « Knowledge of Gerontology Nursing Scale (KGNS) », développé par Lee en 1998. Elle a pour objectif de mesurer la connaissance des soins donnés aux personnes âgées, chez les infirmières cliniciennes.</p>

	<p>La validité, la fiabilité, le coefficient de corrélation et la cohérence interne de Conbach sont présentés pour les trois échelles.</p> <p>Il nous semble que la procédure quasi-expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p> <p>Les questions de recherche ne sont toujours pas présentes dans l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données à été effectué par la distribution des questionnaires par un assistant de recherche dans les deux groupes, une semaine avant et après l'intervention. L'intervention a consisté en huit sessions de 90 minutes conçues par l'équipe de recherche. Le descriptif du déroulement des sessions est bien décrit.</p>
Analyse des données	<p>Les buts de l'analyse des données, d'après les auteurs, étaient les suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le test d'homogénéité des deux groupes sur leurs données de ligne de base 2. Déterminer si les changements sont arrivés en comparant avant et après le grand nombre pour le groupe d'intervention 3. Déterminer s'il y avait des effets de groupe pour toutes les variables mesurées en conséquence de l'intervention 4. Comparer l'efficacité de l'intervention sur le comportement d'abus psychologique entre des infirmières professionnelles et des aides infirmière. <p>Ainsi, les méthodes d'analyses utilisées sont décrites mais les facteurs susceptibles d'influer les résultats ne sont pas précisés.</p> <p>La version 14.0 SPSS a été utilisée pour l'analyse de données. Des différences de groupe ou des effets de groupe ont été mesurés par le Modèle Linéaire Général (GLM) dans des analyses univariées, s'adaptant pour la ligne de base et le salaire mensuel tandis que dans des différences</p>

	<p>entre les groupes ont été mesurés par des t-tests appariés.</p> <p>Le résumé des résultats n'est pas présent.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés dans deux tableaux. Le premier tableau concerne les caractéristiques démographiques des deux groupes (l'âge, les années d'éducation, l'expérience professionnelle, le salaire mensuel, les jours de congés mensuels, le genre, la situation familiale, la position, la pause de midi et la formation de soins gériatriques).</p> <p>Le deuxième tableau présente les pré et post tests des groupes d'intervention et de contrôle. Il n'y avait pas de différence significative dans le pré et post test pour le groupe de contrôle. En revanche, il y a eu des différences significatives dans les deux groupes post-test pour l'échelle CPEAB et la KGNS mais pas pour le WSI. Ces données indiquent qu'après l'intervention, les comportements d'abus psychologiques envers les aînés provenant des soignants étaient diminués et que les connaissances gérontologiques étaient améliorées. Les résultats démontrent que pour l'échelle de WSI, l'intervention n'a eu aucun effet sur le niveau de stress au travail des soignants.</p> <p>Les résultats sont présentés dans un texte narratif. Il n'y a pas d'information concernant l'intervention d'un expert ou des participants pour évaluer les données.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés pour chacune des hypothèses (qui étaient présentés sous forme d'objectif auparavant) et sont comparées avec des études antérieures.</p> <p>La première hypothèse était que l'intervention réduirait le comportement négatif du soignant</p>

dans les abus psychologiques. Celle-ci a été confirmée grâce à la mesure CPEAB. L'intervention de soutien éducatif a facilité le support mutuel, c'est-à-dire le processus participatif (le partage d'expériences communes, la comparaison des situations et des problèmes, l'application de compétences d'auto-assistance, et le développement de connaissances). De plus, l'intervention a permis d'apporter des informations pertinentes sur l'abus des personnes âgées et la gestion du stress pour le personnel soignant. Une étude antérieure a précisé que la gestion du stress aide le personnel soignant à faire face aux différentes tensions dans les soins, et le matériel pédagogique peut les aider à acquérir les informations nécessaires qui aident à prendre soin. Aucune étude ne fournit une comparaison directe avec les résultats de cette étude mais les auteurs ont été soutenus par cette étude: « Jones et al. (1997) a appuyé les conclusions que l'abus envers les aînés peut provenir d'un manque d'expérience dans les soins prodigués, les connaissances et les compétences de gestion du stress, tout ceux-là sont aggravés par un manque de ressources. Par conséquent, la gestion du stress et de la charge des aidants peut être efficace pour réduire les comportements abusifs ». (p.383)

Finalement, d'après les auteurs, il est possible que l'intervention augmente la perception de la personne donnant des soins et une prise de conscience de soi-même. Ainsi, Grâce à des processus cognitifs, les comportements involontaires d'abus peut être auto-identifiés et corrigés.

Concernant l'hypothèse que l'intervention améliorerait la connaissance des soins gériatologiques, a aussi été confirmée par la mesure KGNS. Deux études précédentes ont aussi confirmé que les groupes de soutien éducatifs amélioreraient la connaissance dans le domaine. Ainsi, elles indiquent que l'éducation et la formation continue sont d'une importance

vitale pour améliorer le comportement des soignants.

Puis, la dernière hypothèse déclarait que l'intervention améliorerait le stress du personnel soignant. Malheureusement, les résultats n'ont pas confirmé cela. D'autres études ont trouvé le même résultat. D'après les auteurs le stress ressenti par les soignants peut être multidimensionnel et lié aux facteurs organisationnels, qui n'ont pas été touchés par la conception de la recherche. Un autre phénomène empêche l'amélioration du stress d'après une étude: « Selon la théorie de la situation, la forte dépendance des personnes âgées institutionnalisées sur les aidants, ainsi que les méthodes inadéquates de résolution de problèmes, le soutien social ou institutionnel, contribuent au risque d'abus (Fulmer et al., 2004) ». (p. 384) Ainsi, le support social et financier peut être avantageux pour faciliter la perception du stress.

En revanche, des études ont tout de même déclarées que les groupes d'entraides avaient des effets sur le stress des soignants. Les auteurs expliquent éventuellement cette divergence à cause des caractéristiques de l'échantillon.

Il est vrai qu'aucun effet significatif sur ce sujet n'a été trouvé grâce au groupe d'entraide, mais les auteurs précisent qu'une amélioration était visible. « Certains participants ont identifié le groupe comme utile à leur sentiment de bien-être. Bien que notre intervention ne peut pas changer la perception du stress, il peut aider les soignants à trouver un sens à leur expérience ».

Les auteurs mentionnent que le groupe de soutien éducatif est une intervention de valeur et une approche multi-composante qui est nécessaire pour empêcher l'abus des aînés. Les infirmières et directeurs des services médicaux, ont une position pour identifier les soignants qui ont besoin de bénéficier de différentes sessions de groupe d'intervention.

	<p>La conclusion synthétise les résultats précédemment expliqués. Les auteurs précisent également la chose suivante: « Les résultats ont des implications importantes pour l'éducation et la programmation d'installations administratives à long terme grâce aux décideurs politiques dans les soins lors de la planification de l'amélioration des soins de qualité aux personnes âgées ». (p. 385)</p> <p>Pour résumer, ils pensent que ce programme pourrait avoir un grand potentiel pour aider les soignants dans les établissements de soins de longue durée de différentes façons.</p> <p>Les limites de l'étude étaient les suivantes. La non-randomisation de l'étude a mis en péril la validité interne. Ensuite, les auteurs ne savent pas si la fatigue des sessions d'une durée de 1h30, a eu un impact sur les résultats. Puis, les sujets du groupe expérimental avaient peut-être un environnement différent de celui du groupe témoin (le personnel soignant provient parfois d'autres pays).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences pour la pratique future ne sont pas mentionnées. Cependant des recommandations sont faites: « D'autres recherches sur les comportements abusifs entre les différents soignants ethniques fournissant des soins aux personnes âgées institutionnalisées sont nécessaires pour déterminer les modifications interventionnelles. Des études de suivi en utilisant la randomisation pour examiner les avantages à long terme des groupes de soutien éducationnel et explorer des autres résultats que ceux-ci sont également proposés ». (p.385)</p> <p>De plus, lors de la planification de l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées, les décideurs politiques devraient allouer des ressources pour permettre l'amélioration des équipements et l'environnement des soins.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies

Pillemer, Burnes, Riffin & Lachs (2016)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise le concept principal : la maltraitance ainsi que la population à l'étude : les personnes âgées.</p> <p>De plus les diverses thématiques qui vont être développées sont présentées : la situation globale, les facteurs de risque et les stratégies de prévention.</p>
Résumé	<p>A travers le résumé de l'article, les auteurs présentent le but, la méthode, les résultats et les implications. Ces divers points sont décrits de manière précise et complète.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème principal de l'étude est présenté. Il s'agit de la maltraitance des personnes âgées. Les auteurs nous indiquent que la maltraitance est un phénomène vaste et sérieux, reconnu internationalement et qui nécessite l'attention des systèmes de santé, des organismes de protection sociale, des décideurs et du grand public. Ainsi les auteurs nous expriment l'importance de développer des connaissances liées à cette thématique pour les soins infirmiers.</p> <p>Grâce aux connaissances actuelles, nous savons que les personnes âgées sont de plus en plus présentes dans le monde. Cette problématique devient de plus en plus présente et touche actuellement des millions d'individus dans le monde entier. De plus, les conséquences de la maltraitance sont dévastatrices pour les individus mais aussi pour les coûts sociaux et sont donc un grave problème pour la santé publique. Ces divers</p>

	<p>points nous démontrent la pertinence de cette revue.</p> <p>Les auteurs nous soulignent que la maltraitance des personnes âgées est le phénomène le plus répandu et il peut être en grande partie évitable. Ainsi ils nous démontrent que la meilleure compréhension des causes et de la prévention de la maltraitance devraient être une priorité internationale.</p>
Recension des écrits	<p>L'article étant une revue exploratoire, une recension des écrits est présente dans les résultats de l'article afin de nous permettre de comprendre le concept de la maltraitance.</p> <p>Cependant, dans l'introduction, les auteurs nous décrivent que la littérature scientifique internationale développe des recherches en lien avec la maltraitance. Des études évaluant les prévalences de cette problématique sont présentes dans de nombreux pays. Finalement, ils nous indiquent que les stratégies de prévention sont de plus en plus documentées dans certains pays. Ainsi les auteurs nous déclarent les types de recherche existantes sur le sujet mais ne présentent pas les résultats de celles-ci dans l'introduction.</p> <p>De plus, ils nous déclarent qu'actuellement une des priorités internationales est de comprendre les causes et la prévention de la maltraitance.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts avec la thématique de la maltraitance sont eux aussi développés dans les résultats de l'article. En effet, le but de la revue exploratoire est de fournir un aperçu et une compréhension globale d'une thématique. De ce fait, les concepts clés ne sont pas décrits dans l'introduction.</p> <p>Nous supposons que la base théorique de l'article est que : une meilleure compréhension des causes et de la prévention de la maltraitance devrait être une priorité internationale.</p>

Buts et question de recherche	<p>Les auteurs nous indiquent que le but de l'article est d'effectuer une revue exploratoire afin d'obtenir un aperçu actuel de la littérature sur les facteurs de risques de la maltraitance ainsi que la prévalence de celle-ci.</p> <p>Les auteurs nous explicitent que le but de ce document est de fournir un aperçu général d'un sujet afin d'aider dans l'élaboration de points communs, de thèmes et de lacunes présents dans la littérature.</p> <p>De ce fait, les questions de recherches et les hypothèses ne sont pas exposées. Cependant, le but de l'étude est fondé sur la base théorique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les auteurs décrivent la population visée dans les articles qu'ils ont sélectionnés.</p> <p>Ainsi les auteurs ont inclus les messages dans lesquels un échantillonnage aléatoire ou exhaustif a été présent. De ce fait, ils ont exclu les études dans lesquelles une concordance des participants était présente.</p> <p>Elles sont basées sur des données que les personnes âgées ont partagées. Les études dans lesquelles les données recueillies proviennent de soignants, professionnels ou agences ont été exclues.</p>
Considérations éthiques	L'article étant une revue exploratoire les informations liées à la sauvegarde des droits des participants et les bénéfices de ceux-ci ne sont pas présentées.
Devis de recherches	<p>Le devis de recherches est une étude exploratoire. La méthode de collectes de données des diverses études a permis que la revue atteigne son but.</p> <p>L'objectif est d'offrir un aperçu général d'un sujet afin de développer des thèmes, points communs et lacunes présents dans la littérature.</p>
Modes de collectes de	Aucun outil de mesures n'est décrit. Les auteurs

données	n'ont pas eu recours à des instruments particuliers durant leurs recherches.
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des divers articles est clairement décrit.</p> <p>Dans un premier temps, les auteurs ont recherché des revues de littératures systémiques et complètes existantes sur la maltraitance des personnes âgées. Au total 12 articles ont été sélectionnés à travers les critères d'inclusions/exclusions.</p> <p>Ensuite les auteurs ont fait une recherche sur différentes bases de données (PUBMED, MEDLINE, PSYCHINFO et Social Work Abstracts). Les termes de recherches sont présentés et sont les suivants : [(elder abuse OR elder neglect OR elder mistreatment OR elder maltreatment) AND (incidence OR prevalence)]. Ces recherches ont permis de recueillir 211 articles. Après avoir analysé les écrits selon les critères d'inclusions et d'exclusions, 8 études ont été sélectionnés.</p> <p>Au total 20 études ont été sélectionnées afin de répondre à cette revue. Finalement, des documents comparatifs internationaux concernant les programmes de l'état de violence envers les aînés dans différents pays ont été sélectionnés afin d'évaluer les programmes de prévention.</p> <p>Il n'est pas annoncé dans l'article si les auteurs ont fait appel à du personnel compétent afin de recueillir les données et de ce fait minimiser les biais.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses des articles sélectionnés ne sont pas présentées dans cet article. Les auteurs nous décrivent qu'ils ont décidé de sélectionner des revues de littérature qui dataient au plus tard de l'année 2011.</p> <p>Ils annoncent que divers critères d'inclusions et d'exclusions ont été utilisés dans la sélection d'articles. Ceux-ci ne sont cependant pas explicités. Ainsi, les auteurs nous indiquent les</p>

	<p>facteurs susceptibles d'influer les résultats qu'ils ont pris en compte.</p> <p>Enfin, les auteurs ne présentent pas de résumé des résultats dans leur texte.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les auteurs présentent leurs résultats à travers un texte narratif.</p> <p>Afin de permettre une meilleure compréhension par le lecteur, le texte est divisé en différents thèmes principaux : les définitions, les prévalences, les facteurs de risque, la prévention.</p> <p>Ainsi une logique entre les différents thèmes est présente. De plus, un graphique de la prévalence des divers types de maltraitance est présente dans le texte. Ceci nous permet une vision graphique de l'ampleur de celle-ci et nous permet de visionner un ordre de croissance de la maltraitance la plus présente.</p> <p>Dans un premier temps, les auteurs font part des difficultés liées aux divergences des définitions de la maltraitements des personnes âgées. Les auteurs expliquent que ce point est un obstacle majeur à la prévention. Cependant, un consensus est en train d'émerger afin de définir la maltraitements, ainsi que ces types.</p> <p>Ensuite, les auteurs nous proposent une définition qu'ils définissent comme largement acceptée. De plus, ils nous affirment que des accords généraux sont présents sur les différentes actions présentes dans cette thématique. Ils expriment que les chercheurs, les praticiens et les lois juridiques reconnaissent divers types d'abus : physiques, psychologiques, agressions sexuelles, exploitations matérielles, négligences.</p> <p>Enfin, ils nous indiquent que les variations culturelles sont à prendre en compte dans ses divers facteurs de maltraitements. De plus, les différentes cultures peuvent présenter une</p>

barrière de la prévention de la maltraitance.

Dans un deuxième temps, les auteurs nous présentent la prévalence des divers types de maltraitance. Tout d'abord, ils nous indiquent que beaucoup de données en lien avec son ampleur justifient l'importance de prévenir cette problématique. Les auteurs présentent la prévalence des divers types de maltraitance des personnes âgées au niveau communautaire.

En effet, ils nous signalent qu'aucune étude fiable n'est menée sur la prévalence de la maltraitance dans les milieux des soins. Les différentes informations sont associées à ces diverses thématiques. Elles présentent le type de la maltraitance mais aussi la moyenne de celle-ci, une catégorisation selon les divers pays, les possibles échelles utilisées dans les diverses études afin de mesurer celles-ci et des informations supplémentaires :

1. la maltraitance physique : moyenne de 2,8 %
2. la maltraitance sexuelle : moyenne de 0,7%
3. la maltraitance financière : moyenne de 4,7%
4. la maltraitance émotionnelle/psychologique : moyenne de 8,8%
5. la négligence : moyenne de 3,1%

Les auteurs finissent par donner des informations sur la prévalence totale de la maltraitance des personnes âgées.

La moyenne de celle-ci s'élève à 14,3%. De plus il est important de considérer que la prévalence est sans doute sous-estimée par rapport à la réalité. Ils nous indiquent que selon les études actuelles, elle est plus élevée dans les homes. Ils nous informent qu'il est important de prévenir celle-ci en lien avec le vieillissement de la population mondiale.

Ensuite, les auteurs développent les facteurs de risques de la maltraitance de la personne âgée. Ils déclarent que la compréhension des facteurs de risques permet le développement de programmes de préventions efficaces.

Ainsi les auteurs ont développé plusieurs facteurs de risques liés à l'individu maltraité, l'individu maltraitant, la relation, la communauté et la société.

Ces divers facteurs sont classés selon trois catégories en fonction des preuves découvertes : les facteurs de risques validés comme étant fort à travers une preuve substantielle, les facteurs de risques évalués comme potentiel ayant des preuves limitées et les facteurs de risques contestés car un manque de preuves claires est présent.

Les facteurs de risques liés à la personne maltraitée :

- Forts : la dépendance fonctionnelle ou l'invalidité, la mauvaise santé physique, la déficience cognitive/démence, la mauvaise santé mentale, le faible revenu.
- Potentiels : le genre, l'âge, la dépendance financière, l'appartenance ethnique.

Les facteurs de risques liés à la personne maltraitante :

- Forts : les maladies mentales, le mésusage de substances, la dépendance des abuseurs.

Les facteurs de risques liés au relation entre maltraitant et maltraité:

- Potentiels : le type de relation, l'état civil.

Les facteurs de risques liés au niveau communautaire :

- Potentiel : la localisation géographique.

Les facteurs de risques liés au niveau sociétal :

- Contestés : la culture sociale et les normes,

	<p>les facteurs de protection.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forts : le soutien social et les situation particulières. <p>La troisième thématique des résultats sont les interventions de prévention. En effet les auteurs nous indiquent que la prévention est le besoin le plus présent dans cette problématique et pose un défi considérable. Cependant aucune évaluation fiable de l'efficacité de ces diverses interventions n'existe. De plus aucune étude comparative internationale des divers programmes n'est présente dans la littérature.</p> <p>Malgré ce manque d'informations, il est important de mettre en place des interventions de prévention face à l'ampleur du problème. Les auteurs ont ensuite identifié 5 pistes de prévention qui ont des preuves préliminaires de leur efficacité et qui n'ont pas montré d'effets indésirables. Elles sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les interventions reliées aux proches aidants 2. Les programmes de gestion de l'argent 3. Le service d'assistance téléphonique 4. Les abris d'urgence 5. Les équipes multidisciplinaires <p>Les auteurs nous indiquent qu'un manque de ressources existe dans de nombreux pays et que les pistes de prévention divergent selon les contrées.</p> <p>Finalement, les auteurs ne nous indiquent pas s'ils ont fait évaluer leurs données par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans la conclusion, les auteurs interprètent prioritairement les résultats liés à la prévention. Ils indiquent que les ressources ne sont pas les mêmes dans tous les pays et ainsi que les interventions ne doivent pas être les mêmes partout dans le monde.</p> <p>Il serait judicieux dans les pays à faible revenu de faire connaître la problématique ainsi que son</p>

	<p>ampleur avant de mettre en place des interventions de prévention. Ces différents points nous permettent de comprendre d'avantage la spécificité du problème et en découle logiquement une partie des résultats.</p> <p>Dans ce chapitre, les auteurs n'interprètent pas les autres thématiques présentes dans les résultats comme les définitions, la prévalence ou les facteurs de risques.</p> <p>Ils nous informent de plus, qu'il serait judiciable d'étudier le caractère transférable des pistes de prévention de la maltraitance des pays à revenu élevé dans les pays à revenu faible.</p> <p>Les auteurs n'explicitent pas si leurs analyses des résultats concordent avec des études antérieures.</p> <p>A travers leurs conclusions, les auteurs nous font part d'une seule limite de l'étude. Elle est le fait que les manifestations de la maltraitance, les ressources présentes pour la prévenir ainsi les approches juridiques, législatives sont différentes selon la culture et les pays.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs nous explicitent qu'à travers leur étude. Ils ont identifié que l'amélioration des connaissances scientifiques de la maltraitance des personnes âgées est nécessaire pour développer des stratégies de prévention efficace qui peuvent être promus dans le monde entier.</p> <p>Ils identifient donc les conséquences de leurs résultats. Ils nous recommandent le besoin le plus important afin de contrer la maltraitance. Ce serait de faire des recherches pour valider des méthodes de prévention de haute qualité.</p> <p>De plus, ils indiquent qu'il serait nécessaire de récolter de plus amples informations sur la nature et l'ampleur de la maltraitance dans les pays à faible revenu, ainsi que sur les formes de maltraitance des personnes âgées spécifique à la culture.</p>

	<p>A travers leur revue exploratoire, les auteurs ont développé les points clés de la maltraitance à travers la littérature présente afin d'améliorer sa compréhension et sa connaissance.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Elder Mistreatment in the Nursing Home : A systematic Review

Lindbloom, Brandt, Hough, & Meadows (2007)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre - La maltraitance des personnes âgées en maisons de retraite : Une revue systématique - précise la population (les personnes âgées), le concept clé (la maltraitance), et le contexte (les maisons de retraite). On sait aussi qu'il s'agit d'une revue de littérature.
Résumé	<p>Le résumé introduit la notion de maltraitance des personnes âgées, et rappelle que l'intérêt des chercheurs pour cette problématique est relativement récent.</p> <p>Les auteurs indiquent que ces informations recueillies pourront permettre aux cliniciens de reconnaître et d'avoir un impact sur les facteurs de risque de la maltraitance.</p> <p>La méthode, les résultats et la discussion ne sont par contre pas présentés dans le résumé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique est définie, il s'agit de la maltraitance des personnes âgées en maisons de retraite : une population particulièrement vulnérable selon les auteurs.</p> <p>Des faits amenés par d'autres études mettent en évidence la pertinence de cette revue : on apprend entre autre que le taux de mortalité est nettement augmenté chez les personnes âgées maltraitées, et que des études révèlent qu'environ un tiers des soignants interrogés ont dit avoir été témoin de maltraitance dans les douze derniers mois. Les auteurs s'appuient encore sur d'autres études pour affirmer qu'il s'agit d'un problème majeur.</p>

Recension des écrits	<p>Les auteurs ont réalisé plusieurs recherches préalables, se sont appuyés sur des sources primaires, et sont arrivés à la conclusion que si les études en lien avec la maltraitance des personnes âgées sont relativement récentes, plusieurs recherches ont maintenant émergées et peuvent aider à mettre en lumière cette problématique, d'où l'intérêt de cette revue.</p> <p>Une recension des bases de données utilisées est présentée précisément dans la méthode.</p>
Cadre de recherche	Des apports théoriques provenant de diverses études sont présents dans l'introduction concernant le concept de la maltraitance des personnes âgées. Cependant ce concept n'est pas défini ici.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement énoncé :</p> <p>« Les objectifs de cette revue sont de rechercher des articles originaux concernant la maltraitance des personnes âgées en maison de retraite. Une attention particulière sera donnée aux types de maltraitance, aux facteurs de risque, aux indicateurs de maltraitance, et aux interventions visant à réduire l'incidence de la maltraitance ». (p.610)</p> <p>Il n'y a cependant pas de questions ou d'hypothèses clairement exprimées par les auteurs.</p>
METHODE	
Population et échantillon	La population étudiée au travers des études recherchées pour cette revue de littérature est la personne âgée en institution. La population n'est pas plus détaillée dans la méthode.
Considérations éthiques	Il n'y a pas de considérations éthiques puisqu'il s'agit d'une revue de littérature.
Devis de recherche	La méthode de recherche est appropriée à la nature de cette étude, puisqu'il s'agit d'une revue de

	littérature.
Modes de collectes de données	Les méthodes utilisées sont décrites : les auteurs ont collaboré avec une bibliothèque médicale de leur département, et ont utilisé les bases de données suivantes : Medline, Medline in-Process, Cinahl, Current Contents, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Social Work Database, et Angeline.
Conduite de la recherche	Le processus de collectes de données est décrit très précisément : Tous les mesh-term utilisés sont indiqués. Les auteurs précisent que les études utilisées datent de 1980 à 2005, et qu'ils se sont limités aux recherches en anglais.
Analyse des données	Il n'y a pas de résumé des résultats dans ce chapitre, on sait par contre que les auteurs ont sélectionnés 324 citations depuis les bases de données mentionnées ci-dessus.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont illustrés par 8 tableaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le premier tableau définit les différents types de maltraitance. • Le deuxième tableau présente les caractéristiques des personnes maltraitantes. • Le tableau suivant met en évidence des problématiques associées à la négligence. • Ce quatrième tableau relate les différentes opinions sur la fiabilité des escarres comme critère indicateur de maltraitance. • Le cinquième tableau complète le quatrième en avançant les facteurs de risques des escarres et les façons de les prévenir. • Il est présenté ici 3 types d'interventions

	<p>permettant de réduire la maltraitance dans les maisons de retraite : il s'agit de 3 types de formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans ce tableau les perceptions sont des " protecteurs des citoyens " sont présentées • Le dernier tableau montre les divers types de documents qui peuvent aider les futurs investigateurs. <p>Les résultats sont également présentés dans un texte narratif, comportant 8 points regroupant les principaux thèmes entre eux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maltraitance physique et la dynamique personnel - résidents : ici plusieurs études parlent d'un phénomène d' « immunité » face aux comportements agressifs des résidents. Certains soignants qui n'auraient pas cette immunité se sentiraient agressés, et agresseraient en retour les résidents. Dans ce point les auteurs montrent aussi des liens entre la satisfaction au travail, la charge de travail, le burnout, et la maltraitance. • Le deuxième point parle de la maltraitance sexuelle. Les auteurs révèlent que les condamnations sont rares, et que les signes comme les contusions sont souvent interprétés à tort comme accidentels. • La maltraitance psychologique : des études montrent que la maltraitance psychologique peut être associée à un environnement de travail stressant, à l'agressivité des résidents, au stress, au sous-effectif et à une pauvre formation. • La négligence et les soins de mauvaise qualité : dans ce point les principaux problèmes conséquents à la négligence sont mis en avant : les escarres, la
--	---

	<p>malnutrition, et la déshydratation. Il est rappelé que ces deux dernières problématiques augmentent considérablement le risque de décès chez la personne âgée.</p> <ul style="list-style-type: none">• Le cinquième point est consacré à la violation des droits personnels, ainsi qu'aux problèmes financiers et matériels. Il est révélé ici qu'1.5% des soignants en maison de retraite avouent avoir déjà volé des résidents.• Les indicateurs et résultats associés : une liste d'indicateurs est présentée ici. Il est précisé que certains indicateurs de maltraitance de la personne âgée peuvent être similaires aux indicateurs de maltraitance infantile. Ces indicateurs étaient entre autres : des blessures au tronc, à la tête, dans la région génitale, des blessures mal expliquées ou mal documentées, des réponses évasives ou défensives de la part des soignants, des escarres, une hygiène déficiente, une perte de poids, des changements de comportement ou un état dépressif chez la personne âgée.• Le septième point, stratégies d'identification et de prévention, présente 3 programmes de formation destinés aux soignants, et ayant permis une augmentation de la satisfaction au travail, de la capacité d'aborder le sujet de la maltraitance, ou encore une meilleure collaboration interprofessionnelle dans les procédures judiciaires en lien avec la maltraitance.• La supervision et le rôle des protecteurs des citoyens : ce point présente brièvement le rôle des « protecteurs des citoyens » dans les soins, et l'utilité de leurs rapports pour les études sur la
--	--

	<p>maltraitance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le neuvième et dernier point est consacré au thème de la suspicion et de la dénonciation. Il y est rappelé que plusieurs obstacles empêchent une bonne dénonciation des actes de maltraitance, et qu'il n'est pas nécessaire d'être convaincu pour dénoncer un cas suspect.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	Les limites de l'étude ne sont pas définies, mais les conclusions découlent logiquement des résultats et sont appuyées sur une importante quantité de données.
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs expriment la nécessité de modifier le système des soins de longue durée pour faire face aux problèmes de sous-effectifs et de manque de budget qui ont un impact sur la maltraitance.</p> <p>Ils recommandent néanmoins de travailler avec le système actuel, et de tenir compte des programmes éducatifs innovateurs présentés dans cette revue.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Health care Professionals' perspectives on Barriers to elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Setting

Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuck, & Jogerst (2012)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre - Perspectives pour les professionnels de santé face aux obstacles de la détection et de la dénonciation de la maltraitance des personnes âgées dans la cadre de soins médicaux - précise les concepts clés (la maltraitance, et les obstacles à la détection et à la dénonciation) ainsi que la population (les personnes âgées, et les professionnels de santé).</p>
Résumé	<p>Le résumé exprime tout d'abord précisément le but de l'étude : « L'objet de cette étude était d'explorer les perspectives pour les professionnels de santé face à la maltraitance des personnes âgées pour atteindre une meilleure compréhension de ce problème en rapportant et en générant des idées pour améliorer les processus de détection et de dénonciation ». (p.17)</p> <p>La méthode est ensuite brièvement expliquée, on sait qu'un sondage a été effectué avec comme participants 3 types de profession de la santé, et qu'une analyse thématique a été réalisée.</p> <p>Les résultats ainsi que la discussion sont clairement synthétisés : « Les participants suggéraient une réorganisation du système de dénonciation externe. Une éducation pragmatique et plus fréquente est nécessaire pour consolider les connaissances pratiques en lien avec la maltraitance des personnes âgées ». (p.17)</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement décrit et argumenté par des citations d'auteurs.</p> <p>On apprend par exemple que beaucoup de professionnels de santé attestent avoir vu des cas de suspicion d'abus chez des personnes âgées, mais ont échoué à les rapporter. Malgré la loi en vigueur obligeant les professionnels de santé à donner les cas suspectés d'abus chez les personnes âgées dépendantes, peu le font systématiquement, et ce en raison de nombreux obstacles.</p> <p>« Une étude a révélé que les médecins rapportent seulement 2% de tous les cas suspects (Rosenblatt, Cho, et Durance, 1996) ». (p.18). Ce chiffre très bas démontre la pertinence de cette étude à rechercher les obstacles à la dénonciation des abus.</p> <p>Les auteurs ne s'appuient pas sur des hypothèses, mais affirment que d'autres études similaires ont mis en avant le manque de temps, la difficulté à détecter les abus, ainsi que le manque de confiance dans le système de dénonciation, comme obstacles à la dénonciation.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs se sont appuyés sur plusieurs études, datant de 1993 à 2006, et sur des sources primaires pour définir et argumenter leur problématique, réalisant ainsi une base solide pour l'étude à suivre.</p> <p>Il est précisé que cette étude élargie le travail de recherche déjà effectué dans d'autres études, en cherchant ici à voir l'avis de différents types de professionnels (et pas seulement de médecins).</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts (la maltraitance des personnes âgées, les obstacles à la détection et à la dénonciation) ne sont pas définis.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Les buts de l'étude sont clairs : « Cette étude exploratoire cherche à identifier les obstacles de la dénonciation de la maltraitance des personnes âgées, et comment la perception des obstacles dépend de la discipline des soins ». (p.19) De plus, « le but de cette étude était d'explorer les perspectives des professionnels de santé (infirmières, médecins, et travailleurs sociaux) face à la maltraitance, pour amener une meilleure compréhension des problèmes de détection et de dénonciation des abus ». (p.19)</p> <p>Il n'y a pas de formulation de questions de recherches indiquée, ni d'hypothèses.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population est séparée en deux groupes :</p> <p>Les victimes de maltraitance : les personnes âgées. Cette population est relativement peu définie. Les auteurs sous-entendent que l'étude se porte sur les cas de maltraitance de personnes âgées vivant hors-institution, mais ce n'est pas clairement exprimé dans le texte.</p> <p>Les professionnels de santé : il s'agit de la population composant l'échantillon utilisé pour la réalisation de cette étude qualitative. La définition est ici bien détaillée : 9 infirmiers, 8 médecins généralistes, et 6 travailleurs sociaux, tous en activité, volontaires, et vivant dans l'état de l'Iowa.</p> <p>Une lettre a été envoyée à tous les potentiels participant de l'Iowa, soit 155 médecins, 221 infirmiers, et 19 travailleurs sociaux. Tous ceux qui ont répondu favorablement ont été interviewés. Les auteurs n'ont pas voulu re-solliciter les personnes n'ayant pas répondu à la demande de sondage.</p> <p>L'échantillon est petit et géographiquement</p>

	<p>limité, les auteurs suggèrent eux-mêmes de compléter leur étude avec un nombre plus élevé de participants, et provenant de diverses régions.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ont demandé aux participants de ne pas révéler le lieu où ils travaillaient, ni les noms de patients.</p> <p>Les participants ont également dû compléter un document attestant de leur consentement à participer à l'étude.</p> <p>Il n'y a pas d'autres considérations éthiques.</p>
Devis de recherche	<p>Les auteurs cherchaient à réaliser une étude qualitative pour identifier les obstacles à la détection et à la dénonciation des cas de maltraitance, le choix des entretiens comme méthode de recherche est donc appropriée.</p> <p>Les auteurs ont réalisé des interviews de 10 à 60 minutes avec chaque participant à l'étude. On peut donc affirmer que le temps passé sur le terrain est suffisant et a sans doute permis de récolter de nombreuses données qualitatives.</p> <p>La méthode utilisée dans cette étude a permis aux auteurs d'atteindre leur but en matière de résultats : ils ont pu mettre en évidence les obstacles importants à la détection et dénonciation de la maltraitance.</p>
Modes de collectes de données	<p>Plusieurs outils ont été utilisés pour cette étude, ils sont brièvement décrits : il s'agit d'un guide d'intervention développé par Rodriguez (2006) comportant 13 questions ouverte, et d'un logiciel permettant de coder les données, « N'Vivo ».</p> <p>Les 13 questions posées lors de l'interview ne sont par contre pas présentées, on ne peut pas savoir si elles sont pertinentes vis-à-vis de la recherche effectuée.</p> <p>Les auteurs précisent que « les méthodes pour</p>

	ce projet ont été approuvées par the Institutional Review Board of the University of Iowa ». (p.19)
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est clair, il s'agit d'une interview comprenant 13 questions que les participants avaient reçus au préalable par courrier, avec un enregistrement audio des données, puis une retranscription par écrit. Ainsi les biais sont minimisés car les données sont analysées telles qu'elles ont été formulées.</p> <p>Les entretiens ont été conduits toujours par la même personne. Celle-ci a d'abord réalisé trois entretiens d'essai avec un bilan critique à la fin, et a été formée au préalable aux techniques ethnographiques.</p>
Analyse des données	<p>La méthode d'analyse est décrite : les thèmes centraux exprimés par les participants ont été analysés par l'équipe d'analyse, codés dans le logiciel N'Vivo, et regroupés en 5 catégories d'obstacles.</p> <p>Les affirmations ont aussi été regroupées par professions, afin de permettre une comparaison entre elles.</p> <p>L'équipe d'analyse comportait 5 chercheurs, de professions différentes.</p> <p>Les éventuels facteurs pouvant influencer les résultats ne sont pas indiqués par les auteurs.</p> <p>Un résumé des résultats synthétique, sous forme de tableau, est présenté dans le chapitre suivant.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Un tableau illustre et résume adéquatement les résultats.</p> <p>Les résultats sont résumés ensuite dans un texte narratif. Ils sont partagés en 5 points, chacun reprenant une catégorie d'obstacles à la détection et à la dénonciation de la maltraitance.</p>

Pour chaque catégorie, les obstacles rapportés étaient présentés, illustrés par des extraits de discours des participants, et mis en lien avec leur appartenance à une profession (infirmiers, médecin, ou travailleurs sociaux).

Les 5 sous-chapitres et catégories d'obstacles sont les suivants :

- L'orientation professionnelle : les obstacles principaux rapportés ici par les infirmières et les médecins étaient la difficulté à savoir qui avait le rôle de dénoncer, ainsi que le fait de plutôt focaliser son attention sur les soins infirmiers/médicaux courants.
- L'évaluation : il était ici question de la difficulté à détecter les abus, notamment par le manque de temps, par la priorisation d'autres problématiques de santé, la réticence à intervenir dans la vie privée du patient et à altérer la relation de confiance, la difficulté à récolter des informations et preuves, et la dissimulation des signes d'abus par les proches-aidants.
- L'interprétation : les obstacles mis en évidence ici étaient la difficulté à savoir ce qui rentrait dans le cadre de l'abus ou non, la difficulté à définir si la victime était dépendante ou non (la loi sur les abus en Iowa aux USA ne protège que les personnes dépendantes), le fait de considérer les actes de maltraitance simplement comme un manque de ressources.
- Le système : ici les obstacles rapportés étaient le manque de connaissance des protocoles de dénonciation des abus ainsi que le manque d'expérience, et les défaillances du système de dénonciation et d'investigation, considéré comme

	<p>frustrant et peu efficace par les professionnels de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les connaissances, l'éducation : les professionnels de santé rapportaient manquer de connaissances pratiques concernant les façons de détecter et de dénoncer les abus. Ils souhaitaient une formation appuyée sur des cas pratiques. <p>Les auteurs ne disent pas si les données ont été examinées par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les conclusions découlent logiquement des résultats et résumant la situation dans sa globalité.</p> <p>Les résultats concordent avec d'autres études antérieures : les auteurs affirment que les obstacles mis en évidence rejoignent ceux trouvés dans d'autres études, comme la difficulté à discerner l'abus, la difficulté de savoir quand dénoncer, la peur d'altérer la relation patient-soignant, la volonté d'offrir des ressources supplémentaires plutôt que de dénoncer, et la difficulté à déterminer qui doit dénoncer.</p> <p>Les limites sont définies : les auteurs rappellent qu'en raison de la nature qualitative de l'étude, un nombre limité de professionnels de santé ont été interviewés, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats.</p> <p>Les auteurs recommandent la réalisation de nouvelles études avec un échantillon plus important et diversifié.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats amenant la volonté des professionnels de santé à disposer d'une meilleure formation concernant la dénonciation des abus, est mise en relation avec d'autres études, démontrant la pertinence de formation basées sur des cas pratiques plutôt que sur des supports didactiques.</p>

	<p>Globalement, les données récoltées dans l'étude sont nombreuses et permettent d'appuyer la conclusion.</p> <p>En conclusion, les auteurs soulignent l'importance de la formation des professionnels à la dénonciation, la nécessité de faciliter ce processus de dénonciation, et la responsabilisation de chacun quel que soit sa profession dans la détection et la dénonciation des abus.</p>
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting

McGarry & Simpson (2008)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre - Identification, rapport, et prévention de la maltraitance chez les personnes âgées dans la pratique - précise la population (personne âgées), ainsi que la problématique (la maltraitance). On peut observer par la lecture du titre qu'il s'agit d'une revue traitant de l'identification, du rapport et de la prévention de la maltraitance.</p> <p>Cependant il n'est pas précisé dans le titre de quelle forme de maltraitance et de quel contexte il s'agit.</p> <p>On apprend plus tard qu'il s'agit de diverses formes de maltraitance, chez les personnes en institution mais aussi vivant à leur propre domicile.</p>
Résumé	<p>On apprend dans le résumé qu'il s'agit d'un article s'adressant principalement aux infirmières, visant à expliquer la complexité du phénomène de la maltraitance des personnes âgées, et à leur faire prendre conscience de leur rôle en matière de prévention des abus.</p> <p>Le problème, la maltraitance envers les personnes âgées, est donc cité dans le résumé.</p> <p>Le résumé ne dit rien en revanche sur la méthode employée pour la réalisation de cette revue de littérature. Les résultats et la discussion ne sont pas évoqués.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La problématique est clairement expliquée : la

	<p>maltraitance des personnes âgées et la négligence sont un important problème de santé. On observe de plus une discrimination à l'égard des personnes âgées ainsi qu'un manque de reconnaissance pour les soins gériatriques, ce qui peut contribuer à ce problème.</p> <p>L'introduction n'explique pas en revanche ce qui sera cherché et expliqué dans cet article. Sa finalité n'est pas clairement exprimée.</p>
Recension des écrits	Il n'y a pas de recension des écrits présente dans l'introduction.
Cadre de recherche	<p>Les concepts évoqués dans l'introduction sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maltraitance des personnes âgées comme problème de santé. • La discrimination des personnes âgées dans la société. • Les mesures politiques et législatives face à la maltraitance des personnes âgées.
Buts et question de recherche	<p>L'introduction met en avant la problématique de la maltraitance chez les personnes âgées, mais n'évoque pas de question de recherche précise.</p> <p>Aucune hypothèse n'est formulée.</p>
METHODE	
Population et échantillon	La population est définie : il s'agit des personnes âgées, indépendamment de leurs pathologies et lieux de vie. L'âge exact de la population englobée sous ce terme n'est pas clairement exprimé.
Considérations éthiques	Aucune considération éthique n'est mentionnée.
Devis de recherche	Il n'y a pas de précisions sur le devis de recherche concernant cette revue. Aucun outil n'est mentionné dans la méthode.

Modes de collectes de données	Les données utilisées pour cette revue proviennent, entre autres, d'associations, comme L'AEA (Action contre la maltraitance des personnes âgées), le DH (Département de la santé du Royaume Uni), la CDNA (Community and District Nursing Association), Le NSF (National service framework for older people), ainsi que de nombreux autres auteurs.
Conduite de la recherche	La méthode de collectes des données n'est pas présentée.
Analyse des données	Aucune méthode d'analyse n'est décrite. Il n'est pas précisé si les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ont été pris en considération.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont sous forme de texte narratifs, composé de 6 parties logiquement regroupées. Un tableau expose les différents types de maltraitance de la personne âgée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le changement du contexte politique : dans ce point les auteurs mettent en avant l'importance du domaine politique et législatif dans la prévention, ainsi que la volonté de s'engager pour la promotion d'un vieillissement sain, et pour éviter la discrimination des personnes âgées : « l'âgisme ». • Définir la maltraitance des personnes âgées : les auteurs rappellent qu'il n'existe pas de consensus pour définir la maltraitance envers les personnes âgées, et que ceci pourrait influencer le sous-rapport des actes de maltraitance. Les auteurs proposent la définition suivante « Un acte simple ou répété, ou une action inappropriée se produisant dans une relation de confiance, qui cause un préjudice ou une détresse à une personne âgée », établie par l'AEA en 2004.

	<ul style="list-style-type: none">• La prévalence : il est ici rappelé que relativement peu de recherches ont été effectuées sur la prévalence de la maltraitance des personnes âgées. En outre, plusieurs facteurs peuvent empêcher le rapport des actes de maltraitance, comme par exemple la fragilité ou le handicap de la victime. On apprend aussi que les femmes sont plus souvent victimes, et que les agresseurs sont plus souvent des hommes. Les types d'abus les plus fréquents étaient psychologiques.• Les facteurs de risques possibles : les principaux mentionnés sont le stress, l'isolement social, la dépendance dans la relation, les antécédents de toxicomanie, les antécédents de relations abusives ou de violences.• Les catégories et possibles indicateurs d'abus : les abus sont ici classés en différentes catégories. Un tableau met en évidence les indicateurs possibles de maltraitance pour chaque catégorie d'abus.• La gestion efficace en pratique : ce dernier point met en avant l'importance de la reconnaissance de cette problématique qu'est la maltraitance, par les professionnels. Plusieurs étapes de gestion de la maltraitance sont évoquées : l'identification d'indicateurs d'abus, le rapport verbal à son supérieur, et l'écriture d'un rapport complet. <p>Les auteurs encouragent les infirmières à suivre l'affaire une fois la maltraitance dénoncée : elles devraient participer aux conférences et procédures législatives.</p>
--	---

	<p>Ils précisent que la direction des institutions a aussi un important rôle à jouer pour former de façon continue les infirmières, et les soutenir dans les procédures de dénonciation.</p> <p>Les institutions devraient également collaborer entre-elles pour définir un guide précis d'actions à réaliser face aux abus.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La conclusion découle logiquement du corps de la revue, et met en avant le fait que la maltraitance des personnes âgées englobe de nombreux préjudices, dont la discrimination, et est un important problème de santé.</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas définies.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs ne précisent pas quelles sont les conséquences des résultats de cette étude, mais les auteurs expriment l'importance de mettre en place des mesures politiques et législatives.</p> <p>Les recommandations futures sont donc la mise en place de ces mesures, ainsi que de permettre aux infirmières de prendre conscience de l'importance de leur rôle face à la maltraitance.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Improving care in care homes: A qualitative evaluation of the Croydon care home support team

Vanessa Lawrence & Sube Banerjee (2010)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le concept clé est précisé : l'amélioration des soins ainsi que la population de l'étude : les foyers de soins.</p> <p>Le titre nous présente le but de l'étude : évaluer qualitativement l'équipe de soutien des foyers de soins de Croydon.</p>
Résumé	<p>Le résumé est présenté de manière claire et complète. Les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion sont exposés. Ces différents points permettent d'avoir une vision globale de l'étude.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème principal lié à l'étude et sa pertinence sont présentés dans l'introduction. Il est décrit que la maltraitance des personnes âgées dans les foyers de soins a longtemps été un sujet négligé. Les auteurs indiquent, de plus, qu'afin d'évaluer l'efficacité des stratégies de préventions des recherches doivent être effectuées. En effet peu de preuves attestent l'efficacité de ces méthodes.</p> <p>A travers divers recensions, les auteurs nous démontrent le bien-fondé d'étudier l'efficacité des stratégies de prévention. Celles-ci seront présentées ultérieurement. Les auteurs nous éclairent de la pertinence de leur problématique avec le contexte actuel et futur. La population vieillissant de plus en plus, le nombre de personnes âgées vivants dans les foyers de soins et les défis liés ne devraient qu'augmenter. De plus, selon divers études, il est attesté que 16%</p>

	<p>du personnel soignant indiquent avoir eu recours à de la violence psychologique envers des personnes âgées et que 10% admettent avoir eu recours à de la violence physique.</p> <p>Les auteurs indiquent que des formations minimales sont enseignées aux personnels de soins s'occupant de personnes ayant des besoins complexes. Ceci démontre l'intérêt de développer des stratégies afin d'améliorer la qualité des soins.</p> <p>Le postulat sous-jacent de l'étude est de faire progresser la compréhension des interventions efficaces ou non afin d'améliorer la qualité de soins.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise afin d'amener des informations nécessaires et pertinentes à l'étude. Comme explicité précédemment, la recension a permis d'acheminer des renseignements sur l'état actuel du phénomène de l'étude. Ainsi, selon les auteurs, peu d'études démontrent l'efficacité des interventions de préventions de maltraitance.</p> <p>Les auteurs nous indiquent que divers aspects ont été identifiés comme pouvant permettre des changements positifs pour le patient de soins de longue durée. Ils sont les suivants : la formation en santé mentale, la formation en communication et le développement de compétences du personnel dans la gestion de comportement. Cependant, une étude récente démontre que le manque de formations en ce qui concerne les démences dans les maisons de soins infirmiers induit des faiblesses méthodologiques. De plus, on remarque un manque de preuves solides dans les études se concentrant sur les interventions de préventions de la maltraitance.</p> <p>La recension nous permet de nous rendre compte de la lacune en ce qui concerne cette problématique et donc de l'importance à développer des études liées à ce sujet.</p>

	<p>Finalement, les auteurs ne nous indiquent pas si les sources de leur recension sont primaires ou non.</p>
Cadres de recherche	<p>Divers concepts clés à l'étude sont présentés dans le texte. Le concept de la maltraitance est décrit dans l'introduction. Les auteurs nous indiquent que diverses formes de maltraitance existent. Elles sont les suivantes : physiques, sexuelles, psychologiques, financières, discriminantes et négligentes.</p> <p>Les auteurs nous expliquent de plus qu'un changement de perception de la maltraitance s'opère depuis plusieurs années. En effet, le but des recherches n'est plus de se concentrer sur les auteurs de la maltraitance, mais de rechercher les facteurs de risques. Ces derniers sont exposés : sentiments d'épuisement, mauvaise formation, salaires bas, pénurie du personnel, etc.</p> <p>Ensuite, le modèle CHST est décrit. C'est une petite équipe pluridisciplinaire : une infirmière, une infirmière spécialisée en psychiatrie et un professionnel du domaine social. Ils se trouvent dans le quartier de Croydon, qui est un des plus grand quartier de Londres. Cette équipe a plusieurs objectifs qui répondent aux préoccupations liées aux nombres d'incidents de protection, en particulier la maltraitance des personnes âgées. Ces objectifs sont centrés sur l'amélioration de la qualité des soins fournis dans les foyers de soins, le fait de permettre au personnel soignant de soutenir l'amélioration de la qualité des soins, l'évitement de situations où la protection n'est pas assurée. L'équipe soutient un large éventail de foyers de soins et donc des personnes âgées atteintes de démences, de troubles mentaux et de troubles de l'apprentissage peuvent être présents.</p> <p>L'équipe souhaite développer la promotion du travail d'équipe et le perfectionnement professionnel, tout en démontrant l'importance des soins centrés sur la personne et en</p>

	<p>encourageant le personnel à évaluer les pratiques de soins existantes. Les types d'apports amenés par l'équipe dans les foyers de soins regroupent divers ateliers qui portent sur : la protection des adultes vulnérables, les plans de soins centrés sur la personne, la communication, la tenue des dossiers, les comportements difficiles, la compréhension de la démence et de la dépression, la notification d'incidents, les lois sur la capacité mentale, le contrôle des infections, les soins de nutrition, de la peau, l'évaluation des risques et des conseils d'infirmières. Des entretiens sont proposés pour les gestionnaires des foyers. L'équipe n'est pas formatrice mais elle guide les foyers autour des bonnes pratiques. Elle peut orienter les foyers vers divers spécialistes (infirmières cliniciennes spécialisées en soins palliatifs, en continence, en diététique, fin de vie, ...)</p> <p>Les divers concepts sont décrits de manière à nous amener des informations pertinentes en lien avec l'étude.</p> <p>Il est décrit que dans le modèle CHST l'équipe sous-tend une philosophie précise. Elle est la suivante : l'accent est mis sur le soutien plutôt que l'inspection et le jugement de la qualité des soins dans les foyers de soins.</p>
<p>Buts et questions de recherches</p>	<p>Le but de l'étude est précisé dans le texte. Il est d'évaluer dans les foyers de soins l'impact perçu par la méthode CHST.</p> <p>Les recherches reposent sur des questions ouvertes qui explorent les apports spécifiques de la méthode CHST. C'est-à-dire : la présentation de l'équipe de CHST, la façon dont les apports ont été amenés au foyer de soins et ceux-ci ont impliqués. Les participants ont évalué chacun de ces éléments puis l'impact global de la CHST. Ces différentes questions permettent d'estimer les perceptions des participants en prenant en compte leurs points de vue.</p>

	<p>Les questions permettent de comprendre l'impact du modèle CHST qui est présenté dans l'introduction. Elles sont basées sur ce modèle. Elles découlent logiquement du but de l'étude.</p> <p>Cependant, les hypothèses ne sont pas exposées dans l'article.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est clairement définie. L'étude vise seize foyers de soins qui ont travaillé avec l'équipe CHST durant sa première année d'activités. Afin de pouvoir accéder aux participants, des lettres d'invitations ont été envoyées aux directeurs des divers foyers de soins. Une fiche d'informations était présente afin d'expliquer l'étude aux participants. Les foyers de soins qui ont acceptés ont été contactés par téléphone afin d'apporter des informations supplémentaires et de fixer une date pour une première entrevue. La méthode afin de recruter les participants nous semble donc appropriée à l'étude.</p> <p>Afin d'apporter des informations pertinentes et significatives, les chercheurs ont proposé aux directeurs des foyers après leur premier entrevue, d'autoriser leur personnel de participer à l'étude.</p> <p>Si la réponse était positive, ils proposaient un entrevue avec le personnel de soins le lendemain. Ceci permettait de diminuer la probabilité que le personnel serait choisi par le gestionnaire. Ensuite, un échantillon a été utilisé pour sélectionner le personnel de soins participant à l'étude. Plusieurs caractéristiques étaient recherchées. Celles-ci comprenaient le rôle professionnel, la durée de l'emploi dans le foyer et dans les divers soins à longue durée. La stratégie initiale de la recherche était d'interviewer un jeune membre de l'équipe ainsi qu'un membre chevronné. Ceci nous démontre que le choix de la population était accompli selon un cadre afin d'atteindre le but de l'étude.</p>

	<p>Ensuite, afin d'augmenter la représentation de la population, du personnel supplémentaire qui avait de nouveaux propos à développer a été recherché. Les participants ayant des perspectives divergentes ont été délibérément recherchés afin de prendre en compte diverses données.</p> <p>Cependant, les auteurs ne nous indiquent pas si l'échantillon est basé sur une base statistique.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les auteurs n'indiquent pas si des moyens ont été pris en compte afin de sauvegarder les droits des participants. Ils n'expliquent pas non plus si l'étude a été conçue afin de minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</p>
<p>Devis de recherches</p>	<p>Le devis de recherches est qualitatif. En effet des entretiens individuels approfondis ont été menés afin de rechercher les différentes attitudes et croyances du personnel de foyer de soins afin que l'étude atteigne son but. Il est indiqué dans le texte que cette méthode est appropriée à l'étude étant donné que c'est une nouvelle l'approche et qu'il existe un manque de connaissances dans ce domaine. De plus les différents moyens d'analyses de données nous semblent pertinents et conciliables avec le devis de recherches.</p> <p>Les entrevues individuelles ont permis d'étudier les différentes questions de recherches afin d'atteindre le but de l'étude.</p> <p>L'échantillon de la population a été défini selon un concept qui permet à divers professionnels ayant des points de vues divergents de s'exprimer, nous permet de faire l'hypothèse que le devis de recherches permet de respecter des critères scientifiques tel que la véracité, l'applicabilité. De plus, les auteurs nous indiquent avoir reçu l'approbation de la Gouvernance de la recherche. Le devis de recherches a donc respecté les divers critères scientifiques.</p>

	<p>Le temps passé auprès de chaque participant lors des entrevues est de 23 à 57 minutes. Le temps auprès des participants nous semble adéquat car l'objectif de l'étude a été atteint.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les entrevues approfondies ont permis à tous les participants d'exprimer leurs points de vue et de les expliciter.</p> <p>Afin que l'entrevue soit la mieux menée possible, les auteurs ont pris en compte des guides d'entrevues obtenus à travers une revue de littérature. De plus, afin qu'il soit le plus adapté possible, une discussion avec un chercheur qualitatif expérimenté a été menée. Celui-ci a pu poser ses questions de recherches. Ainsi par des questions ciblées, il est parvenu à répondre au but de l'étude.</p> <p>Cependant, les auteurs nous indiquent que le guide d'entrevue à été modifié de manière progressive durant l'étude afin de prendre en compte les priorités et les préoccupations des participants. De ce fait, la collecte de données est devenue progressivement concentrée et les thèmes émergents ont été questionnés dans les entrevues ultérieures.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données est clairement explicité. Les auteurs expriment dans un premiers temps que la collecte et l'analyse de données se sont produit simultanément.</p> <p>Les auteurs décrivent le déroulement des différentes entrevues. Les chercheurs ont d'abord exploré les attentes, les préoccupations ou les espoirs de participants sur la méthode CHST. Ils ont ensuite posé des questions ouvertes de recherches. Celles-ci ont permis d'évaluer les éléments clés de l'étude ainsi que d'évaluer l'impact global de la CHST. Les différentes questions de recherche sont présentées dans l'article.</p> <p>Le logiciel d'analyse qualitative Nvivo a été</p>

	<p>mobilisé pour gérer la transcription des données. Il a permis de plus d'assister le codage, l'organisation et la récupération des concepts.</p> <p>Les chercheurs ont sélectionné le personnel de soins selon divers critères tel que leur rôle professionnel, la durée de leur emploi dans la structure et dans les soins à longues durées. Nous faisons l'hypothèse que les propos amenés lors des entrevues faisaient appel à du personnel de santé compétent et donc permettait de minimiser les biais. En ce qui concerne les meneurs des entrevues, les auteurs ne déclarent pas leurs compétences.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites dans le texte. Les chercheurs ont analysé les transcriptions des entrevues. Ils ont ensuite identifié les thèmes émergents et les ont étiquetés à l'aide de code.</p> <p>Ensuite, une méthode de comparaison constante a été utilisée afin de délimiter les similitudes, les disparités entre les codes et de développer des catégories et sous-catégories. Elles ont été vérifiées et raffinées durant l'analyse des données. Des mémos techniques ont été adoptés afin d'enregistrer leurs idées sur les divers thèmes et leurs relations. Les interprétations et les conclusions ont été régulièrement analysées dans des réunions d'équipe.</p> <p>Les auteurs indiquent que des personnes soignantes ayant des points de vue divergents de la méthode CHST ont été intentionnellement recherchées afin d'appréhender toute la complexité des données.</p> <p>Cela regroupe en particulier des participants ayant des avis négatifs sur la méthode CHST. Les auteurs n'indiquent pas si d'autres facteurs capables d'influer les résultats ont été pris en considération dans l'analyse de données.</p> <p>Le résumé des résultats présente les divers foyers de soins pris en compte dans l'étude et</p>

	<p>leur suivi de la méthode CHST. Ainsi, 14 foyers de soins ont acceptés de prendre part à l'étude. Les caractéristiques des foyers ainsi que le nombre d'ateliers qu'ils ont suivis et la période de soutien de CHST sont décrits dans un tableau. L'échantillon est présenté dans cette partie du texte. Cinq directeurs adjoints, cinq infirmières, cinq assistants de santé et dix personnes de soutiens ont pris part à l'étude. Une répartition des différents ateliers qui ont été menés dans les foyers de soins est présente dans un tableau.</p> <p>Un explicatif bref des résultats n'est pas présent dans le résumé des résultats. Ainsi, les thèmes émergents des résultats ne sont pas exposés.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats de l'étude sont présentés à travers un texte narratif. Aucun tableau qui explicite les résultats n'est présent. Cependant différents chapitres et leurs thèmes permettent une compréhension des résultats. De plus, des parties d'entretien sont exposées afin d'illustrer les résultats. Les différents chapitres sont logiquement associés entre eux.</p> <p>Le premier chapitre regroupe une synthèse des attentes et des préoccupations de la méthode CHST du personnel soignant et des gestionnaires des foyers.</p> <p>Les gestionnaires ainsi que le personnel soignant avaient une appréhension de travailler avec l'équipe CHST. En effet, ils craignaient qu'ils adoptent une approche critique des pratiques des foyers de soins.</p> <p>Dès le début l'équipe a rappelé que son souhait est une approche collaborative. De plus, il est important que les gestionnaires des foyers de soins encouragent et rassurent le personnel afin que la méthode CHST soit un succès. Trois nouveaux gestionnaires sont reconnaissants pour le soutien de l'équipe. Deux autres gestionnaires ont explicités qu'ils auraient apprécié plus de</p>

temps afin de mettre en pratique leurs propres idées.

Le deuxième chapitre se concentre sur les méthodes d'enseignement de l'équipe CHST. Il est décrit que l'objectif était que le plus de personnel soit présent aux ateliers. Les gestionnaires étaient invités à ne pas prendre part aux ateliers afin que le personnel puisse interagir plus librement. Des feed-back étaient tout de même présentés aux gestionnaires. Les ateliers étaient interactifs et avaient un intérêt pour la pratique. L'utilisation d'exemples leur a permis de soutenir leurs propos. Les participants décrivent que les problèmes qu'ils rencontrent dans leurs pratiques ont été discutés. Le point négatif de ces apports sont que les membres du CHST ne sont pas accrédités. Ainsi, le personnel n'a pas reçu d'attestation d'avoir suivi une formation.

Le troisième chapitre se concentre sur les points forts de l'équipe CHST. Ils sont les suivants : la collaboration, le professionnalisme, l'expertise, les compétences et les engagements interpersonnels. En effet, les relations entre les professionnels et l'équipe CHST ont été décrits comme étant collaborantes. Ils travaillaient ensemble afin d'atteindre un objectif commun. Les suggestions apportées par l'équipe étaient constructives et axées sur l'amélioration de la qualité des soins. La clé de l'approche collaborative est l'aptitude du CHST à poser des questions, à écouter le personnel, à compléter les bonnes pratiques et à citer les réussites. Les participants ont également reconnu la flexibilité de l'équipe CHST. Les gestionnaires expriment avoir été encouragés et avoir reçu de précieux conseils qui les ont aidés à se sentir moins isolés dans leurs rôles. Il est décrit que l'équipe a toujours répondu aux diverses questions. De plus, leurs diverses compétences, expériences et connaissances leur ont permis d'être concrets dans leurs apports. L'accessibilité de l'équipe a été identifiée comme un point fort de la méthode

CHST. Celle-ci était sympathique, chaleureuse et avait un bon sens de l'humour. Les ateliers étaient propices à la discussion. Le personnel se sentait à l'aise pour poser des questions aux intervenants.

Le chapitre suivant expose les résultats de la méthode CHST auprès des foyers de soins. L'un des avantages le plus fréquemment identifié est l'amélioration de la communication entre le personnel. En effet, le travail d'équipe a été renforcé et ceci a permis une amélioration de la qualité des soins. A travers la méthode CHST, le personnel a pris conscience des rôles et des responsabilités des divers collaborateurs. Un deuxième avantage est l'augmentation de la confiance du personnel soignant. L'équipe CHST l'encourage à déléguer les soins. L'amélioration de la qualité des soins est aussi un avantage de la CHST. Les membres du personnel sont d'avis que les résidents étaient plus heureux. En effet, dans des foyers de soins prenant en charge des patients atteints de démence les comportements agressifs et agités ont été diminués. De plus, les gestionnaires explicitent que le personnel soignant prend plus de temps à parler avec le patient afin d'apprendre à connaître son histoire tout en prenant en compte les priorités et les besoins des personnes soignées. De plus, le personnel a développé des compétences sur les notes écrites des soins prodigués et affiche une plus grande confiance dans ce domaine. Les divers ateliers ont amélioré les connaissances des bonnes pratiques et leurs rôles individuels auprès des personnes soignées. Cependant, un participant de l'étude a expliqué que la CHST n'est pas parvenue à maintenir son impartialité dans une situation.

Le dernier chapitre regroupe des explications sur le maintien des améliorations de la méthode CHST. Les participants ont généralement décrit qu'elles requièrent de l'énergie et un engagement continu. Les gestionnaires des foyers de soins ont reconnu leurs rôles dans le maintien des normes.

	<p>C'est-à-dire qu'ils doivent encourager le personnel de soins, promouvoir la formation et le suivi des rapports quotidiens, des plans de soins, des formes d'incidents, ... Finalement le CHST est identifié par les professionnels de soins comme étant une source continue d'informations et de conseils. Cependant, les participants indiquent qu'il serait bénéfique que l'équipe CHST revienne dans les foyers afin de discuter des difficultés rencontrées.</p> <p>Les auteurs n'indiquent pas si leurs résultats ont été ou non évalués par les participants ou des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du but de l'étude. En effet, les auteurs indiquent les impacts de la méthode CHST dans les foyers de soins selon les questionnaires des foyers et le personnel soignant.</p> <p>L'apport de l'équipe de soutien CHST a permis au personnel des foyers de soins d'améliorer la communication, les compétences, la motivation, la confiance et la fierté. Elle a permis de développer des compétences tel que la tenue des dossiers, la gestion des patients ayant des comportements difficiles. De plus les interactions avec les personnes âgées ont changé favorablement.</p> <p>Les auteurs ont - de plus - identifiés les compétences nécessaires pour l'apport de l'équipe CHST. En effet, ceux-ci doivent diminuer l'appréhension et la méfiance des gestionnaires des foyers et du personnel soignant à la méthode CHST. Il est aussi important que l'équipe soit flexible quant au moment opportun des apports.</p> <p>Les aptitudes de l'équipe CHST sont aussi mises en avant. Elles sont l'approche collaborative, la préparation de l'équipe à l'écoute, la rétroaction positive, le travail autour des besoins du foyer de soins, le non-jugement, l'établissement de</p>

	<p>relations positives avec le personnel , la facilitation des interventions, le professionnalisme, l'expertise, les compétences interpersonnelles, l'engagement et leurs capacités à évoluer en fonction des commentaires des participants.</p> <p>Ainsi les conclusions découlent des résultats de recherche et sont conformes aux résultats d'analyses. Selon cette étude, la CHST a atteint son objectif principal qui est d'améliorer la qualité des soins dans les foyers de soins à Croydon.</p> <p>Les auteurs font des liens avec d'autres approches qui ont l'objectif d'améliorer les soins. En effet CHST se distingue des autres programmes de formation car ceux-ci étaient fixés sur la pratique de soins spécifiques à une spécialité, par exemple la dépression, la gestion des comportements, etc.</p> <p>Les limites de l'études sont explicitées. La nouveauté de la mise en place de la méthode CHST est une limite de l'étude. En effet, il n'a pas été possible d'évaluer l'efficacité de l'équipe dans le maintien de l'amélioration ou la prévention de futurs problèmes de protection des patients. De plus, il faut être attentif lors de l'interprétation des résultats, il est possible que l'échantillon de l'étude ne soit pas représentatif du personnel de soins dans son ensemble.</p> <p>Les auteurs indiquent que l'approche CHST peut être transférée dans les foyers de soins. De plus, ils indiquent que l'approche collaborative de l'équipe CHST permet d'améliorer le succès des équipes de soins et devrait constituer la base de toute intervention.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de l'étude peuvent avoir une conséquence directe sur la discipline des soins aux personnes âgées. En effet, elle a démontré l'efficacité de la méthode CHST face à la lutte et les mésententes du personnel, qui sont facteurs de risques importants de maltraitance.</p>

De plus, les auteurs soulignent qu'un nombre de thèmes abordés par la méthode CHST ont des implications importantes pour la protection des personnes âgées.

Finalement, la méthode CHST encourage les foyers de soins à prendre eux-mêmes contact avec l'équipe. Ceci permettrait une collaboration sur une base volontaire du foyer de soins et donc diminuerait la probabilité d'incident. Ceci est adapté aux lignes directrices du gouvernement. En effet, il promeut la nécessité de prévenir les abus plutôt que de se contenter de réagir face aux maltraitances déjà présentes.

Les auteurs proposent des recommandations d'amélioration. Ils indiquent aussi que l'outil qui permet au gestionnaire d'évaluer la qualité des soins pourrait être ajusté en fonction des remarques des gestionnaires. Ils proposent que la formation de l'équipe de soutien puisse être accréditée. Les auteurs suggèrent aussi de mettre en œuvre de nouvelles connaissances dans les maisons de soins infirmiers et d'évaluer leurs pertinences dans la résolution de problèmes pour les recherches futures.

Finalement, nous faisons l'hypothèse que les résultats de la recherche sont suffisants car ils ont permis de développer une conclusion appropriée au but de l'étude.

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Improving Nursing Home Resident Integrity by Optimizing Interpersonal Communication Skills in Clinical Staff

Matusitz, Breen, Zhang, & Seblega (2013)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre - Améliorer l'intégrité des résidents de maisons de retraite par l'optimisation des compétences de communication interpersonnelles du personnel - précise la population (les résidents), le contexte de soins (les maisons de retraite), et la problématique (l'amélioration de l'intégrité).</p> <p>Le titre indique également le thème principal de cet article : les compétences de communication du personnel soignant.</p> <p>On peut donc dire que le titre nous renseigne de façon précise sur l'article.</p>
Résumé	<p>Le résumé met en évidence les faits importants qui seront traités dans cet article :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'augmentation des violences dans les maisons de retraite. • L'amélioration de l'intégrité des résidents par l'amélioration des compétences de communication du personnel soignant. • Les théories de communication interpersonnelles comme méthodes pour lutter contre les violences dans les soins. <p>La méthode n'est pas expliquée clairement, on sait simplement que des stratégies innovantes ont été examinées par les auteurs.</p> <p>La discussion ainsi que les résultats ne sont pas</p>

	cités dans le résumé.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est développé dans l'introduction, et les auteurs s'appuient sur des statistiques pour mettre en avant la pertinence de la problématique :</p> <p>« Le nombre de maisons de retraite aux États-Unis qui ont rapportés des abus et violences a augmenté ces dernières années ». (p.63)</p> <p>« Certains membres du personnel peuvent ne pas percevoir les résidents comme des personnes avec des droits ordinaires. Ainsi, les membres du personnel peuvent ne pas soutenir les résidents de façon adéquate dans les activités nécessaires pour préserver leur personnalité et leur identité ». (p.63)</p>
Recension des écrits	Il n'y a pas de recension des écrits présente dans l'introduction.
Cadre de recherche	<p>On apprend dans l'introduction que 3 théories de communication interpersonnelles seront examinées en tant que méthodes éducationnelles pour améliorer la communication des soignants, et par conséquent l'intégrité des résidents.</p> <p>Il s'agit de « La théorie de la réduction des doutes », de « La théorie de l'insertion sociale », et de « La théorie du renforcement des décisions ».</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est clairement mentionné :</p> <p>« Dans cet article nous présentons une opportunité d'aborder certains changements innovants qui pourraient améliorer les maisons de retraites au travers du pays. Bien que nous reconnaissons que les traitements des résidents sont parfois reliés à d'autres facteurs que le manque de connaissances ou les mauvaises attitudes de communication du personnel, nous</p>

	<p>proposons dans cette analyse d'améliorer l'intégrité des résidents à travers l'amélioration des compétences de communication interpersonnelles du personnel ». (p. 63-64)</p> <p>Les auteurs mettent en avant l'importance d'employer et de développer ces compétences de communication dans les soins aux résidents âgés pour diminuer la violence dans les soins et améliorer l'intégrité des personnes soignées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population étudiée ici se compose de deux groupes, les résidents de maisons de retraites, et le personnel soignant.</p> <p>On sous-entend dans cet article que les résidents sont des personnes âgées, sans précisions. Il est cependant expliqué à plusieurs reprises que ces compétences de communication que devraient acquérir les soignants seraient particulièrement bénéfiques pour les résidents âgés souffrants de troubles cognitifs.</p> <p>Quant au personnel de maison de retraite, il fait référence à divers soignants : infirmiers, et infirmiers assistants. Certaines pratiques sont toutefois également conseillées à d'autres « praticiens en soins », comme les médecins.</p> <p>Les études utilisées pour cette revue ont toutes été réalisées aux USA.</p>
Considérations éthiques	Aucune considération éthique n'est mentionnée.
Devis de recherche	Le devis de la recherche, ainsi que les outils ayant été utilisés, ne sont pas mentionnés.
Modes de collectes de données	Le processus de collecte des données n'est pas décrit.
Conduite de la recherche	La méthode utilisée pour rédiger cette revue n'est pas décrite.

Analyse des données	<p>Les données ont été séparées en deux parties :</p> <p>La première, divisée en 6 points, amène des apports sur la communication, l'intégrité, les abus en maisons de retraite, l'avis des proches, la taille des institutions, et les dysfonctions cognitives des résidents.</p> <p>La deuxième partie décrit 3 théories de communication interpersonnelle et leur utilité pour préserver l'intégrité des résidents.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont sous forme de texte narratifs, composé de plusieurs parties logiquement regroupées. Il n'y a pas de tableau pour illustrer les résultats.</p> <p>Un premier point de vue sur la communication interpersonnelle, où l'on apprend que celle-ci est essentiel pour comprendre et répondre aux besoins des résidents. Ainsi les résidents ne pourraient être pleinement satisfaits si la communication n'est pas adéquate.</p> <p>On parle ensuite de l'intégrité des résidents, terme très abordé dans cette revue.</p> <p>L'intégrité est définie comme le fait d'agir en conciliant les croyances et valeurs de la personne, et de respecter ses valeurs et désirs individuels, ainsi que son intimité.</p> <p>Des soins respectant la dignité, et réalisés en tenant compte de l'histoire de la personne sont nécessaires au maintien de l'intégrité.</p> <p>Dans les soins, les soignants peuvent aussi préserver l'intégrité de la personne âgée en communiquant, en les encourageant à se confier, et en étant réceptifs à leurs désirs.</p> <p>Le troisième point aborde les abus dans les maisons de retraite :</p>

Bien que les EMS soient destinés à protéger les résidents, certains ne peuvent répondre à cette mission.

Les actes révélateurs de maltraitance les plus présents sont les suivants : le manque de satisfaction chez les résidents, la fréquence de l'utilisation de moyens de contrainte physique ou chimique ainsi que l'utilisation inadaptée de médicaments psychoactifs, la présence d'escarre, et la fréquence des sondages chez les personnes incontinentes.

Les auteurs rappellent qu'aux USA de nombreux sites internet fiables révèlent et mettent en garde contre les actes de maltraitements rapportés sur plusieurs maisons de retraite. Ces rapports semblent être les signaux les plus évidents portant sur la qualité d'une institution.

Quatrième point, les opinions des proches des résidents : les proches ont particulièrement relevé le sentiment de solitude et le manque d'accès aux activités chez les résidents.

Cinquième point, l'intégrité compromise par les dysfonctions cognitives : les résidents souffrant de troubles cognitifs ne peuvent plus protéger leur propre intégrité. Il est important que les professionnels aient conscience de leur responsabilité à protéger l'intégrité de ces personnes.

Sixième point, le lien entre la qualité des soins et la taille de la maison de retraite : Il semblerait que les maisons de retraite de petite taille aient moins de ressources, mais soient cependant plus aptes à s'adapter aux besoins des résidents, et les soignants entretiendraient de meilleures relations sociales avec les résidents.

Il s'ensuit ensuite un apport sur les théories de communication interpersonnelles, et comment celles-ci pourraient améliorer les soins.

La théorie de la réduction du doute, stipule que deux personnes se rencontrant pour la première fois sont naturellement méfiantes. Cette méfiance va diminuer au fil des interactions, si celles-ci se passent bien.

Dans les soins, si les soignants prennent le temps de bien communiquer avec les résidents (avec un ton de voix et un langage corporel adapté, une présence physique, ainsi qu'une dissimulation des expressions faciales négatives), une meilleure relation se crée entre eux, et les résidents peuvent ressentir un sentiment de sécurité et de bien-être.

La théorie de l'insertion sociale démontre comment la révélation de soi se fait au fur et à mesure que la relation progresse. Une intimité se crée entre le soignant et le résident au fil des interactions, et va conduire le résident à mieux se confier au soignant. Ce lien est particulièrement important dans la relation avec une personne souffrant de troubles cognitifs.

La troisième théorie, la théorie du renforcement des décisions, explique que l'on choisit de suivre ou non les recommandations d'une personne en examinant son comportement et l'acceptabilité de son caractère. Si un soignant n'est pas considéré comme " correct " par le résident, celui-ci risque de ne pas suivre les recommandations en lien avec son traitement, et créer un obstacle dans le processus de soins. L'amélioration des compétences de communication peut permettre aux soignants d'être mieux acceptés par les résidents, qui seront donc plus compliants.

Un dernier point évoque le rôle de la consolidation d'équipe. En effet, une équipe soudée améliore la satisfaction du personnel, et la communication avec les résidents.

Les diverses théories de communication pourraient aussi être utiles dans un processus de consolidation d'équipe, pour améliorer la satisfaction de tous.

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats répondent à la question mentionnée dans le titre : de meilleures compétences de communication interpersonnelle chez les soignants peuvent améliorer certains aspects dans l'intégrité de la personne âgée résidant en maisons de retraite :</p> <p>« Améliorer les compétences de communication dans les maisons de retraite pour atteindre une intégrité optimale, une satisfaction, des meilleurs résultats, chez les résidents, est une solution viable face à cette sérieuse problématique sociale et de santé ». (p.69)</p> <p>Bien que les programmes de formation des soignants incluent déjà des apports sur la communication, certaines théories psychologiques ont été ignorées. Cette revue complète le manque d'informations à ce sujet et démontre comment ces théories pourraient guider les praticiens, par une meilleure compréhension des mécanismes de la communication.</p> <p>Les limites sont définies : « Actuellement, cependant, il y a de grandes variantes dans les protocoles de développement et d'implantation à travers les programmes de formation et les écoles d'infirmières, ce qui rend les comparaisons entre les protocoles difficiles ». (p.69). Il serait bénéfique comme recherches futures d'établir des protocoles basés sur la pratique probante en lien avec la communication.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conclusions découlent logiquement des résultats, et sont appuyées sur le contenu de la revue.</p> <p>En conséquences des résultats, les auteurs affirment que les compétences de communication interpersonnelles sont essentielles et devraient être un élément obligatoire dans les programmes de formation du personnel soignant.</p>

	<p>Pour faire face à cette grande problématique qu'est la violence dans les maisons de retraite, les auteurs recommandent d'explorer chaque piste pouvant identifier des méthodes efficaces pour garantir des soins optimaux aux résidents.</p>
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Patient neglect in healthcare institution : A systematic review of interventions for elder abuse

Reader & Gillespie (2013)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre nous indique que le concept étudié dans cette revue systématique est la négligence. La population est elle aussi présentée dans le titre : les patients dans les établissements de soins de santé.
Résumé	Le résumé met en avant le contexte, la méthode, les résultats ainsi que la conclusion. Le résumé est synthétique et permet de comprendre les points clé de l'article.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène principal de la revue est la négligence. Le concept est défini comme étant l'échec d'un soignant à répondre aux besoins d'une personne. Les auteurs mettent en avant que la négligence des patients est un sujet de préoccupations en Amérique de Nord et en Europe.</p> <p>Il est expliqué que malgré la connaissance d'intervention contre la négligence - comme la réduction de tâches administratives afin de parler aux patients au moins une fois par heure ou l'utilisation de la législation et la réglementation afin que le personnel de soins considère le patient avec bien-être - , les difficultés sont difficiles à mesurer et peuvent faire défaut à l'organisation du travail. Ceci démontre que la nature et les causes de la négligence du patient ne sont pas comprises de manière claire. De plus, les statistiques exposées dans l'article démontrent les conséquences catastrophiques de la négligence des patients (jusqu'à 1'200 morts entre 2005 et</p>

	<p>2008).</p> <p>Les auteurs expliquent que la négligence donne un impact négatif aux soins et aux organisations des établissements. Elle peut avoir des conséquences catastrophiques comme la mort des patients.</p> <p>Finalement, ils nous exposent que les recherches sur cette thématique sont difficiles à entreprendre en lien avec la toxicité du sujet et que les récits médiatiques cherchent plus à blâmer les soignants plutôt que de comprendre pourquoi la négligence se produit.</p>
Recension des écrits	<p>Dans l'article, plusieurs résultats d'études antérieures sont exposés afin d'amener des précisions.</p> <p>Ainsi, il nous est exposé que les chercheurs en médecine, en sciences de la santé et en psychologie ont étudié à travers quels phénomènes les processus institutionnels, les milieux cliniques et les comportements du personnel de santé influencent la sécurité des patients. Ces investigations ont permis d'aboutir à des interventions afin de réduire les erreurs médicales et améliorer les résultats cliniques.</p> <p>Ensuite, les auteurs citent différents rapports existants sur la négligence. Par exemple, les attitudes et les comportements du personnel envers les patients qui ne peuvent pas être résolus ou facilement mesurables, les différentes croyances entre le patient, les familles et le personnel afin de savoir si la négligence a eu lieu ou non, ...</p> <p>Cette recension de différentes études permet de mettre en avant les connaissances actuelles en lien avec la négligence et de construire une base solide sur laquelle les auteurs peuvent s'appuyer. Cependant, les auteurs nous citent ces différentes déclarations mais elles ne sont pas explicitées et ils ne nous indiquent pas si ces sources sont</p>

	primaires ou non.
Cadre de recherches	<p>Le concept de la négligence est défini comme l'échec d'un soignant à répondre aux besoins des patients. Les auteurs n'ont pas exposé d'autre définition de la négligence et n'ont pas explicité d'autres concepts dans l'introduction.</p> <p>Il est l'axe principal de l'étude. En effet l'objectif de l'étude est de contribuer à la compréhension de la négligence à travers divers objectifs spécifiques. Le but de la revue est de faire des recherches de littérature sur la négligence du patient et interpréter les résultats dans le cadre de la psychologie organisationnelle et sociale. Ceci a pour représenter l'émergence de la négligence et de ses facteurs dans des organisations telles que celle des soins de santé. Les auteurs nous justifient que les interactions et les perspectives du personnel soignant et des patients sont particulièrement importantes afin de comprendre quand et pourquoi la négligence se produit.</p>
Buts et question de recherches	<p>L'objectif principal de la revue est exposé de manière claire. Elle a pour but de contribuer au dialogue public et à la compréhension académique de la négligence. Ensuite, les objectifs spécifiques sont eux aussi exposés. Ils sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Examiner ce que l'on entend par la négligence du patient et comment elle diffère des autres éléments relatifs aux mauvais soins du patient » (p.2) 2. « Décrire les comportements du personnel rapportés dans les études de négligence des patients » (p.2) 3. « Examiner comment le personnel soignant et les patients perçoivent la négligence (et s'il existe des différences) » (p.2) 4. « Identifier les facteurs de causalités couramment cités conduisant à des cas de négligence des patients » (p.2)

	<p>Les questions de recherches permettent de définir des points qui sont plus ou moins compris de la population en lien avec la négligence.</p> <p>Ainsi, la revue a pour but d'amener une vision globale de la négligence. Une des questions de recherche est axée principalement sur sa perception par les soignants mais aussi par les patients.</p> <p>Les auteurs se sont basés sur les connaissances actuelles afin de définir leurs questions de recherches. Ainsi, à travers des études primaires existantes ils pourront développer leur revue systématique.</p> <p>Cependant, les hypothèses ne sont pas présentées. La population de l'étude n'est pas non plus exposée dans ce chapitre, mais dans les résultats les auteurs indiquent que plusieurs études ont été menées en lien avec les soins aux personnes âgées.</p> <p>De plus, un tableau présent dans les résultats indique la méthode, le cadre et les participants de chaque étude.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Cet article est une revue systématique. Les auteurs ont donc recherché dans la littérature des données primaires afin de répondre à leurs questions. La population n'est pas détaillée mais le titre de la revue nous indique qui sont les patients. Les auteurs écrivent que plusieurs études choisies ont été menées pour les soins des personnes âgées.</p> <p>Comme expliqué précédemment, un tableau de résultats décrit les participants de chaque étude. Ainsi la population regroupe des patients d'hôpitaux publics, de services d'obstétrique, de maisons de soins infirmiers, d'établissements de soins de longue durée.</p> <p>Afin de parvenir à répondre aux objectifs de</p>

	<p>l'étude, les auteurs ont appliqué des protocoles standards pour investiguer la littérature. Leurs méthodes ont pris en compte les articles ou rapports primaires publiés en anglais depuis 1990, qui sont axés sur la présence ou les causes de la négligence des patients partout dans le monde.</p> <p>Ils ne nous présentent pas s'ils ont examiné des moyens afin d'accroître l'échantillon d'articles dans ce chapitre. Ils indiquent avoir eu recours à des articles prenant en compte d'autres concepts tel que l'erreur médicale, la maltraitance et les « bons soins » afin de comprendre la globalité du concept de maltraitance dans la discussion.</p> <p>Finalement, aucune base statistique du nombre d'études choisies n'a été mise en avant dans la revue.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les auteurs de la revue ne nous indiquent pas si les études sélectionnées ont mis en place des moyens afin de sauvegarder les droits des participants, ni si les études ont été conçues afin de minimiser les risques et maximiser les bénéfices des participants.</p>
<p>Devis de recherches</p>	<p>Les auteurs ont sélectionné des articles avec des devis qualitatifs mais aussi quantitatifs. Ceci a permis de répondre à tous les objectifs de la revue systémique.</p> <p>Ils ont eu recours à un système permettant d'évaluer la qualité des données recueillies dans les différentes études (le système de SIGN). Ils ont utilisé des critères d'admissibilité afin de sélectionner les articles de littérature comme explicitée précédemment.</p> <p>L'extraction des données des articles a permis de répondre aux objectifs de la revue systémique. Elle est développée postérieurement.</p> <p>Finalement, cet article étant une revue systématique, les auteurs n'ont pas passé de temps sur le terrain auprès des participants.</p>

<p>Modes de collectes de données</p>	<p>L'outil SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) a permis d'évaluer la qualité méthodologique des études mais aussi la qualité des données recueillies à travers les études qualitatives et quantitatives.</p> <p>Les auteurs décrivent en quoi correspondent les différentes côtes de qualité de l'outil SIGN. Un tableau récapitulatif est présent dans la revue. Le programme SIGN n'a pas été créé spécifiquement pour cette étude. En effet, il existe depuis 2008.</p> <p>Les questions de recherches n'ont pas été exposées dans le document. En revanche, les différentes analyses d'articles et de leurs données ont permis de répondre aux objectifs de la revue. Les auteurs ont examiné dans chaque article avant de les sélectionner : le sens de la négligence, les comportements identifiés comme étant négligent envers les patients, les fréquences auxquelles des comportements négligents ont été signalés par le personnel soignant, par les patients ou par leurs familles, et finalement les facteurs de causes identifiés comme contribuant à la négligence. Ceci a permis de cibler les articles qui étaient adaptés aux objectifs de la revue</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Les auteurs n'ayant pas eux-mêmes menés une étude, ils n'ont pas recueilli de données sur le terrain. Les différents articles choisis ont été utilisés pour le personnel soignant, les patients et la famille.</p> <p>Afin de collecter les différents messages, leurs auteurs ont utilisé des protocoles standards. L'extraction de données a elle aussi été effectuée selon des indicateurs explicités ci dessus.</p> <p>Lors de la conclusion, les auteurs expriment que la revue a été fondée sur la psychologie conceptuelle.</p> <p>L'article étant une revue systématique, aucune</p>

	intervention n'a été faite.
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses des articles sont décrites dans le texte. Ainsi, les critères d'admissibilité sont exposés.</p> <p>Puis l'extraction de données a été effectuée en examinant : le sens de la négligence, les comportements identifiés comme étant négligent envers les patients, les fréquences auxquelles des comportements négligents ont été signalés par le personnel soignant, par les patients ou par leurs familles et finalement, les facteurs de causes identifiées comme contribuant à la négligence.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats ne sont pas exposés dans la revue. Cependant les auteurs nous indiquent que certains articles de discussion sur des sujets connexes ont été utiles afin de comprendre le phénomène de la négligence mais n'ont pas été inclus dans la revue en raison du manque de données primaires pertinentes axées explicitement sur la négligence du patient.</p> <p>Dans le résumé des résultats les auteurs nous présentent en premier lieu les types de récoltes de données présentes dans les articles primaires. Ainsi, la majorité a utilisé des méthodes d'enquête afin de mesurer la négligence selon les soignants et les patients. D'autres ont étudié la perception du personnel et des patients ou faisaient des sondages des facteurs présents lors de négligence. Les études semblent être limitées et les données sont surtout descriptives.</p> <p>Les auteurs ont ensuite décrit dans le résumé de la recherche que les infirmières ont tendance à déclarer des actes de négligence d'autres membres du personnel.</p> <p>Ils ont ensuite exposé dans les résultats les facteurs de causalités mais que ceux-ci ne sont pas statistiquement associés. Ils en ont cités quelque uns comme par exemple : la charge de travail, les événements involontaires, et les</p>

	<p>croyances infondées ...</p> <p>Ils formulent finalement que le sens de la négligence sera explicitée afin de la distinguer d'autres concepts et afin de refléter sa subjectivité apparente.</p>
<p>RESULTATS :</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Dans l'exposition des résultats, les auteurs ont détaillé ceux-ci à travers un texte narratif divisé par différents chapitres. Ceci permet une compréhension du texte à travers les différentes matières. De plus, les thèmes sont associés entre eux et une continuité des informations liée aux différents propos est présente dans les chapitres.</p> <p>Le premier chapitre permet d'éclairer la signification de la négligence. Il nous signale que le concept est un terme utilisé par le public afin de décrire la médiocrité des soins du patient. Mais sa signification clinique, juridique et sociale semble peu claire. Ainsi, le fait de raffiner ce concept permet de faciliter la conception d'intervention et par conséquent pouvoir se concentrer sur la réduction des cas de maltraitance.</p> <p>Ensuite, ils nous déclarent que le concept de négligence et celui de maltraitance sont souvent similaires dans les études. Cependant, les fondements de motivation de ces actes sont psychologiquement dissemblables et une distinction est essentielle. Des liens entre la négligence et les erreurs médicales sont aussi fait dans ce chapitre. Les auteurs nous expliquent que dans les études la négligence liée à une mauvaise attitude de la part du personnel ou d'une erreur n'est pas distinguée. Cependant, la différence entre ces deux concepts est elle aussi importante car les facteurs et les mécanismes de causalités sont importants.</p> <p>Le deuxième chapitre permet de ré conceptualiser la négligence. Les auteurs démontrent qu'il est crucial d'affiner ce concept afin de pouvoir faire</p>

des différences entre les négligences qui peuvent être divergentes.

Ainsi, ils identifient deux types. Le premier est la « procedure neglect ». Elle fait référence à des manques dans les soins qui ne répondent donc plus aux normes institutionnelles et professionnelles objectives et observables.

Le deuxième est le « caring neglect » qui lui se réfère à un manque de soins qui n'est pas susceptible de causer un préjudice immédiat. Il est lié au bien-être émotionnel et physique du patient et est subjectif.

Le troisième chapitre identifie les comportements présents dans la négligence. Ainsi les auteurs nous attestent qu'un large éventail de comportements associés est possible. En lien avec la « procedure neglect », les comportements identifiés peuvent être de négliger l'entretien de la condition physique d'un patient, de négliger les aspects du traitement d'un patient ou de négliger les éléments du service de soins. Puis en lien avec le « caring neglect », la négligence peut être liée à des comportements grossiers envers le patient. Le fait de ne pas répondre aux plaintes des patients, de retarder délibérément l'aide apportée aux patients, de les ignorer, d'éviter le contact avec ceux-ci, de préférer parler avec ses collègues que de s'occuper des patients et de prioriser les soins de certains patients que l'on « préfèrent ». Ces comportements se concentrent la plupart du temps sur un défaut de fournir un soutien affectif. Les différents comportements sont illustrés par des exemples.

Le quatrième chapitre se concentre sur les divergences dans les perceptions de la négligence par les patients ou par les soignants. Les auteurs nous affirment que des écarts sont présents entre ce que rapporte le soignant et ce que rapportent le patient et sa famille.

Selon des études, la famille et les patients relèvent plus le cas de « caring neglect », tandis

que les soignants se concentrent plus sur des cas de « procedure neglect ». En outre, la perception des causes de la négligence selon la famille et le patient diverge de la perception des causes des soignants. Selon les familles les causes sont plus basées sur un manque de soins ou des incompétences, alors que pour les soignants c'est un problème dans le système de soins qui en est la cause (charge de travail élevée, manque de formation, manque de ressources, ...)

Le cinquième chapitre identifie que des causes proximales et distales conduisent à la négligence des patients.

De ce fait, le sixième chapitre se concentre sur les causes proximales de la négligence des patients. C'est-à-dire des aspects présents « sur le terrain » tel que la charge de travail, l'épuisement du personnel, les problèmes dans le travail d'équipe multidisciplinaire et les relations entre le soignant et les patients.

Le septième chapitre se concentre sur les causes distales de la négligence des patients. C'est-à-dire, la gestion organisationnelle, le manque de sécurité et les systèmes inadéquats afin de signaler la négligence du patient. A travers ces différentes causes, les auteurs ont identifié quelques pistes de prévention de la négligence, par exemple, le fait de développer des systèmes d'informations afin de découvrir les « symptômes » de l'échec de l'organisation avant qu'elle ne devienne généralisée ou grave et conduise à des actes de négligence.

Ces différents résultats sont aussi présentés à l'aide de tableaux. Un premier permet de mettre en avant : l'étude, la méthode, le cadre et les participants de l'étude, son évaluation de qualité selon l'outil SIGN, la « procedure neglect » présente dans l'étude, ainsi que la « negligence caring » présente et finalement les causes proximales et distales des négligences.

Un deuxième permet comprendre les liens

	<p>possibles entre les facteurs de causes distales et proximales qui induisent une négligence du patient (« procedure neglect » ou « caring neglect ») et les résultats de la négligence sur les patients qui sont divisés en 3 groupes : un préjudice physique et émotionnel généralisé au patient, un préjudice physique ou émotionnel localisé au patient et un préjudice uniquement émotionnel au patient.</p> <p>Ces deux tableaux permettent de soutenir le texte narratif tout en permettant au lecteur d'avoir une vision schématisé et synthétisé du concept de la négligence.</p> <p>Les auteurs ne nous ont pas indiqué s'ils ont fait évaluer leurs données et résultats à des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>A travers la psychologie conceptuelle, les auteurs ont développé un modèle social afin de répondre à leurs différents objectifs de recherches.</p> <p>Ainsi, le concept de maltraitance a été développé, expliqué et différencié d'autres concepts comme l'erreur et la maltraitance. Afin de comprendre le concept, les auteurs ont différencié la « procedure neglect » qui sont les négligences des patients qui peuvent être objectivement mesurées et la « caring neglect » qui elle tente de saisir des aspects subjectifs et émotionnels de la négligence.</p> <p>Ainsi, ces différences de négligence ont permis de comprendre les perceptions de la négligence par les patients et les soignants, objectifs de l'étude. En effet, les soignants se concentrent plus sur la composante de la « procedure neglect », alors que les patients et leurs familles plus sur la « caring neglect » ce qui induit des divergences dues à la nature de la négligence.</p> <p>En recherchant divers causes, les auteurs ont développé des facteurs de risques qui sont divisés dans la catégorie proximale ou distale. Ceci a</p>

	<p>permis de séparer les causes de la négligence à celle de l'erreur ou de la maltraitance.</p> <p>Les auteurs de la revue nous indiquent en premier lieu que la négligence des patients dans les établissements de santé a un intérêt croissant du public. Ils nous déclarent que c'est à travers différentes littératures qu'ils ont mené la récolte de données. Mais que peu d'articles primaires – seulement dix – sont présents sur le concept de la négligence. Ils font plusieurs hypothèses en lien avec la petite densité d'études liées à ce concept. Les limites de l'étude sont exposées à travers ces différents points.</p> <p>Les résultats de la revue prennent en compte les différentes études primaires. Ainsi ceux-ci ont permis le développement de la revue systématique.</p> <p>Les auteurs nous indiquent que le fait de connaître les différentes causes de la négligence permet de développer des interventions de prévention de celle-ci en lien avec les différents facteurs liés aux attitudes du personnel, au manque de formation ou au système. Ainsi ceci permettra de transférer leurs données dans la pratique.</p> <p>Finalement l'interprétation des résultats découlent des divers thèmes présents dans le document. Elle met en avant les points clés des résultats de recherches.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs mettent en avant des recommandations pour les recherches futures. Elles sont les suivantes : une études plus approfondies en lien avec les causes de la négligence devrait être conduite tout en prenant en compte le rôle de l'erreur dans la compréhension des causes de la négligence.</p> <p>Des nouvelles techniques de recherches afin d'étudier les erreurs médicales ou les « bons soins » sont nécessaires afin de déterminer les causes de la négligence.</p>

Des recherches en lien avec des pays dont les facteurs de causes de la négligence ne sont pas les mêmes à cause des procédures institutionnelles et aux attentes des patients différentes permettraient de développer des étapes distinctes afin d'améliorer les soins.

Des questions clés sont présentées afin d'établir des pistes de prévention. Ainsi les auteurs indiquent que le fait de connaître comment mesurer les comportements qui conduisent aux sentiments des patients de se sentir négligés serait une approche bénéfique pour la prévention de la négligence.

Les auteurs recommandent comment il est possible de répondre à ce point clé : en étudiant d'avantage les perceptions des soignants et des patients en ce qui concerne la négligence, d'enquêter la relation entre les différents types de négligence (« procedure negelet » et « caring neglect ») et leur impact sur la santé et finalement, examiner quelles sont les interventions de prévention actuelle afin de réduire la négligence des patients.

Les auteurs indiquent comme explicité précédemment que le résultat de leurs recherches permettra de développer des interventions de prévention de la maltraitance.

Finalement, à travers les articles primaires sélectionnés pour répondre aux objectifs de la revue, les auteurs ont disposé d'assez d'informations afin de répondre à leurs objectifs et développer une conclusion.

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Physical abuse against elderly persons in institutional settings

Frazaio, Correia, Norton & Magalhaes (2015)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre décrit globalement les concepts et le sujet qui va être exploité dans l'étude, c'est à dire l'abus physique et les aînés institutionnalisés. Ainsi, la population visée est les personnes âgées institutionnalisées, cependant il n'est pas mentionné par qui sont pratiqués les abus (soignants, visiteurs, familles) ?
Résumé	Le résumé est très complet et claire. Il décrit bien l'étude qui va être développé en fournissant une synthèse de l'introduction, l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est formulé. Il s'agit d'étudier la violence physique contre les personnes âgées institutionnalisées commis par les soignants à l'aide de la médecine médico-légale. Ces violences ont des conséquences sur ces personnes et il risque d'y en avoir de plus en plus étant donnée le nombre grandissant de personnes âgées dans la population à venir.</p> <p>Le phénomène est pertinent face aux connaissances actuelles. Un manque de recherches sur la maltraitance des aînés en générale est présente. "Malgré l'abus familial bien étudié, la violence institutionnelle manque encore d'une analyse correcte de ses facteurs de risque, avec une faible détection et taux de déclarations". Cependant, cette étude démontre que la violence physique est une réalité en augmentation.</p>

	<p>Le problème a une signification particulière pour les soins infirmiers, car comme les auteurs l'indiquent, il est responsable de morbidité et mortalité chez cette population. Ces abus sont provoqués par les soignants donc c'est une priorité d'amener des moyens de prévention pour lutter contre ceux-ci. « Il est urgent d'analyser et de comprendre cette nouvelle question afin que les politiques sociales et la réglementation puissent être développées, dans un effort pour protéger les personnes âgées, ainsi que d'apporter des améliorations dans la formation des professionnels (Schiamberg LB, Oehmke J, Zhang Z, Barboza GE, Griffore RJ, Von Heydrich L, et al., 2012). » (p. 55)</p>
Recension des écrits	<p>Une recension de plusieurs études est présente et complète l'état des connaissances sur le problème de recherche. Cette recension représente une base solide à l'étude car elle explore plusieurs aspects en lien avec l'abus physique.</p> <p>Les auteurs expliquent que la population des personnes âgées est en augmentation et que les personnes de plus de 85ans sont plus sensibles aux maladies chroniques, aux déficiences cognitives, donc plus dépendantes et susceptibles à un besoin de soins de longues durées. « Les familles de ceux-ci requièrent souvent à des soins institutionnels, cela peut conduire à la surcharge des soignants professionnels, ce qui augmente le risque d'épuisement et, par la suite, ça place les personnes âgées à haut risque de maltraitance (Schiamberg LB, Barboza GG, Oehmke J, Zhang Z, Griffore RJ, Weatherill RP, et al., 2011). » (p.55)</p> <p>Ensuite la recension relate de la prévalence de l'abus physique, ainsi que certaines de ses causes et conséquences. « L'abus affecte le bien-être psychologique, physique et mental, contribuant à diminuer la qualité de vie, l'augmentation de la morbidité (y compris l'incapacité fonctionnelle et cognitive), la mortalité et les coûts de santé.</p>

	<p>(Magalhaes Teresa, 2000). » (p.55)</p> <p>Finalement, les auteurs expriment à travers différentes études le manque de connaissances existant sur le sujet. Ainsi, une étude précise qu'il est urgent de développer différents moyens pour protéger les aînés.</p>
Cadre de recherche	<p>Le principal concept de cette étude concerne la maltraitance physique. Cependant, les auteurs ont d'abord ancré le concept en fournissant la définition des mauvais traitements selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), permettant une meilleure compréhension de celui-ci. Puis, les différents types de maltraitements ont été cités. Finalement, une définition du concept clé est mentionnée: « La violence physique se compose de l'infliction de la douleur physique ou des blessures volontaires, y compris frapper, pincer, gifler, secouer, pousser, attraper, manipuler de manière grossière, ou de blesser quelqu'un d'une autre manière. (Schiamberg LB, Barboza GG, Oehmke J, Zhang Z, Griffore RJ, Weatherill RP, et al., 2011). » (p. 55)</p> <p>Ce concept est étroitement lié au but de l'étude. Les bases philosophiques et la méthode sous-jacente ne sont pas expliquées, mais les bases théoriques nous semblent présentes et appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clair. Il s'agit d'apporter de meilleures connaissances sur la violence physique contre les aînés en milieu institutionnel, afin de contribuer à une détection en temps opportun, fournir un diagnostic médico-légal correct et améliorer la prévention des cas. Plus spécifiquement, les buts de l'étude sont les suivants: « (A) déterminer le nombre de cas signalé au Service du Nord de médecine légale du Portugal dans une période de dix ans; (B) caractériser les victimes et les agresseurs présumés; (C) caractériser l'abus présumé, en ce qui concerne son mécanisme, les blessures qui en</p>

	<p>résultent et les conséquences. » (p. 55)</p> <p>Les questions de recherche ne sont pas déclarées, mais le but de l'étude est précis et permet une compréhension de ce que les auteurs souhaitent rechercher. L'étude ne traite pas de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective. Le but se base sur le cadre théorique comme expliqué précédemment.</p> <p>Aucune hypothèse n'a été mentionnée.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est clairement définie. Il s'agit d'étudier les victimes présumées d'abus physiques dans un cadre institutionnel provoqué par un soignant, ayant 65ans ou plus, soumis à une évaluation médico-légale dans le Service de l'Institut National de Médecine Légale et de Sciences Judiciaire au Nord du Portugal, entre 2004 et 2013. Ainsi, la taille de l'échantillon s'est faite d'après ces critères d'inclusion mais il n'est pas précisé si elle est justifiée par une base statistique.</p> <p>Un total de 1479 rapports médico-légaux a été trouvé en raison des soupçons de maltraitance des personnes âgées. 4% a eu lieu dans un cadre institutionnel tandis que le reste a été relié à l'abus intrafamilial.</p> <p>La méthode d'échantillonnage ne leur a pas permis d'atteindre leurs objectifs, cependant ils précisent que l'analyse des rapports médico-légaux semble pertinente. Rien n'est mentionné concernant un éventuel accroissement de l'échantillonnage. Il n'est pas non plus notifié que la méthode se justifie sur des bases statistiques ou par saturation de données.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs expliquent ceci: « Cette étude a été réalisée en conformité avec les règles éthiques. Elle n'a pas été soumise à l'approbation éthique,</p>

	<p>car c'était une étude rétrospective dans laquelle aucune étude invasive n'a été effectuée, ni l'identification des individus n'a été donnée. » (p. 55)</p>
Devis de recherche	<p>Les auteurs ont mené une étude de cohorte/de suivi à l'aide de leurs recherches rétrospectives. L'analyse des examens médico-légaux a duré 9 ans, mais suite à différentes limitations, les buts de leur étude n'ont pas pu être atteints.</p> <p>Cette méthode de recherche est appropriée car elle a permis d'évaluer certains facteurs de risque de niveau individuel pour lesquels les sujets ont été exposés antérieurement. Ceci aidera à l'amélioration et l'adoption de moyens de prévention dans le milieu institutionnel.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils ne sont pas clairement décrits mais les variables ont pu être mesurées de la manière suivante: « Des variables continues ont été décrites en utilisant la moyenne, la médiane et l'écart type et représentées sous forme d'histogramme. Les tableaux de contingence ont été utilisés pour décrire les variables catégorielles et le test Chi-Square a été effectué pour comparer ces variables, en appliquant la correction de Fisher si nécessaire. La signification de niveau adopté était $p < 0,05$ ». (p.55)</p> <p>Il n'est pas précisé si les outils ont été créés pour le besoin de l'étude. De plus, aucune question de recherche n'a été formulée.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données n'est pas clairement décrit. Nous constatons avec quels critères ils ont ciblé les données les plus pertinentes pour eux, mais, on ne sait pas si un outil a permis d'enregistrer ces données ou si un expert est intervenu.</p> <p>Les auteurs ont déclaré avoir d'abord recueilli les données en fonction des caractéristiques démographiques de la victime et de l'agresseur présumé, des caractéristiques de l'abus présumé et en fonction des conclusions des rapports</p>

	<p>médico-légaux. L'âge a été classé en 2 catégories (65-75ans et 75ans et plus) et le degré de handicap aussi (faible/modéré et sévère).</p> <p>Selon nous, l'étude ne comporte pas de variables indépendantes.</p>
Analyse des données	<p>La méthode d'analyse des résultats à été succinctement citée mais elle n'a pas été expliquée. Ils ont utilisé le SPSS (Statistical Package for Social Science - SPPS INC, Chicago, Illinois, USA) avec la version 22.0 pour Windows.</p> <p>Il n'est pas mentionné si les facteurs d'influence ont été pris en compte dans l'analyse.</p> <p>Le résumé des résultats n'est pas présent.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableau à l'aide de différents pourcentages. Un texte narratif est également présent pour expliquer les résultats. Il y a trois tableaux pour exposer les différents thèmes.</p> <p>Le premier thème traite des caractéristiques de l'incapacité de la victime présumée. Le deuxième se situe dans la discussion, mais montre les résultats concernant l'emplacement des blessures. Le dernier tableau toujours placé dans la discussion démontre les résultats concernant la compatibilité entre les conclusions médico-légales et la plainte en fonction des caractéristiques de la victime présumée. Tous les résultats sont repris dans la discussion et comparés avec des études antérieurement menées sur le même sujet.</p> <p>Il n'est pas mentionné si les auteurs ont fait évaluer les données par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats n'ont pas été concluant en fonction des objectifs posés mais plusieurs raisons ont été</p>

indiquées pour expliquer cela. De plus, plusieurs résultats ne corroborent pas toujours avec la recension d'autres études.

Concernant, les victimes, les agresseurs et les facteurs de risque, l'étude démontre que les femmes (79.7%), et les sujets de plus de 75 ans (75.9%) sont plus à risque de mauvais traitements. Ces informations ont été approuvées par d'autres études. Ensuite, 49% auraient des difficultés de communication ne leur permettant éventuellement pas de dénoncer leur agresseur et dans 54% des cas, les victimes avaient un handicap mental et moteur. L'étude n'ayant pas d'informations sur le nombre d'employés dans les rapports médico-légaux n'ont pas pu tirer de conclusions mais certaines études précisent ceci: «le faible nombre de personnel pour assister les besoins, conduit à une charge de travail excessive, un environnement de travail stressant et un épuisement professionnel». (p.57) D'après les auteurs 35.5% des rapports ont suggéré une insuffisance de formation de la part des soignants et le manque d'expérience dans les techniques de manipulation pouvant justifier les lésions corporelles. Puis, dans 93% des cas, les charges étaient contre l'institution et non pas contre une personne en particulier, ce qui n'a pas permis de tirer des conclusions sur les mauvais traitements et les traits de personnalité de l'agresseur.

Concernant l'abus présumé et les résultats médico-légaux, les auteurs ont constaté que quand il y a avait des soupçons de violences physiques mais qu'il n'y avait pas de blessures ou de douleurs post-traumatiques, une vérification se faisait dans seulement 55.9% des cas. Cette absence/destruction de preuves peut être due au temps passé entre le moment où les charges sont appuyées contre l'institution (contraintes légales) et le début du rapport médico-légal. La localisation des blessures était multiples mais dans 30.8% des cas, elles se situaient dans les membres supérieurs. Dans l'étude, seulement 6.8% de tous les rapports ont mentionné de la

	<p>violence physique contrairement à une étude où ce type de violence était estimé à 63.6% des cas. Plusieurs hypothèses d'explication ont été trouvées. Toujours dans la violence physique, aucune relation n'a été trouvée entre le degré d'invalidité et celle-ci, contrairement à d'autres études. Les auteurs pensent que cela est causé par le délai entre la dénonciation et le rapport médico-légal provoquant des pertes de preuves. Néanmoins, une relation a été trouvée entre la négligence et le degré de handicap, qui s'expliquerait d'après eux, par l'impossibilité de cacher certaines preuves comme des escarres de décubitus ou l'apparence générale lors des rapports (vêtements, hygiène).</p> <p>Plusieurs limites à l'étude ont été mentionnées de manière précise et complète. La première limite impliquait le faible nombre de cas, qui reflétait les faibles taux de dénonciation. Ceci a donc contribué à une sous-estimation de la prévalence réelle de violence institutionnelle. Ensuite, un manque de données dans les rapports médico-légaux concernant les éléments suivants étaient présents : les victimes présumées (leurs antécédents personnels et familiaux) les agresseurs présumés (leurs antécédents personnels), l'interaction entre eux, l'institution et la société (par exemple, des aspects tels que l'alimentation et l'hygiène personnelle). Les auteurs mentionnent l'hypothèse d'une difficulté de communication ou l'absence d'une approche multidisciplinaire.</p> <p>Finalement, la conclusion fait une synthèse des principaux éléments de l'étude cités ci-dessus. La conclusion est conforme aux résultats d'analyse et en découle logiquement.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats n'ont pas été mentionnées, mais plusieurs recommandations sont exposées.</p> <p>Les auteurs recommandent pour les recherches futures, un nouveau modèle de rapports médico-</p>

légaux en tenant compte des interventions multidisciplinaires car le modèle actuel leur semble pertinent en dépit des limitations. La liste des éléments qui seraient nécessaires d'inclure pour un nouveau modèle est citée. De plus, d'après eux, des connaissances pertinentes dans les rapports médico-légaux pourront permettre l'élaboration de stratégies futures comme l'éducation des professionnels de la santé dans l'identification des facteurs de risque, la détection en temps opportun, et l'interprétation des blessures contribuant à la prévention de mauvais traitements.

Plusieurs conseils pour le développement futur de la prévention à ce sujet sont suggérés: « Il est important d'étudier les caractéristiques des maisons de soins infirmiers, de manière à promouvoir potentiellement les modifications de la législation et les propositions sur l'éducation des programmes suivis par les soignants institutionnels. Par exemple, le niveau de tolérance de la violence dans la maison de soins infirmiers s'il y a des non routines non-flexibles et des régimes, la programmation excessive ou le manque d'activités socioculturelles, l'adéquation du personnel: le taux de patients et le niveau d'éducation de ses employés. » (p. 59)

Les auteurs déclarent que comprendre pourquoi la violence institutionnelle et la négligence se produisent, est plus important que leur prévalence afin de promouvoir une détection et un diagnostic précoce, et élaborer des stratégies préventives.

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Prevention and Early identification of Elder Abuse

Burnett, Achenbaum, & Murphy (2014)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre - Prévention et indentification précoce de la maltraitance des personnes âgées - définit clairement la population (les personnes âgées) ainsi que les principaux concepts (la maltraitance, la prévention et l'identification). Le titre n'indique par contre pas le contexte.
Résumé	<p>Cet article ne comprend pas de résumé, mais présente en premier lieu 4 affirmations clé, qui seront développés par la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'identification précoce et la prévention de la maltraitance des personnes âgées nécessitent de remettre en question la perception de l'âgisme. • La prise de conscience publique et l'entraînement des professionnels de santé sont nécessaires pour différencier la maltraitance des personnes âgées des actes normaux. • Plus de recherches sont nécessaires pour identifier les caractéristiques qui augmentent les risques de maltraitance, et pour définir les meilleures pratiques pour réduire les préjudices. • Des évaluations concises peuvent être utilisées efficacement durant de brèves visites cliniques avec des personnes âgées, pour identifier les facteurs et indicateurs d'abus.
INTRODUCTION	
Problème de la	Le problème est rapidement décrit : il s'agit de la

recherche	<p>maltraitance, de la souffrance qu'elle génère, et du risque de prévalence augmentée avec le vieillissement de la population. Les auteurs mettent en avant le besoin de stratégies de prévention efficace et de moyens de détection. Les auteurs présentent dans le chapitre suivant des données concernant l'importante prévalence des actes de maltraitance, ce qui appuie le problème et donc la pertinence de cet article :</p> <p>« Les études les plus récentes portant sur la prévalence dans la population américaine indiquent que 11% des personnes âgées de plus de 65 ans, sans atteintes cognitives, ont déjà vécu au moins un type de maltraitance dans les 12 derniers mois ». (p. 745)</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs n'ont pas présenté de recension des écrits, et n'ont pas indiqués quelles bases de données ils ont consulté pour réaliser cette revue. Ils disent en revanche que « de nombreuses recherches doivent être complétées dans le champ de la maltraitance des personnes âgées pour améliorer la prévention efficace et l'identification précoce. Malgré les travaux ultérieurs, c'est un champ relativement nouveau ».</p> <p>Les auteurs citent diverses études, autres auteurs et associations, dont des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept de la maltraitance est défini plus loin : les auteurs rappellent qu'il n'y a pas de définition universelle, et choisissent la suivante :</p> <p>« Le fait d'infliger volontairement des blessures, un isolement déraisonnable, une intimidation ou une punition cruelle qui se manifeste par des lésions physiques, de la douleur, de la souffrance mentale, ainsi que la privation par les soignants de biens ou de services nécessaires pour éviter des lésions physiques, des souffrances ou des maladies mentales. » (p. 744)</p> <p>(L'Acte de prévention, d'identification et de traitement de la maltraitance de la personne</p>

	<p>âgées, 1985).</p> <p>La maltraitance est ensuite classée en 7 types, selon le classement du centre national américain de la maltraitance des personnes âgées : la maltraitance physique - la maltraitance sexuelle - la maltraitance psychologique - l'exploitation financière - la négligence par le soignant - l'auto-négligence.</p> <p>L'incidence, la prévalence, la morbidité, la mortalité, et les facteurs de risque de la maltraitance sont développés par la suite dans le corps du travail.</p> <p>Les autres concepts ne sont pas définis dans l'introduction, mais le sont brièvement avant chaque chapitre leur étant consacré. Il s'agit de l'identification précoce et de la prévention, du dépistage de la maltraitance en général, du dépistage et de l'évaluation clinique, et de la dénonciation de la maltraitance.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de cette revue est clair : elle vise à rechercher dans la littérature des stratégies de prévention et d'identification de la maltraitance des personnes âgées, car les auteurs affirment que nous avons besoin de meilleures stratégies de prévention et d'identification.</p> <p>Les auteurs n'ont pas énoncé d'hypothèses ou de questions de recherche.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Cette revue de littérature vise la population suivante : les personnes âgées, principalement aux USA. Il n'y a pas d'autre critères concernant la population.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Il n'y a pas de considérations éthiques puisqu'il s'agit d'une revue de littérature.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>La méthode de recherche est appropriée à la nature de cette étude, puisqu'il s'agit d'une revue de littérature.</p>

Modes de collectes de données	Les auteurs se sont appuyés sur de nombreuses études et articles pour réaliser cette revue, mais n'exposent pas la méthodologie employée pour la récolte de données, ni les éventuels outils utilisés.
Conduite de la recherche	Le processus de collecte de données pour cette revue n'est pas décrit.
Analyse des données	L'analyse des données récoltées dans la littérature n'est pas décrite par les auteurs.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont sous forme de texte narratif, mais comprennent en plus 4 tableaux et une figure pour illustrer plus en détails quelques points :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le tableau 1 présente les 7 types de maltraitance, avec pour chacun une brève définition ainsi que sa prévalence. • Le tableau 2 décrit les caractéristiques types des victimes et des responsables de la maltraitance des personnes âgées. On y apprend par exemple que les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, d'isolation sociale, et étant dépendantes d'un soignant sont plus à risque d'être maltraitées. • Le tableau 3 présente des indicateurs pour chaque type de maltraitance. • Le tableau 4 résume 7 outils permettant l'évaluation de la maltraitance des personnes âgées. Pour chaque outil il est décrit le nombre d'items qu'il comprend, son applicabilité dans la pratique, et son évaluation psychométrique. • La figure illustre un plan pour évaluer, identifier, dénoncer et prévenir la maltraitance des personnes âgées. Ce plan comprend une phase subjective, se basant

	<p>sur l'analyse des phrases « inquiétantes » exprimé par le patient, puis d'une phase objective, comportant des manifestations physiques, et environnementales. Le plan propose ensuite une évaluation de la situation comme étant à risque ou non de maltraitance, avec des actions correspondantes.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés. Les premiers chapitres sont consacrés au concept de la maltraitance de la personne âgée :</p> <ul style="list-style-type: none">• Définition (de la maltraitance)• Types de maltraitance des personnes âgées• L'incidence et la prévalence• La morbidité et la mortalité• Les facteurs de risque <p>Puis les chapitres suivants sont développés. Chaque chapitre comporte une rapide introduction/définition du concept en lien, et comprend divers sous-chapitres :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'identification précoce et la prévention• Le dépistage et la surveillance des facteurs de risque de la maltraitance chez la personne âgée• Le dépistage clinique de la maltraitance des personnes âgées• L'applicabilité de l'évaluation clinique• Dénoncer et répondre à la maltraitance des personnes âgées• Un guide pour les cliniciens permettant le dépistage précoce et la prévention de la maltraitance des personnes âgées.
--	---

	<p>Ce qu'il faut retenir pour chaque chapitre :</p> <p>Concernant l'identification précoce et la prévention, les auteurs parlent de « l'âgisme », défini comme une discrimination de la personne âgée, ayant pour conséquence une offre en soins et en thérapies réduite aux personnes âgées, car leurs problématiques de santé sont considérées comme normales. De plus, des signes tels que la dépression, le désespoir, ou l'isolement social peuvent être négligés, ceci entravant la prévention et l'identification de la maltraitance.</p> <p>Les auteurs rappellent aussi qu'il existe des marqueurs permettant d'identifier la maltraitance, mais que ceux-ci sont subtils et leur méconnaissance par les professionnels de santé entrave l'identification. Les soignants devraient aussi avoir le réflexe de réaliser un examen corporel complet en cas de suspicion, et notamment observer les zones habituellement cachées par les vêtements.</p> <p>Concernant la maltraitance physique, les auteurs ont consultés des études pour reconnaître quelles blessures étaient intentionnelles ou non. Si la coloration et la durée des contusions ne sont pas fiables, la localisation des blessures est par contre un indicateur pertinent.</p> <p>En lien avec le dépistage et la surveillance des facteurs de risques, les auteurs affirment que très peu de dépistages systématiques sont réalisés dans la pratique. Un outil pourrait pourtant être utile ici, la « CGA » (l'évaluation gériatrique complète), qui permet d'examiner la santé et le bien-être des personnes âgées. Les médecins généralistes, qui suivent la personne âgée sur le long terme, devraient être particulièrement attentifs aux changements rapides dans les domaines concernant la personne âgée.</p> <p>Les auteurs proposent diverses questions à poser à la personne âgée, telles que « Est-ce que quelqu'un vous a touché sans votre permission? »</p>
--	---

Est-ce que quelqu'un vous a traité brutalement? Est-ce que quelqu'un a pris vos possessions, votre argent, votre voiture, vos valeurs, sans votre permission? Est-ce que quelqu'un vous a insulté ou crié dessus? Est-ce que quelqu'un s'est moqué de vous ou vous a blessé dans vos émotions ? ».

Dans le chapitre du dépistage clinique, les auteurs proposent et évaluent 7 outils permettant le dépistage de la maltraitance des personnes âgées : « l'instrument de mesure pour personnes âgées (EAI) », « le bref dépistage de l'abus pour les aînés (BASE) », « le test d'évaluation de la maltraitance des personnes âgées par Hwalek-Sengestock (HS-EAST) », « l'index de suspicion de la maltraitance des personnes âgées (EASI) », « le dépistage de la maltraitance par l'association médicale américaine (AMAAS) », « l'échelle de dépistage de la vulnérabilité à l'abus (VASS) », et « l'échelle de la maltraitance gériatrique » (GMS).

Dans le chapitre de l'applicabilité de l'évaluation clinique, les auteurs citent une étude ayant démontré qu'une part importante des personnes âgées ont accepté de se faire évaluer par l'outil « HS-EAST » lorsqu'elles étaient en salle d'attente pour un rendez-vous médical.

En ce qui concerne la dénonciation de la maltraitance des personnes âgées, les auteurs citent plusieurs études pour prouver le faible taux de dénonciation, notamment par des médecins généralistes. 98% des médecins interrogés dans l'une de ces études disaient ne pas se sentir suffisamment formés pour dénoncer et gérer les cas suspectés de maltraitance. Les auteurs affirment que la maltraitance devrait être traitée comme c'est le cas pour une maladie : des examens complémentaires devraient être réalisés en cas de symptômes de maltraitance, le diagnostic devrait ensuite être posé, la situation devrait être suivie et évaluée, et des ressources ainsi que des interventions appropriées devraient

	<p>être mises en place.</p> <p>Le dernier chapitre est consacré à la présentation d'un outil, le « SOAP », illustré dans la figure 1. (p. 755)</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les limites de l'étude ne sont pas définies, mais les conclusions découlent logiquement des résultats et sont appuyées sur une importante quantité de données.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs résument que la maltraitance des personnes âgées est encore une grande problématique de santé, et qu'il faudra développer des moyens de faire face aux obstacles à la détection et à la dénonciation pour protéger les personnes âgées.</p> <p>Les recommandations futures sont donc d'agir sur l'âgisme, sur le manque de formation des professionnels de santé, et sur le dépistage clinique de la maltraitance des personnes âgées.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

**Prevention of elder mistreatment in nursing homes :
competencies for direct care staff**

DeHart, Webb & Cornam (2009)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre indique le concept clé de la recherche : la prévention de la maltraitance. Il indique aussi la population cible, c'est-à-dire les personnes âgées dans les maisons de soins. Finalement il indique le but de la recherche : définir les compétences pour le personnel de soins.
Résumé	Le résumé met en avant le problème principal ciblé par l'étude. Il existe peu de formations axées sur la prévention de la maltraitance. La méthode de récoltes de données est indiquée. Elle est la suivante : des entretiens qualitatifs avec différents professionnels. Les résultats sont très brièvement énumérés.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le but de la recherche est clairement annoncé. Il est d'identifier des compétences du personnel soignant – en particulier les assistantes en soins certifiés - afin de prévenir la maltraitance des personnes âgées dans les homes pour personnes âgées.</p> <p>Les auteurs nous démontrent dans un premier temps à travers des statistiques le nombre de homes pour personnes âgées aux Etats-Unis et nous indiquent que ce chiffre devrait quadrupler jusqu'en 2015 en lien avec la population qui devient de plus en plus âgée.</p> <p>Puis, au travers d'autres statistiques, ils nous indiquent que la maltraitance est très présente dans les homes. En effet, selon plusieurs études la moitié des résidents des EMS indiquent avoir</p>

	<p>souffert de maltraitance et un tiers en avoir été témoins.</p> <p>Enfin, ils nous démontrent que la plupart des formations des assistantes en soins certifiées qui existent sur le thème de la maltraitance sont axées sur la détection et le signalement des violences et que seulement peu sont axées sur la prévention. Ces différents points nous démontrent la pertinence de développer une recherche axée sur ce thème.</p> <p>Les auteurs nous indiquent que la maltraitance infligée par le personnel soignant est égale à la maltraitance présente dans les milieux domestiques.</p> <p>Ceci nous signifie donc que le problème des mauvais traitements n'est pas anodin dans la discipline des soins. De plus, la formation inadéquate des assistantes en soins certifiées semblent être une des causes les plus importantes. Les auteurs mettent en avant que les assistantes sont le personnel le plus présent au côté des personnes âgées. Leur formation semble être prioritaire.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs ont entrepris une recension des écrits. À travers différentes informations issues de multiples auteurs, ils nous sensibilisent sur le phénomène. De plus, ceci leur permet de développer leurs propos et de donner des informations pertinentes afin d'établir une base solide pour leurs recherches.</p> <p>Pour illustrer, ils nous informent que différentes tâches que les assistantes en soins diplômées doivent effectuer peuvent être désagréables et stressantes. Cela rend les soins impersonnels envers le patient. De plus, les auteurs mettent en avant des statistiques qui permettent de nous faire prendre conscience de l'ampleur de la maltraitance.</p> <p>Comme indiqué auparavant, ils nous informent que peu de formations liées à la prévention</p>

	<p>existent. Elles sont en effet axées sur la détection et le signalement des maltraitances. Les auteurs nous indiquent qu'aucune donnée fiable dans les homes pour personnes âgées n'existe.</p> <p>Bien que les auteurs fassent référence à certaines études antérieures, celles-ci ne sont pas expliquées et les résultats sont démontrés de manière très brève. De plus, les auteurs ne signifient pas si leurs sources sont primaires ou non.</p>
Cadre de recherches	<p>Les concepts clés ne sont pas clairement identifiés. Seul le concept de la maltraitance est développé. Les différents types ne sont pas explicités. Des statistique permettent de mettre en avant la prévalence de la maltraitance. La formation d'assistante en soins qualifiés est brièvement décrite. En effet, leurs tâches sont identifiées et selon certains auteurs celles-ci présentent un manque de connaissances.</p> <p>Les auteurs nous indiquent que les assistantes sont le personnel le plus proche des patients et que celles-ci déclarent un manque de connaissances sur la gestion des conflits. Ceci leur a donc permis de s'appuyer sur des connaissances théoriques afin d'orienter leur recherche.</p>
Buts et question de recherches	<p>Le but de l'étude est le suivant : « ... identifier les compétences afin de prévenir les mauvais traitements de se produire dans la formation d'assistante en soins certifiés ». (p.362)</p> <p>Ainsi, le but de l'étude permettra d'amener des pistes de préventions tout en se basant sur le concept de la maltraitance des personnes âgées.</p> <p>Les questions de recherches et les hypothèses ne sont pas exposées dans ce chapitre. Les questions de recherches sont cependant décrites dans la méthode. Elles sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En quoi consistait le travail du

	<p>participant</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les formations disponibles en lien avec la maltraitance des personnes âgées qui se présentait à elle ▪ Des exemples de maltraitance qui se produisent dans les homes pour personnes âgées ▪ Les possibles motivations des maltraitances des personnes âgées ▪ Les mesures possibles afin de prévenir la maltraitance des personnes âgées ▪ Les types de formations nécessaires pour prévenir la maltraitance des personnes âgées ▪ Et d'autres informations que le participant souhaite dire et qui pourrait aider à prévenir les mauvais traitements <p>Ces questions permettent ainsi de répondre au but de la recherche qui est explicité auparavant. Et donc, d'étayer le concept de la maltraitance et de comprendre le rôle des assistantes en soins certifiés.</p> <p>Certaines de ces questions sont basées sur des connaissances que d'autres auteurs ont mises en avant. Par exemple le ressenti que les assistantes, le manque de connaissances lié à la gestion de conflits ou encore sur le caractère stressant de leurs emplois.</p> <p>Les diverses questions prennent en compte les perceptions, le vécu et les croyances des participants en ce qui concerne la présence de la maltraitance dans les homes. En effet, il leur est demandé de donner des exemples de maltraitance, les motivations possibles mais aussi de donner leur point de vue sur la formation de la prévention de la maltraitance existante.</p> <p>La population de l'étude est elle aussi décrite dans le chapitre de la méthode. Ce sont divers professionnels de santé ayant un contact avec les personnes âgées en institution.</p>
--	---

METHODE	
Population et échantillon	<p>Les auteurs définissent clairement les personnes qui ont été interrogées dans leur étude. Dans un premier temps ils ont élaboré une liste de professionnels concernés par la thématique de la maltraitance des personnes âgées.</p> <p>Cependant, certains étaient au-delà de la portée de leur projet. Aucune donnée statistique de l'échantillon de participants n'est présentée dans l'étude.</p> <p>L'échantillon choisi a donc été le suivant: plusieurs infirmières de soins à domicile, un directeur de soins infirmiers, deux infirmières diplômées, une infirmière diplômée travaillant actuellement, neuf assistantes en soins certifiés, un psychologue, un travailleur social, plusieurs médiateurs, deux enquêteurs réglementaires, deux agents de police et un avocat spécialisé dans le droit des aînées. Ceux-ci travaillaient tous ou étaient spécialisés dans les soins à longs termes.</p> <p>Afin de choisir les participants appropriés à l'étude et de ce fait chercher un moyen d'accroître l'échantillonnage, le personnel du projet a collaboré avec « les membres du conseil de coordination de la protection de adultes de la Caroline du Sud » qui leur ont recommandé les divers employés à interroger. Le recrutement a été fait de manière correcte. C'est-à-dire que les personnes ont été contactées par téléphone ou par lettre et une brève description du projet leur a été donnée.</p>
Considérations éthiques	<p>Afin de sauvegarder les droits de participants, ceux-ci ont rempli un formulaire de consentement et ont reçu une promesse de confidentialité des auteurs.</p> <p>Aucune information liée à la minimisation des risques et la maximisation des bénéfices pour les participants de l'étude n'est présente dans le texte.</p>

Devis de recherches	<p>Le devis de recherches de l'étude est qualitatif. Les diverses entrevues qualitatives ont permis aux auteurs d'avoir des réponses à leurs différentes questions de recherches et ainsi de répondre aux buts de l'étude.</p> <p>L'outil de collecte de données ATLAS/ti explicité postérieurement a permis de collecter les réponses des entrevues et est conciliable avec la recherche qualitative.</p> <p>Le fait que plusieurs professionnels ont répondu aux interviews nous démontre la véracité de différentes réponses. De plus comme la recherche a été établie par plusieurs auteurs, cela nous indique que plusieurs interprétations des résultats ont été faites.</p> <p>Les différentes questions permettent de mettre en avant les expériences des professionnels, mais aussi leurs connaissances liées à la prévention de la maltraitance et de rechercher les formations existantes liées au concept. Ainsi les différentes questions permettent aux participants de s'exprimer. La méthode de recherches est donc selon nous appropriée à l'étude du concept de la prévention de la maltraitance.</p> <p>Après avoir été contactés par e-mail ou téléphone, les interviews ont duré environ trente minutes. Le temps passé sur le terrain nous semble faible.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'outil ATLAS/ti a été utilisé pour analyser les données. Cet outil est un logiciel d'analyses de données qualitatives.</p> <p>Il permet d'identifier les réponses similaires des interviews, de les souligner, de les relier, etc. Ceci permet de hiérarchiser les déclarations et de percevoir des associations parmi les variables. Ainsi l'outil semble cohérent afin d'évaluer les réponses des questions de recherches. Il était déjà existant avant la recherche. Son auteur a été cité.</p>

	<p>Les différentes questions de recherches ont été exposées. Elles semblent permettre la compréhension du concept de la maltraitance et donner des informations nécessaires afin d'évaluer des compétences de prévention. Au travers ces différentes questions, les auteurs ont pu répondre au but de leur recherche.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte de données est décrit. Des entretiens type ont été enregistrés. Ils ont duré environ 30 minutes chacun.</p> <p>Tout les participants étaient des professionnels. Les auteurs ont pris en compte plusieurs facteurs tel que la description du poste du participant, ses années d'expériences professionnelles, le milieu de travail et le type de l'établissement. Ainsi les données des interviews ont été extraites de manière à éviter les biais possibles.</p> <p>Aucune information au sujet d'une intervention est présente dans le texte.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les auteurs nous indiquent leur méthode d'analyse qui est la suivante : ils ont recueilli des réponses à leurs questions à travers des entretiens, et ils ont ensuite utilisé l'outil ATLAT/ti afin de les analyser.</p> <p>Les auteurs ont pris en compte plusieurs facteurs concernant l'emploi des participants comme explicité précédemment.</p> <p>Le résumé des résultats permet de nous orienter pour la suite du texte narratif des résultats. En effet les différents thèmes abordés sont présentés. Les auteurs nous indiquent que les résultats de leurs études sont basés sur les comptes rendus des participants et ont permis d'identifier plusieurs compétences nécessaires pour que la formation de soignant empêche la maltraitance dans les homes pour personnes âgées.</p> <p>Elles traitent des définitions et des politiques, des</p>

	<p>risques de maltraitance, de la communication et du respect dans la relation avec le résident et le développement d'un environnement de travail coopératif. Les auteurs nous précisent la manière dont les résultats sont présentés. Chaque compétence est énumérée. Une brève explication l'introduit et des exemples fournis par les participants de l'étude l'illustrent.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés à travers un texte narratif en différents paragraphes. Dans chaque paragraphe se trouve l'intitulé, les différentes compétences liées à l'intitulé, une brève explication des compétences et finalement différents exemples fournis par les participants afin d'illustrer les compétences.</p> <p>Aucun tableau n'est présent. Les différents intitulés des paragraphes et leurs développements permettent d'avoir une vision globale de la maltraitance et des compétences à développer afin de pouvoir prévenir celle-ci. Une association des différentes compétences identifiées est possible à travers le texte narratif.</p> <p>Ainsi le premier paragraphe est : « Définition et politique ». Les compétences sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Pouvoir définir et donner des exemples des différents types de maltraitance qui se produisent dans les homes pour personnes âgées, y compris la question de négligence et de qualité de vie, la maltraitance psychologique, la maltraitance physique, la maltraitance financière et la maltraitance sexuelle » (p.363). 2. « Pouvoir identifier l'organisation, l'état et les politiques fédérales autour de la documentation et des rapports de maltraitance envers les personnes âgées dans les home pour personnes âgées » (p.366).

	<p>Le deuxième paragraphe s'intitule : « risque de la maltraitance ». Les compétences sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Pouvoir identifier les contextes de travail qui créent un climat risqué pour la maltraitance dans les homes pour personnes âgées (par exemple la dotation et la surveillance) » (p.367). 2. « Pouvoir identifier les attitudes des travailleurs et les comportements qui créent un climat risqué pour les mauvais traitements dans les homes pour personnes âgées » (p.367). 3. « Pouvoir identifier les ressources et les stratégies d'adaptation pour faire face au stress personnel (par exemple : des difficultés financières, des problèmes familiaux), de sorte que ceux-ci ne créent pas un risque de maltraitance dans le milieu de travail » (p.368). 4. « Pouvoir identifier les résidents vulnérables ce qui augmente le risque d'être maltraité » (p.368). <p>Le troisième paragraphes s'intitule : « communication et respect dans les relations avec les résidents ». Les compétences sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Pouvoir identifier des stratégies de communication verbale et non-verbale afin d'établir une relation de confiance avec les résident des homes pour personnes âgées » (p.369). 2. « Pouvoir identifier des stratégies pour engager le résident dans le home pour personnes âgées et dans ses propres soins » (p.369). 3. « Pouvoir différencier les réponses
--	---

	<p>appropriées et inappropriées des comportements des résidents qui sont perçus comme problématiques » (p.370).</p> <ol style="list-style-type: none">4. « Pouvoir identifier des stratégies verbales et non verbales afin de réduire les conflits et d'établir de la sécurité pour le personnel et les résidents » (p.371).5. « Pouvoir identifier les conditions relatives à l'âge qui peuvent avoir un impact sur la conformité et les stratégies pour communiquer avec les personnes qui présentent une diminution de leurs capacités » (p.371).6. « Pouvoir identifier les problèmes générationnels qui influent sur le comportement du résident (par exemple : le racisme, les attentes concernant les interactions sociales) » (p.372).7. « Pouvoir décrire les différents « pouvoirs » entre les adultes vulnérables dans les homes pour personnes âgées et le personnel travaillant dans cette installation et les implications de ceci en ce qui concerne le risque de maltraitance » (p.372).8. « Pouvoir décrire le rôle de l'assistant en soins certifié en tant que fournisseur de services aux résidents afin d'aider/assister celui-ci à maintenir les activités de la vie quotidienne dans le home pour personnes âgées » (p. 373).9. « Pouvoir justifier l'importance de connaître les résidents du home en tant que personne et individualiser les soins » (p.373).10.« Pouvoir partager les valeurs fondamentales liées à la prestation de soins, y compris le
--	--

	<p>souci de l'humanité, la compassion, l'empathie, la protection de ceux qui ne peuvent pas se protéger et en respectant le droit de l'aîné à la vie privée, la dignité et l'auto-détermination » (p.373 - 374).</p> <p>Le quatrième paragraphe s'intitule : « développement d'un environnement de travail coopératif ». Les compétences sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Pouvoir identifier les stratégies de communication parmi le personnel autour des besoins du résident du home pour personnes âgées, du plan de soins et des changements de comportement de celui-ci » (p.374). 2. « Pouvoir justifier le travail d'équipe dans le cadre d'un environnement de travail favorable, y compris l'appréciation et le respect entre collègues de travail, la fierté dans le travail de l'autre et les efforts de coopération pour promouvoir un service de qualité » (p.375). 3. « Pouvoir identifier des stratégies pour offrir ou demander de l'aide à ses collègues lors de conflits ou de lourdes charges de travail qui présentent un risque de maltraitance » (p.375). <p>Aucune information concernant l'évaluation des données par les participants ou des experts n'est présente dans le texte.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats ont permis de répondre au but de la recherche. Pour rappel elle était la suivante : identifier des compétences du personnel soignant – en particulier les assistantes en soins certifiés – afin prévenir la maltraitance des personnes âgées dans les homes pour personnes âgées. Selon les résultats explicités auparavant les compétences</p>

	<p>afin de prévenir la maltraitance ont été identifiées.</p> <p>Les auteurs n'ont pas analysé si leurs résultats concordent avec des études antérieures menées sur le même sujet. Ceux-ci nous ont indiqué en introduction que peu de formations se concentraient exclusivement sur la prévention de la maltraitance et donc peu d'informations liées à ce sujet sont présentes.</p> <p>La conclusion nous permet d'avoir une bonne synthèse des résultats. Elle est une suite logique des résultats démontrés précédemment. Les auteurs nous indiquent en premier lieu que beaucoup de formations sur la prévention de la maltraitance doivent être faites.</p> <p>Ils nous soulignent que le fait que les assistants en soins certifiés aient des formations sur la prévention de la maltraitance leur permettraient de prendre conscience de tous les types de maltraitance et des patients vulnérables de subir de tels traitements.</p> <p>Plusieurs compétences peuvent être enseignées comme : communiquer avec les résidents et répondre de manière adaptée, bâtir des relations de confiance avec les résidents, partager les valeurs fondamentales des soins, individualiser les soins et respecter les résidents.</p> <p>Un environnement de travail coopératif est également crucial afin de prévenir la maltraitance, ainsi le soutien des collègues, une bonne communication et le travail d'équipe peut atténuer les possibles sentiments négatifs liés à ces emplois difficiles.</p> <p>Cependant, les limites de l'étude ne sont pas définies dans le texte.</p> <p>Les auteurs expriment le fait qu'ils espèrent que ces divers résultats pourront informer le personnel de domaine apparenté, ce qui permettra de travailler en collaboration face à la maltraitance et à la négligence des personnes</p>
--	--

	<p>âgées. Ainsi à travers cette conclusion, les auteurs font savoir que leurs résultats peuvent être transférables.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les résultats de cette étude peuvent être transférés dans la discipline infirmière. Il est possible de développer des programmes de formations pour le personnel soignant qui regroupe ces différentes compétences. Donc à travers ces formations, la prévention de la maltraitance des personnes âgées dans les homes pourra être optimisée.</p> <p>Les auteurs indiquent de plus des recommandations pour l'application de leurs recherches dans le futur. Ils indiquent que leur étude pourra aussi être utile dans de différentes manières. Par exemple les résultats pourront être utiles dans l'élaboration d'assurances de qualité de soins, de critères d'évaluation ou le développement de normes professionnelles mais aussi dans la surveillance de routine dans les homes pour personnes âgées.</p> <p>De plus, les compétences identifiées permettront de développer des programmes de formations pour le personnel soignant. Les auteurs proposent pour des recherches futures d'étudier si les résultats de l'étude peuvent être transférés dans un domaine communautaire (résidences communautaires). Ils proposent de plus d'explorer à travers quelles techniques la formation autour de ces compétences pourraient être mise en œuvre. Par exemple les formateurs ou des équipes de formations pourraient amener ces informations.</p> <p>Finalement le fait que les différentes données tel que les définitions et explicitations des différentes compétences, la présence des exemples afin de faire des liens avec la pratique soient présentes permettent d'appuyer la conclusion.</p> <p>Ainsi le but de l'étude a été atteint et le fait que différentes formations aient répondu aux questionnaires permet d'avoir une vision</p>

	d'ensemble dans la prise en charge des personnes âgées.
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues

Malmedal, Hammervold & Saveman (2009)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre est précis et expose les concepts principaux tels que le signalement et le comportement des soignants de maison de retraite. Ainsi, il va s'agir d'étudier les soignants dans les maisons de retraites qui signalent ou non des actes de soins inadéquats provenant de leurs collègues.
Résumé	Le résumé est complet et clair. Il comprend l'objectif de l'étude, la méthode, le résultat et la conclusion. Le résumé permet une bonne vue d'ensemble de l'étude qui suit.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de l'étude est expliqué. Les auteurs mentionnent que des soins inadéquats, c'est-à-dire a maltraitance et la négligence font parties chaque jour de la vie d'une infirmière. Ils signalent également qu'il existe peu de connaissances sur les attitudes que le personnel soignant tient dans le signalement et la dénonciation de ces soins inadéquats.</p> <p>Le phénomène a une signification dans la discipline infirmière. Les auteurs donnent l'exemple suivant: "Le travail des soins à domicile est appelé "travail caché", et des soins inadéquats peuvent se produire et continuer en secret si l'équipe n'est pas prête à signaler ces accidents".</p> <p>Ainsi, selon nous, le problème est pertinent car de plus en plus d'études signalent que la</p>

	maltraitance est un problème de santé publique en croissance. Et comme cités précédemment, il y a un manque de connaissances sur le sujet.
Recension des écrits	<p>Une recension de plusieurs études sur le concept de la dénonciation a été entreprise. Ces différentes études démontrent que des recherches sur le pourcentage, les raisons et les manières de dénoncer ont été investiguées. « Une autre étude australienne a investigué la différence entre les attitudes de dénonciation et de non dénonciation et indique que les dénonciateurs ont cru que leur rôle étaient de protéger les patients des personnes incompetentes et non éthiques, pendant que les non dénonciateurs tiennent une attitude plus traditionnelle envers le rôle d'infirmière, supportant la croyance que les infirmières sont obligées de suivre les ordres physiques tout le temps ». (p.745)</p> <p>Cela représente une base solide pour l'étude car l'état des connaissances actuelles sur le phénomène est représenté et étayé. La recension montre aussi que différents avis sur le sujet ont été déclarés à travers des sources primaires :</p> <p>« Firtko et Jackson (2005), soutiennent que le signalement interne de résultats indésirables de mauvaises pratiques est entièrement acceptable, c'est un comportement désirable et devrait être encouragé pour améliorer les pratiques. Skivenes et Trygstad (2007) suggèrent que le concept de dénonciation est connecté à des événements extraordinaires et est donc distinct de ce qu'ils prétendent être la situation normale: que les travailleurs parlent plus et critiques les pratiques indésirables. » (p.745)</p>
Cadre de recherche	Le concept principal de la dénonciation est expliqué et décrit de manière précise. « ...nous considérons que la dénonciation est le signalement par l'équipe d'actes de soin inadéquats commis par leurs collègues, et dans le reste des manuscrits de sensibilisation, la dénonciation, la divulgation et la notification sont nommées « signalement ». » (p.745)

	<p>Plusieurs lois comme la loi sur l'environnement du travail, la loi sur le personnel de santé norvégien ou encore, les directives éthique des professionnel concernant ce sujet sont expliqués pour une meilleure compréhension et un encrage de la théorie.</p> <p>Les concepts clés sont étroitement liés au but de l'étude puisqu'il va s'agir d'étudier la dénonciation du personnel soignant envers les actes de maltraitance.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de la recherche est clairement défini de la manière suivante : « Les buts de cette étude sont, premièrement de décrire les attitudes tenues par les infirmières dans le signalement des soins inadéquats commis par leurs collègues, et deuxièmement, d'investiguer si l'équipe infirmière a des attitudes différentes en fonction de l'âge, l'éducation et la longueur de l'expérience de travail dans les services de soins de santé ». (p.745)</p> <p>Les variables qui vont être étudiées, sont les différentes réactions qu'un soignant peut avoir quand il est témoin d'actes inadéquats contre un résident provenant de ses collègues. Ceci reflète bien les concepts décrits dans le cadre de recherche.</p> <p>La population cible concernera les soignants travaillant dans des homes, mais pas d'autres informations complémentaires précisent cette population dans l'introduction.</p> <p>Les questions de recherche ne sont pas mentionnées, mais les objectifs découlent des recensions précédemment citées et traitent de l'expérience des participants.</p> <p>Aucune hypothèse ou question n'a été formulée.</p>
<p>METHODE</p>	

Population et échantillon	<p>La population est précisée. Il s'agit principalement d'infirmière formée au niveau d'enseignement supérieur et le reste étaient des aides infirmières à un niveau collégial inférieur. Le personnel était à 97% féminin et avait une moyenne d'âge de 40 ans.</p> <p>Cependant, il n'y a pas de précision concernant les personnes âgées qui résident dans le home.</p> <p>La méthode pour recruter les participants a été la suivante. Les 55 homes du pays ont été classés dans 4 groupes en fonction de leur taille. Ensuite, pour chaque groupe, une infirmière sur trois a été sélectionnée au hasard donnant un total de 16 homes qui participaient à l'étude. Les auteurs ne mentionnent pas si l'échantillonnage est justifié sur une base statistique.</p> <p>L'étude a été conduite dans le comté de Sor-Trondelag en Norvège. Ils ont comparé le pays dans son ensemble, afin que cette ville soit proche de la moyenne nationale en ce qui concerne la distribution de l'âge, les dépenses publiques dans les soins de santé et les services sociaux, les années de travail dans soins aux personnes âgées, les utilisateurs des services des maisons de soins, et les places dans les institutions pour les personnes âgées.</p> <p>Il n'y a aucune information concernant des moyens utilisés pour accroître l'échantillonnage.</p>
Considérations éthiques	<p>Concernant l'approbation éthique, l'Unité de Question Privé des Services de Données de Science Sociale Norvégienne (The Privacy Issue Unit of the Norwegian Social Science Data Services) a approuvé l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche est qualitatif car il repose sur un questionnaire rempli par des infirmières. Cette méthode est conciliable avec l'outil de collecte de données. Le devis va permettre de répondre à la question de recherche posée et il est approprié à l'étude du problème.</p>

	Les auteurs mentionnent avoir conduit cette étude durant l'automne 2005.
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs ont distribué un questionnaire plus large en parti adopté d'autres questionnaires et réajusté pour que la formulation réponde spécifiquement à l'objectif. Les questions ne sont pas décrites, mais les déclarations possibles et les différentes réponses sont aussi mentionnées. Le questionnaire utilisé contient des données telles que l'âge, l'éducation et le nombre d'années d'expérience comme travailleur dans les soins de santé, afin de comparer les groupes. La question de recherche n'a pas été reposée ou plus ciblée.</p> <p>Voici les 7 déclarations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Si oui ou non je signalerais un acte en fonction de sa gravité 2. Si je ne souhaitais pas signaler mon collègue; il y a d'autres façons d'approcher la situation 3. Je ne me sens pas assez courageux à en parler 4. Si je signale un acte, je peux m'attendre à obtenir le soutien des autres collègues 5. Ce n'est pas utile de signaler quelque chose, rien ne se passera de toute façon 6. J'ai peur de ce qu'il pourrait se passer si je signale un acte 7. C'est la meilleure façon de traiter une telle question à l'interne. » (p.746) <p>Les différentes alternatives aux questions sont: « tout à fait d'accord », « modérément d'accord », « entre d'accord et désaccord » et « pas d'accord ».</p> <p>L'outil de mesure utilisé est décrit dans l'analyse de données ci-dessous.</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte de données n'est pas mentionné. Nous savons que les infirmières d'un home étaient susceptibles de participer à l'étude pour autant qu'elles soient présentes pendant une période de 10 jours. De plus, pour une

	<p>question pratique, les infirmières qui étaient absentes (vacances ou congé maladie) durant cette période, n'ont pas été incluses à l'étude.</p> <p>Aucune information n'est citée concernant les variables de l'étude ou les moyens pour minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent.</p>
Analyse des données	<p>La méthode d'analyse a été décrite mais le résumé des résultats n'est pas présent. L'outil Eta squared a permis d'examiner l'ampleur relative des différences entre les moyennes. « Eta squared est une mesure universelle de relation qui s'applique indépendamment de la forme de la relation et peut être utilisée si la variable indépendante est mesurée sur un ratio, une intervalle, un ordinal, ou une échelle nominale. Les données ont été analysées en utilisant SPSS 15.0 logiciel ». (p.746)</p> <p>La statistique descriptive a été calculée pour les déclarations et le score a été inversé pour donner le plus grand nombre de ceux qui ont été « fortement d'accord ». (p.746)</p> <p>Il n'y a pas de précision concernant les facteurs susceptibles d'influencer les résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux dans lequel des chiffres et des pourcentages sont exposés. De plus, les résultats sont également résumés par un texte narratif. Comme dit précédemment, les données ont été analysées par l'outil Eta squared. Chaque tableau correspond à l'objectif de départ. C'est-à-dire que le premier tableau formule les résultats concernant les attitudes du personnel soignant envers le signalement des actes de soins inadéquat. Et les 3 tableaux suivants, font référence aux différences entre les groupes en terme d'âge, de niveau d'étude et du nombre d'années d'expérience.</p>

	<p>Nous ne savons pas si les données ont été évaluées par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction de la question de départ et tiennent aussi compte d'autres études. De plus, les conclusions sont conformes aux résultats précédents.</p> <p>Il a été démontré que le personnel soignant détient une attitude positive envers le signalement d'acte de soins inadéquats fait par leurs collègues. Pour la majorité du personnel, la gravité de l'acte permettrait d'envisager le signaler ou non. Une autre constatation de l'étude est que plus de la moitié du personnel est modérément ou fortement pas d'accord avec la déclaration du sentiment de n'être pas assez courageux pour se prononcer/signaler, c'est positif. Des études antérieures confirment cela en mentionnant que tenir une attitude positive est un pré requis important pour certains comportements.</p> <p>Concernant l'âge, il a été constaté que le personnel plus âgé semble être plus réticent à dénoncer leurs collègues, ils se sentent moins courageux que le personnel plus jeune. Les plus jeunes sont moins effrayés de se qui pourraient leur arriver s'ils étaient signalés et sont d'accord que le mieux est de négocier de telles matières en interne. Cependant, les soignants plus âgés sont plus loyaux envers les employeurs et ainsi ressentent plus de loyauté pour les collègues. Les auteurs se demandent si cette fidélité est au détriment de la fidélité des résidents ?</p> <p>Quant à l'éducation, il semble que les niveaux plus haut d'éducation mènent à des attitudes plus positives envers une volonté de signalement et ont moins peur à propos des sanctions négatives. D'après l'étude, cela s'expliquerait du fait que le personnel instruit au niveau collégial ont plus</p>

d'entraînement dans la réflexion sur la pratique et donc ont des attitudes plus positives à l'égard d'être obligé de signaler les actes de soins inadéquats. « L'observation et le jugement des actes de soins inadéquats pourraient dépendre de la capacité à la réflexion critique sur la pratique infirmière, qui est étroitement connectée à la connaissance professionnelle (Benner, P., 1984). » (p.749)

Les auteurs ont pu constater que leur recherche est soutenue par le résultat d'autres études. Cette constatation permet de dire que des cours d'éducation, la discussion et les groupes de réflexion pourraient augmenter le courage du personnel à signaler des soins inadéquats.

Certaines limites de l'étude ont été prises en considération. C'est à dire que seules les personnes qui ont travaillé pendant la période de recueil de données durant les 10 jours sont inclus dans cette étude. Il n'y a pas de dossiers sur combien de soignants étaient absents en raison de vacances ou d'arrêt maladie, et il n'y a pas de connaissances si cela affecterait les résultats d'une quelconque manière. Ils ont interrogé l'équipe soignante sur les mesures dans lesquelles ils ont été d'accord sur les hypothétiques déclarations dans le signalement des soins inadéquats, mais pas a propos des situations réellement signalées. Cela signifie que ce n'est pas possible d'être sur que ces soignants agiraient selon leurs intentions en situation réelle. Comme il n'y a pas de données enregistrées dans les groupes non-répondant (21%), aucune analyse d'abandon n'a été possible.

Malgré les limitations, cette étude est significative car elle montre que le personnel qui observe les soins inadéquats commis par leur collègue sont d'accord que leur intention est de signaler l'incident.

La conclusion découle logiquement des résultats. Les auteurs rappellent ceci : « les travailleurs

	<p>dans la santé ont une exigence éthique et un devoir professionnel de se prononcer pour leurs patients, et les employeurs ont le devoir de les soutenir ». (p.749)</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cependant, quelques recommandations pour améliorer les pratiques ont été soulevées en fonction des données précédentes. L'étude suggère que les institutions devraient développer et mettre en œuvre des mécanismes pour comprendre et évaluer les actes de soins inadéquats et le personnel doit être encouragé à se prononcer pour les résidents plutôt qu'être puni de l'avoir fait. Il faudrait une organisation qui permette au personnel de poser des questions sur les mauvaises pratiques et les violations de normes éthiques, afin que cette organisation soit dans une position pour développer la meilleure pratique possible et fournir le meilleur soin possible.</p> <p>Les auteurs n'ont pas précisés les conséquences des résultats.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

**Treatment and Prevention of Elder Abuse and Neglect:
Where Knowledge and Practice Meet—A Model for
Intervention to Prevent and Treat Elder Abuse in Israel**

Alon & Berg-Warman (2014)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre est très précis et expose bien le sujet qui va être traité. Les concepts principaux tels que le traitement et la prévention, ainsi que la maltraitance des personnes âgées sont mentionnés. La population a l'étude va principalement concerner les personnes âgées comme cité ci-dessus.
Résumé	Le résumé n'est pas délimité par le problème, la méthode, les résultats et la discussion de manière claire. Le résumé précis que l'article va présenter les conclusions d'une étude d'évaluation d'un modèle d'intervention mis en œuvre dans 3 municipalités Israéliennes. La méthode et les résultats sont brièvement expliqués.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de l'étude et formulé. Les mauvais traitements et la négligence des aînés ont récemment été reconnus comme un problème social en Israël. De plus, c'est un problème qui implique selon eux un comportement criminel. Ainsi, il est nécessaire de trouver des solutions pour arrêter ces mauvais traitements et cette négligence en fondant diverses approches.</p> <p>Ce problème est pertinent et l'étude mentionne ceci: « Les résultats de l'enquête ont indiqué que 18% des personnes âgées ont déclaré au moins une forme de violence au cours de l'année précédente ». (p.150)</p> <p>L'étude précise que la prévention et le traitement</p>

	<p>de la maltraitance des aînés a besoin de multiples stratégies et services. De plus, le but d'une intervention est de d'arrêter ou réduire son incidence et ses dommages.</p>
Recension des écrits	<p>Une large recension a été effectuée, permettant une base solide à l'étude, mais aussi une meilleure compréhension du phénomène. Les auteurs présentent l'état du problème principalement en Israël, mais la palette d'interventions citées concernant le problème est riche.</p> <p>Tout d'abord, les auteurs ont fait une recension sur les différentes interventions existantes dans la maltraitance et la négligence des personnes âgées. « Au fil des ans, une gamme de services et de programmes pour lutter contre l'abus et la négligence envers les aînés ont été développés, fournissant de l'éducation pour les personnes âgées et les soignants, ainsi que des services de soutien (Lowenstein & Doron, 2008; Nerenberg, 2008) ». Voici d'autres exemples d'études antérieures enrichissant la recension du sujet: « L'approche thérapeutique comprend la détection, l'évaluation, la protection de la victime en temps de crise et en cas d'urgence, des conseils individuels, des groupes de soutien, de la promotion et la prestation de services de soutien (Alon, 2004; Anetzberger, 2005). » (p.151) « Nerenberg (2006, 2008) a discuté de plusieurs paradigmes utilisés pour lutter contre l'abus envers les aînés. Ils comprennent les services de protection, la violence domestique, la justice pénale, les droits des aînés et des modèles de santé publique pour la prévention. » (p.151)</p> <p>Puis, une recension a été effectuée concernant l'évaluation des programmes d'intervention sur le sujet. Les auteurs mentionnent qu'il n'existe qu'un petit nombre d'approches qui ont évalué les méthodes d'intervention et qu'ils s'étaient concentrés sur l'efficacité des interventions spécifiques. Ils expliquent également que l'évaluation d'une intervention est complexe et a de nombreuses facettes, ainsi les professionnels et</p>

	<p>les clients peuvent percevoir les mesures d'évaluations différemment. Les auteurs se sont basés sur des sources primaires pour cette recension. « Lithwick (1999) a constaté que la fourniture de services de soutien (médicaux et soins à domicile) et le placement en milieu institutionnel ont été efficaces dans les cas de négligence, en particulier lorsque la victime était mentalement et fonctionnellement fragile. » (p.153) Une autre étude évoque ceci sur le sujet: « Wolf (1986) a évalué les modèles d'intervention dans le Massachusetts, New York et Rhode Island. Elle a constaté que dans les trois quarts des cas, l'état des victimes s'était amélioré. En d'autres termes, il y avait une diminution du nombre et de la gravité des manifestations de violence et de négligence. » (p.153)</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept de la maltraitance n'est pas décrit. Mais, le modèle d'intervention contre la maltraitance qui a été utilisé pour cette étude est détaillé. Il s'agit d'un modèle intégratif qui a été mis en œuvre dans une initiative expérimentale à travers les services sociaux dans 3 municipalités Israéliennes. Les principales caractéristiques comprennent la création d'une unité spécialisée pour la prévention et le traitement des abus envers les aînés (SUPTEA) comptant un panel formé de 40 professionnels. SUPTEA est engagé dans 2 activités. La première est le travail de cas qui comprend l'utilisation d'outils de dépistage, le conseil individuel, la thérapie de groupe, la médiation et l'aiguillage vers des services appropriés, des services de soutien et l'utilisation de moyens légaux. La deuxième activité est le travail communautaire qui inclut la sensibilisation des personnes âgées, des ateliers éducatifs dans des centres de jour et des conférences pour les professionnels.</p> <p>L'étude est étroitement liée à ce modèle puisqu'il a pour objectif de l'évaluer. Nous pensons que les bases théoriques sont appropriées à l'étude.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude et les questions de recherche sont clairs. Cependant, aucune hypothèse n'a été mentionnée.</p> <p>L'étude vise à évaluer le modèle d'intervention décrit ci-dessus et son impact sur les clients et les professionnels à l'aide des questions de recherche suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Quels types d'interventions les travailleurs sociaux emploient dans les cas de maltraitance des personnes âgées ? 2. Y a t-il une relation entre le type d'intervention et le type d'abus? 3. Quels sont les résultats du programme sur l'amélioration de la situation des clients (à savoir, la cessation/ réduction des comportements abusifs, l'amélioration de la capacité de la victime à faire face) ? 4. Y a t-il une relation entre les résultats et le type d'intervention des clients? 5. Quel est l'impact de la mise en œuvre du modèle sur les procédures de travail (les compétences des travailleurs sociaux, le renforcement des partenariats avec des professionnels de la communauté) ? » (p. 156) <p>Les questions reflètent la recension précédemment décrite car elle concerne les différentes interventions ou les modèle d'évaluation des ces interventions. Puis, ces questions vont traiter de l'expérience vécue par les participants.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée qui inclue des clients et des professionnels est défini de la manière suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « 558 personnes âgées vivant dans la communauté identifiées comme victimes de violence et/ou de négligence et traitées dans le programme. La plupart d'entre elles ont été renvoyées par les travailleurs sociaux à la SUPTEA pour une nouvelle intervention. D'autres ont été désignées par les organismes de soins à domicile, des services cliniques de soins de santé et les

	<p>hôpitaux.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dix travailleurs sociaux travaillant avec les victimes et leurs agresseurs. 3. Neuf associés professionnels de divers services pour les personnes âgées » (p.156) <p>On constate que l'échantillonnage n'est pas clairement décrit mais aucune autre information ne permet de le compléter. On ne sait pas non plus si une méthode a été utilisée pour accroître la taille de l'échantillonnage ou comment est-ce qu'elle a été déterminée.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Aucune considération éthique n'a été mentionnée. Il est simplement indiqué que les données à partir des questionnaires, interviews et observations ont été recueillies après que les participants aient donné leur consentement.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche est mixte, il contient du quantitatif et du qualitatif. Il se base sur des questionnaires, des interviews et des observations. Cette méthode de recherche a permis à l'étude d'atteindre son but malgré la subjectivité existante, et les outils de collecte proposés sont conciliables avec la méthode.</p> <p>Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche à l'aide de ces 3 méthodes et celles-ci sont appropriées à l'étude du problème posé.</p> <p>Les questionnaires, interviews et observations ont été faites sur une période de 2 ans.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les instruments de l'étude ont consisté en deux questionnaires. Ceux-ci incluaient un questionnaire d'admission contenant des questions sur les caractéristiques des victimes et des agresseurs, le type d'abus, le plan d'intervention, la relation entre la victime et l'agresseur, la manifestation des comportements abusifs, l'expérience de la victime à faire face au problème et sa motivation à recevoir de l'aide. Le deuxième type de questionnaire concernait l'évaluation périodique du questionnaire qui comprenait des données sur</p>

	<p>le type d'intervention et les résultats, l'ampleur du changement et de la fréquence des comportements violents, le changement dans la capacité de la victime à faire face à la situation ou aucun changement dans la situation.</p> <p>Ces questionnaires ont été validés par des pré-test sur les 20 premiers cas traités.</p> <p>Ensuite, les données ont été recueillies à l'aide d'interviews par des enquêteurs formés auprès des victimes, des agresseurs, des travailleurs sociaux et des professionnels associés. Ces entrevues étaient en face à face et semi-structurées. Ils ont demandé aux victimes de décrire la contribution de l'intervention et les changements apportés dans leur vie quotidienne, et aux abuseurs comment l'intervention les a aidés à changer leur comportement offensant. Puis, aux travailleurs sociaux et professionnels associés, concernant leurs compétences acquises, les changements dans leurs procédures de travail, et la coordination et la coopération entre les partenaires et les organisations professionnelles.</p> <p>Finalement, le dernier moyen pour la collecte des données était l'observation. Elles ont été menées dans des séances de groupe de soutien aux victimes de violence conjugale. Le processus thérapeutique et les commentaires ont été documentés.</p> <p>Les interviews ont été préparées par un guide d'entretien spécialement créé pour cette étude.</p> <p>Les questions de recherche n'ont pas été posées, mais les observations du phénomène ont été bien ciblées et sont complètes, comme le témoigne les méthodes de récolte de données</p>
Conduite de la recherche	L'enregistrement des données n'est pas clairement décrit. Cependant, il est mentionné que pour le questionnaire d'admission, les travailleurs sociaux ont documenté les procédures cliniques et évalué les résultats tous les 6 mois sur la base des

	<p>rapports des clients. Le questionnaire périodique a été rempli par 246 clients sur 558.</p> <p>Les entrevues ont été menées après l'achèvement du processus de traitement et elles ont été élaborées deux fois. Une fois un an après le démarrage du programme, et une fois après 2 ans.</p> <p>Les observations ont été enregistrées après 6 à 12 mois.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont mentionnées mais peu détaillées. Elles ont été les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Les statistiques descriptives: Celles-ci incluent la fréquence et la distribution des caractéristiques des victimes et des agresseurs, le type d'abus, et le type d'intervention. • Les statistiques déductives: Celles-ci ont consisté à la corrélation entre les variables, telles que le type d'abus et le type d'intervention, en utilisant les statistiques χ^2 • L'analyse qualitative: les entrevues et les observations ont été documentées et transcrites et ont ensuite été analysées afin d'identifier des thèmes communs concernant l'impact du programme sur les professionnels, et les résultats vécus par les clients individuels et les participants des groupes de soutien. » (p.158) <p>Le résumé n'est pas présent, ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer les résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux dans lesquels on retrouve les chiffres et pourcentages de leurs résultats.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés et avec chaque tableau, et une explication narrative claire et précise est élaborée.</p>

Voici les éléments significatifs des résultats :

Au niveau des caractéristiques de la victime, de l'agresseur et du type d'abus, il a été constaté que les victimes étaient des femmes à 85%, avec un âge moyen de 75 ans et ayant une incapacité fonctionnelle à 61%. Concernant l'agresseur, les 3/4 étaient des hommes, d'un âge moyen de 46ans et dans 1/3 des cas c'étaient des conjoints. Puis, le type d'abus le plus répandu était à 2/3 la violence psychologique et la moitié des victimes subissaient des violences physiques.

Au niveau des interventions, un tableau démontre que les interventions les plus fréquentes sont le conseil individuel pour la victime et l'agresseur et les groupes de soutien. Le deuxième tableau montre que les interventions juridiques sont utilisées dans 39% des cas.

Au niveau de l'évaluation des cas de travail, les résultats ont pour objectifs de démontrer l'efficacité des différents types d'intervention. On constate que dans les 2/3 des cas, la situation s'est améliorée car il y a une réduction de la fréquence des comportements violents et une amélioration dans la capacité des victimes à faire face. Les interventions juridiques amélioraient les cas à 82%, le conseil individuel et le soutien dans la communauté à 65%.

Les auteurs constatent également que plus il y a d'interventions (quatre ou plus) sur un cas, moins bonne sera l'amélioration.

Un autre tableau présente la raison de l'arrêt du traitement. Dans 32% des cas il y a eu une résiliation et dans 18% des cas la violence avait cessée. L'arrêt s'explique par un placement en home de la victime, un changement de logement séparant la victime de l'agresseur, ou un décès, ceci surtout dans les cas de négligence.

Concernant la perception de l'aide qui est donné au victime, les résultats montrent que le soutien, le conseil, l'orientation et la détermination de

	<p>convaincre les victimes à recourir à des mesures juridiques les avaient aidés. Mais la contribution la plus importante était l'autonomisation et le renforcement de leur capacité à faire face à l'abus.</p> <p>L'évaluation des réunions du groupe de soutien a révélé que les participantes devenaient plus ouvertes et divulguaient leurs secrets intimes. De plus, le processus de soutien et de conseils leur a permis d'augmenter leur empowerment à travers des compétences et la force de faire face à leur vie quotidienne.</p> <p>Les résultats concernant l'activité communautaire étaient basés sur les professionnels et les personnes âgées. Les participants ont assisté à des séminaires, des ateliers et des réunions de sensibilisation qui leur ont permis d'augmenter leur sensibilisation aux mauvais traitements et consolidé le mode de collaboration entre les professionnels.</p> <p>Finalement, le dernier résultat porte sur l'impact des procédures de travail. La sensibilisation proactive et l'intervention dans les situations à risque sont maintenant des priorités pour les travailleurs sociaux. Ils ont également signalé une amélioration dans leur habileté à discerner les abus et leur type, et à mettre en œuvre un éventail plus large de méthodes d'intervention. Les professionnels sont devenus plus conscients et qualifiés. La création d'une équipe multidisciplinaire a permis de chercher des alternatives, élaborer un plan de traitement et discuter des dilemmes éthiques et professionnels lors de réunion. Leur confiance était améliorée et plus de variétés de méthodes de traitement ont été utilisées.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions, de plus, ils conforment aux résultats d'analyses. Les résultats suivants ont tous concordés avec des

	<p>études antérieures sur le sujet :</p> <p>Les travailleurs sociaux ont employés divers types de méthode d'interventions mais ils utilisent d'avantage d'interventions thérapeutiques (le conseil individuel), ceci est certainement dû à leur routine quotidienne qui se rapproche plus de cette approche.</p> <p>L'intervention juridique a été utilisé dans 39% des cas (surtout le recours à un officier de la cour) par les travailleurs sociaux car la méthode juridique est tirée de la base éthique de leur travail en tant que professionnel.</p> <p>Les résultats démontrent également qu'une plainte à été déposée dans 14% des cas ce qui est plus que dans une étude précédente. Ceci s'expliquerait par l'expérience et les connaissances accumulées, la confiance avec la police, et la priorité donnée par les policiers.</p> <p>La méthode d'intervention la plus efficace est l'intervention juridique avec un taux d'amélioration de 82%. Cela est sûrement dû à l'effet dissuasif et la définition claire des limites entre le permis et l'inacceptable dans les relations interpersonnelles, ainsi que par leur effet punitif.</p> <p>Les services de soutien (traitement médical, soins à domicile, centre de jour) montrent une amélioration de 65% car se sont des outils pratiques qui répondent immédiatement aux besoins primaires et secondaires.</p> <p>Il n'y a pas eu de changement dans 1/3 des cas, soit parce que les situations étaient complexes, soit, parce que ni la victime ou l'agresseur pourrait engendrer le changement nécessaire.</p> <p>Finalement, le nombre de victimes identifiées a augmenté et les procédures de travail sont devenues systématiques et méthodiques.</p> <p>Il n'y a pas de conclusion clairement décrite.</p> <p>La première limite de l'étude était que</p>
--	--

	<p>l'échantillon, donc les personnes âgées de la SUPTEA, n'étaient pas représentatifs car ils se rapportent à un groupe particulier. Ceci limite la généralisation. Cependant, les autres études ayant présentées des résultats similaires, on peut en tirer des conclusions. La deuxième limite était que les interventions étaient évaluées par les travailleurs sociaux donc elles étaient subjectives. Pour surmonter ce problème et pour éviter de polariser, les clients et professionnels associés ont été interrogés afin de comprendre leurs perceptions du sujet.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences des résultats ne sont pas mentionnées. Cependant, les auteurs font plusieurs recommandations. Ils indiquent que si l'assimilation du modèle est prévue pour l'intervention à d'autres municipalités, les professionnels peuvent apprendre du cumul de connaissances et d'améliorer les moyens de faire face au problème de l'aîné abusé.</p> <p>« La création de coalitions est recommandée au niveau de la communauté ainsi qu'au niveau national. Le renforcement de la coopération entre les professionnels de différentes disciplines et de différentes organisations pourraient donner des résultats positifs dans la réduction de la portée de la maltraitance et de la négligence et les dommages qu'elle provoque. » (p.168)</p> <p>Il est également recommandé d'élaborer et mettre en œuvre des programmes de formation pour les professionnels afin d'améliorer les compétences à identifier et traiter les victimes, les agresseurs, et d'autres personnes impliquées.</p> <p>Les auteurs mentionnent que des recherches sur le sujet devraient être poursuivies. « Il est essentiel de poursuivre l'examen des résultats et l'efficacité des méthodes d'intervention plus en profondeur et sur une plus longue période de temps avec plusieurs participants. » (p.169) Finalement, les processus de prise de décisions des travailleurs sociaux et les facteurs impliqués</p>

	devraient également être explorés plus profondément dans une étude de suivi.
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Un outil simple pour mesurer le bien-être immédiat des personnes âgées en Ehpad

Kuhnel, Sanchez, Bertin Hugault, Normandie & Dramé (2014)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre est précis car la population cible est mentionnée et le concept de bien-être est mis en évidence. Mais le terme « Ehpad » n'est pas décrit et laisse un flou à son sujet dans le titre.</p> <p>Après une recherche sur internet, le terme Ehpad signifie « Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».</p>
Résumé	<p>Le résumé n'est pas très développé, ni structuré de manière à présenter les chapitres qui vont suivre. Le problème à l'étude est brièvement décrit. L'outil utilisé est cité et son but est également brièvement mentionné.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de l'étude n'est pas clairement mentionné dans l'introduction. Dans le résumé il est mentionné que l'évaluation de la qualité de vie des aînés est peu adaptée aux soins quotidiens et est complexe.</p> <p>D'après ce qui est décrit dans la recension, on peut en déduire que c'est un problème approprié par rapport aux connaissances actuelles. Il existe différents outils pour mesurer la qualité de vie des personnes mais aucune n'est plus pertinente qu'une autre et adapté au contexte d'établissement gériatrique.</p> <p>Ceci n'est pas mentionné dans le texte, mais d'après nos connaissances, il existe une augmentation conséquente de personnes âgées dans notre population et donc dans les maisons</p>

	<p>de retraite. De plus, la maltraitance dans les soins est un phénomène présent et précarise le bien-être de ces personnes. Ainsi, selon nous, il est important de pouvoir évaluer le bien-être des aînés afin de dépister un éventuel risque de mauvais traitement.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise et fournit une légère synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.</p> <p>La recension est composée de plusieurs sources primaires.</p> <p>Elle relate premièrement du concept du bien-être chez les personnes âgées. « Selon Klaus Rothermund et Jochen Brandstätter, le bien-être des personnes ne décline pas avec l'âge et n'est pas lié à la santé physique. » (p.1) D'autres études mentionnent que paradoxalement, une mauvaise santé impact le bien-être, par exemple à travers la dépression et l'altération de la vie sociale. Une autre étude décrit le bien-être comme flexible mais reste spécifique à un contexte et une population étudiée.</p> <p>« Dr Olivier de Ladoucette identifie quatre facteurs avec une action positive sur le bien-être de la personne âgée: Conserver une bonne estime de soi; garder une identité positive; lutter contre l'isolement et la solitude; avoir un contrôle sur sa vie et savoir s'adapter ». (p.1)</p> <p>Une seule étude a été citée pour relater de l'état des connaissances sur les outils mesurant le bien-être. Cette étude explique qu'il existe de nombreux outils à ce sujet mais aucun n'est plus efficace qu'un autre. Les auteurs rajoutent qu'ils sont relativement complexes et chronophages. Ainsi d'après eux, les outils ne sont pas adaptés au contexte d'Ehpad.</p> <p>La recension nous semble peut étayée et manque d'informations pour faire l'état des connaissances.</p>

Cadre de recherche	<p>Le concept du bien-être est justifié et bien décrit. Il a été défini par l'Organisation mondiale de la santé: « La santé mentale est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la collectivité. Elle est nécessaire au bien-être général des individus, des sociétés et des pays ». (p.1)</p> <p>Les auteurs précisent que le bien-être dépend de : « des facteurs environnementaux (âge, situation économique, familiale, professionnelle, etc.) et psychologique (personnalité, degré de plaisir immédiatement ressenti, effets de comparaison, aspirations personnelles, processus d'adaptation aux événements) ». (p.1)</p> <p>Le concept est étroitement lié au but de l'étude puisqu'il va s'agit de mesurer le bien-être chez les personnes âgées. Il nous semble que les bases philosophiques et les méthodes sous-jacentes ne sont pas expliquées.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire et concise. L'objectif principal est de décrire un outil de mesure du bien-être immédiat et de mesurer sa reproductibilité inter-juges. Et secondairement, il s'agit de tester cette reproductibilité auprès des différentes catégories de professionnelles ayant utilisé l'outil.</p> <p>Les deux questions de recherches sont mentionnées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Cette échelle représente-t-elle un intérêt pour les professionnels ? • Cette échelle est-elle compréhensible par les résidents et a-t-elle un intérêt pour eux ? » (p.2) <p>Ces questions découlent logiquement du but et traitent des expériences et perceptions des participants. Les variables clés et la population à l'étude sont clairs à travers ces deux questions.</p>

	Nous pensons que ces questions s'appuient sur des bases théoriques avant tout.
METHODE	
Population et échantillon	La population visée et l'échantillon ne sont pas clairement définis. Il s'agit de résidents provenant de 12 Ehpad privés à but lucratif en région Centre de la France. Cependant, la méthode utilisée pour recruter les participants n'est pas mentionnée, ainsi, nous ne savons pas comment la taille de l'échantillon a été déterminée. Aucun moyen d'accroître la population n'est cité.
Considérations éthiques	Les moyens pour sauvegarder les droits des participants ne sont pas cités. Les auteurs précisent que le projet est présenté et validé en région et porté par l'encadrement de l'établissement. De plus, les familles des résidents sont prévenues de la démarche.
Devis de recherche	Il s'agit ici, d'une étude multicentrique observationnelle descriptive qui s'est déroulée sur l'année 2012. Le devis mixte (quantitatif et qualitatif) permet d'examiner les deux questions de recherche. De plus, la méthode de recherche est conciliable avec les outils de collecte de données et est appropriée à l'étude du problème.
Modes de collectes de données	<p>L'outil de mesure a été décrit. L'échelle Evaluation instantanée du bien-être (EVIBE) avec une double cotation résident et soignant a été construite. La première face de l'outil comprend des pictogrammes et des couleurs. Ces pictogrammes vont du sourire (valeur numérique 5) à la tristesse (valeur numérique 1). La deuxième face permet de graduer l'évaluation du soignant (échelle de 1 à 5).</p> <p>L'outil EVIBE ne permet pas de mesurer les variables. Nous pensons que l'outil a été conçu pour les besoins de l'étude.</p> <p>Les questions de recherches n'ont pas été reprises depuis l'introduction.</p>

Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données a été expliqué. Les auteurs ont d'abord élaborés 20 pré-entretiens sur la notion du bien-être auprès des aînés en Ehpad. Ensuite, des échelles et une grille de recueil ont été mises à disposition pendant une semaine. Tous les professionnels ont évalué aussi souvent que possible les résidents durant cette période à l'aide de l'outil. Puis, le professionnel rempli sur la feuille de recueil l'évaluation qu'il donne au résident et l'auto-évaluation du résident lui-même.</p> <p>Un référent a été identifié dans l'établissement (psychologue ou animateur ou psychomotricienne) et avait pour fonction de préparer la semaine de test. Il a vérifié le bon déroulement du test en accompagnant les professionnels lors de l'évaluation. Puis, le référent a transmis les informations récoltées ainsi que les données complémentaires.</p> <p>Il ne nous a pas semblé que l'étude comportait une intervention (variable dépendante).</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites de manière précise.</p> <p>Concernant les variables quantitatives, elles ont été exprimées sous forme de moyenne et d'écart-type. Ensuite, pour les variables qualitatives, elles ont été analysées sous forme d'effectif et de pourcentage. Ainsi, pour l'analyse statistique des données, le logiciel SPSS 21.0 (IMB SPSS Inc) a été utilisé.</p> <p>Pour toutes les données statistiques, le seuil de signification a été fixé à 0.05. Un calcul du coefficient de corrélation intra-classe total et par profession a été réalisé pour mesurer le degré de reproductibilité.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont aussi pris en considération. Il y a les variables du résident qui concernent les éléments suivants: « l'âge au moment du test, le</p>

	<p>score d'auto-évaluation sur l'échelle, date d'arrivée dans l'Ehpad, la présence ou non de troubles cognitifs et le stade de la maladie selon l'échelle de Reisberg modifié par les équipes, un mini mental test (MMS), les antécédents de troubles psychiatriques, le NPI-ES et le moment de la journée. » (p.3)</p> <p>Ensuite, il y a les variables concernant les soignants qui sont celles-ci: « Le score d'hétéro-évaluation et la fonction de la personne qui évalue (aide-soignant; auxiliaire de service hospitalier; aide médico-psychologique; animateur; infirmière diplômée d'Etat; psychologue; autre profession. » (p.3)</p> <p>Le test de Student a été utilisé pour comparer les caractéristiques quantitatives et le test du Khi2 pour les caractéristiques qualitatives. Les variables ont été dichotomisées quand elles pouvaient l'être pour faciliter les comparaisons.</p> <p>Le résumé des résultats n'est pas présent.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableau, mais aussi à travers un texte narratif. Trois thèmes représentent logiquement les résultats et le phénomène. Les résultats ont porté sur la description de la population, la description de l'établissement et du personnel de l'Ehpad, l'outil EVIBE et concordance inter-juges.</p> <p>Concernant la population, les résultats démontrent que 8 centres ont participé pour un total 565 résidents évalués. L'âge moyen était de 84.1 ans, le sexe était à 78.6% féminin et 68.3% présentaient des troubles cognitifs.</p> <p>Pour la description des établissements et du personnel, au total 2076 observations ont été recueillies. Le personnel était majoritairement des aides-soignants et des auxiliaires de santé hospitaliers, venaient ensuite, les aides médico-psychologiques, les animateurs, les infirmières</p>

	<p>diplômées d'Etat et les psychologues. Il n'y a eu aucun abandon des professionnels ou résidents lors des tests.</p> <p>Finalement, à propos de l'outil EVIBE et concordance inter-juges, il y a eu 1980 observations valides et la moyenne de l'outil était de 3.48 pour l'auto-évaluation du résident et de 3.63 pour le personnel. La moyenne des réponses est plus élevée lorsque c'est le personnel qui évalue. Il y a eu une différence sur la moyenne totale des évaluations et sur la moyenne des évaluations pour les professions d'aide-soignant, psychologue et animateur.</p> <p>Le coefficient de corrélation intra-classe observé a montré une bonne reproductibilité entre l'évaluation et l'auto-évaluation. Il y a donc une bonne reproductibilité inter-juges et la meilleure était pour les psychologues.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont bien interprétés en fonction du cadre de recherche et des questions posées. De plus, les interprétations et les conclusions sont conformes aux résultats.</p> <p>Les auteurs ont trouvé une bonne reproductibilité, ce qui permet de valider l'utilisation de cette échelle au quotidien et sur le terrain. Les auteurs expliquent que cette étude présente des intérêts pour les professionnels: « Celui de prévenir de possibles démarches maltraitantes dans la vie quotidienne; et celui de valoriser le personnel permettant un meilleur accomplissement professionnel et donc in extenso de diminuer le risque de burn-out ». (p.3)</p> <p>Les résultats concordent avec des études antérieures, cependant peu de comparaisons ont été faites.</p> <p>Des études tendent à aller dans le sens de cette</p>

	<p>recherche en mentionnant qu'il existe un lien entre la satisfaction des conditions de travail du personnel et la qualité de vie du résident.</p> <p>D'autres études mettent en évidence que la perception des résidents par les professionnels a un impact sur leur qualité de vie.</p> <p>Les auteurs indiquent également que l'outil EVIBE est un outil de terrain efficace pour l'amélioration des pratiques quotidiennes.</p> <p>L'étude a présenté quelques limites. Elle ne démontre pas toutes les propriétés psychométriques de l'outil car avec une majorité de personnes démentes donc le MMS moyen est à 18, on peut se demander si l'information verbale et visuelle permet de recueillir la mesure du bien-être immédiat. Ensuite, il existe une surestimation lors de l'utilisation de l'outil EVIBE par le personnel. Alors qu'avec les échelles de qualité de vie, c'est l'hétéro-évaluation qui est sous-estimée de celle-ci. Les auteurs font l'hypothèse que la surestimation proviendrait du rôle du soignant qui tend à valoriser son action en cherchant un bien-être immédiat chez la personne qu'il aide.</p> <p>Une brève conclusion qui découle des résultats a été énoncée. Elle explique l'importance que peut avoir leur étude dans l'amélioration des pratiques.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs stipulent que leur étude pourrait avoir des conséquences positives. Leur outil qui est simple d'utilisation, pourrait permettre d'amener les équipes dans une démarche « bien-traitante », qui agit sur les propres conditions de travail du personnel et sur la qualité de vie des résidents.</p> <p>Les données de l'étude nous semblent assez pertinentes pour appuyer ces conclusions. Les auteurs n'ont fait aucune recommandation pour le futur.</p>