

TRAVAIL DE BACHELOR

Haute École Spécialisée de Suisse occidentale
Haute École de Santé Arc-Neuchâtel
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Sous la direction de Madame Lambelet Catherine
Axe recherche

Abordons la maltraitance en vue de la bientraitance

Par Béguelin Fanny, Botelho Ribeiro Alice, Da Cruz Joana
Promotion Bachelor 2014

Travail remis le 07.07.2017

Aux lecteurs, soignants et soignés, ...

« La question n'est pas de savoir si nous réussissons à augmenter la durée de vie des personnes âgées. Elle est de savoir si nous faisons de la vieillesse une période de vie décente et honorable. »

Callahan, « setting limits »

Table des matières

Résumé	1
Remerciements.....	8
Chapitre 1 : Introduction.....	10
1.1 Nature du travail réalisé.....	11
1.2 Planification du Travail de Bachelor.....	13
Chapitre 2 : Problématique.....	15
2.1 Manière dont la question de départ est survenue	16
2.2 Démonstration de la pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers.....	22
2.3 Réalisation d'une revue exploratoire de la littérature	28
2.3.1. Entretiens professionnels.....	29
2.3.2. Outils de prévention.....	34
2.3.3. Intervention infirmière	38
2.3.4. Incapacité de discernement	39
2.3.5. Maladie d'Alzheimer	40
2.4 Précision et répertoire des concepts retenus comme pertinent	41
2.5 Perspectives et propositions pour la pratique en lien avec la problématique..	41
Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers	44
3.1 Définition des concepts retenus.....	45
3.1.1. Incapacité de discernement	45
3.1.2. Démence de type Alzheimer	46
3.1.3. Maltraitance	50
3.1.4. Prévention.....	59
3.2 Cadre théorique : théorie de Jean Watson.....	62
3.2.1. Présentation de Jean Watson.....	63
3.2.2. Historique et évolution de la théorie de Jean Watson.....	63
3.2.3. Ancrage disciplinaire de la théorie de Jean Waston	63
3.2.4. Contenu de la théorie de Jean Watson.....	64
3.2.5. Fondamentaux philosophiques de la théorie.....	65
3.2.6. Principaux concepts de la théorie	66
3.2.7. Mise en lien avec notre thématique	69

Chapitre 4 : Méthode.....	71
4.1 Utilisation de la méthode PICOT	72
4.2 Elaboration de la question de recherche et du type de question	73
4.3 Critères de sélection des articles.....	73
4.4 Description de la stratégie des articles retenus.....	75
4.5 Analyse des articles avec la grille de Fortin (2010) adaptée.....	76
Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion.....	77
5.1 Synthèse des résultats des articles.....	78
5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT	93
5.3 Perspectives et propositions pour la pratique	105
Chapitre 6 : Conclusion.....	111
6.1 Éléments facilitants et contraignants.....	112
6.2 Limites	114
6.3 Perspectives pour la recherche	115
Chapitre 7 : Références	118
Chapitre 8 : Annexes	126

Résumé

Problématique

Ce travail de Bachelor s'articule autour de la maltraitance. Il est axé sur la prévention, pour modérer les multiples formes de maltraitance sur des personnes âgées en institution souffrant d'une démence de type d'Alzheimer.

La maltraitance ou la violence dans les soins est un phénomène très répandu et souvent tabou.

Parlons-en !

L'objectif du résumé est d'amener le lecteur à une vision globale du projet.

Concepts

Les concepts les plus pertinents se rapportant aux interventions infirmières, à la maltraitance associée à l'incapacité de discernement, sont retenus afin de donner un cadre et de définir la thématique.

Dans le but d'inclure et de situer ce travail de Bachelor dans la profession infirmière, l'ancrage disciplinaire est abordé. La théorie du Caring Humain de Jean Watson (entre 1975 et 1979) est appliquée pour apporter un éclairage au sujet.

Méthode

La réalisation d'une revue littéraire selon la méthode PICOT (2011), a permis de faire émerger une question de recherche. Après une traduction des descripteurs choisis, plusieurs bases de données ont été interrogées.

Les articles sélectionnés ont été étudiés puis analysés selon la grille du Fortin (2010) ce qui a permis d'assurer un regard critique, d'induire des recommandations et d'amener à des perspectives d'avenir.

Synthèse des résultats et discussion

Ce chapitre comprend un résumé des articles scientifiques approfondis et un parallèle avec la question de recherche. Ceci permet d'appuyer cette dernière et d'y apporter des éléments de réponse. Des propositions et des directives pour la pratique sont mises en lumière.

Conclusion

Les auteurs abordent le cheminement entrepris ainsi que les obstacles et les éléments facilitateurs rencontrés. L'élaboration de ce travail est décrite avec une prise de distance et de recul. Les apprentissages réalisés, les limites et les perspectives d'avenir sont exposés.

Mots clés

Personnes âgées, incapable de discernement, maladie d'Alzheimer, prévention et établissement médico-social.

Liste des abréviations

TB	Travail de Bachelor
PEC 12	Plan d'études cadre (2012)
EMS	Établissement médico-social
OMS	Organisation mondiale de la santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
LAVI	Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions
UBA	Bureau indépendant de plaintes pour les personnes âgées
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
ANEMPA	Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées
OFSP	Office fédéral de la santé publique

Définitions

Outre la définition de la maltraitance, nous trouvons pertinent de nuancer d'autres termes notamment la bientraitance, la bienfaisance, la non-malfaisance, la non-malveillance, la bienveillance et la malveillance.

Maltraitance Soumettre quelqu'un à de mauvais traitements ; brutaliser. Critiquer durement (Le Petit Larousse Illustré 2013).

La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon ; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect (OMS).

Bientraitance

Fait de bien traiter quelqu'un ; l'ensemble des bons traitements eux-mêmes (Le Petit Larousse Illustré 2013).

La bientraitance est une démarche collective pour identifier, le meilleur accompagnement possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins (ANESM).

Bienfaisance

Dont l'objet est de secourir les gens dans le besoin. Qui a un effet salubre. Conséquence bénéfique de quelque chose. Acte de générosité : combler quelqu'un de bienfaits (Le Petit Larousse Illustré 2013).

C'est la promotion de ce qui est le plus avantageux pour le patient. Le principe moral général de faire du bien aux autres est mis à l'avant-plan du fait qu'il s'agit d'une relation professionnelle attentionnée. La définition de ce qui est « le plus avantageux » peut reposer sur le jugement du professionnel de la santé ou sur ce que désire le patient ; généralement, ces deux opinions concordent, mais parfois il y a divergence. La bienfaisance suppose que l'on tient

compte de la douleur du patient ; de sa souffrance physique et mentale ; du risque d'incapacité et de décès ; et de la qualité de sa vie. Parfois, la bienfaisance exige que l'on n'intervienne pas, si les avantages de la thérapie seraient minimaux (Université canadienne Ottawa).

Non malfaisance Implique l'abstinence d'une action causant la douleur, la souffrance ou la mort. Ce principe est important dans les questions d'arrêt de traitement, d'euthanasie, d'assistance au suicide (Hôpitaux universitaires de Genève ; 2007).

Non malveillance Éviter de causer un préjudice. Réfléchir au préjudice possible (Université canadienne Ottawa).

Bienveillance Qui manifeste de la bienveillance. Disposition favorable envers autrui : Faire preuve de bienveillance (Le petit Larousse illustré 2013).

Malveillance Intention de nuire ; sabotage : Des actes de malveillance. Disposition agressive à l'égard de quelqu'un ; hostilité (Le petit Larousse illustré 2013).

Nota bene

Nous utiliserons volontairement, la forme féminine de la profession infirmière. Cet angle choisi facilitera la mise en forme du contenu. Aucune discrimination de genre ne doit être retenue. Le contenu s'applique aussi bien aux professionnels masculins qu'au genre féminin.

La population déterminée pourra être mentionnée par les termes suivants : résidents, pensionnaires, personnes âgées, bénéficiaires de soins, clients. Les différents termes employés rendent le contenu plus varié mais ne doivent pas semer le doute lors de la lecture.

Remerciements

Ce travail a représenté une étape fondamentale dans notre cursus de formation. Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont accompagnées et qui se sont investies.

Notre directrice de Travail de Bachelor (professeure chargée d'enseignement HES) nous a conseillé, dirigé, orienté, soutenu, motivé et nous a permis de traverser toutes les étapes du travail de fin d'études. Madame Lambelet Catherine, nous tenons à vous remercier sincèrement pour votre disponibilité et votre ouverture.

Nous tenons d'ores et déjà à remercier l'experte sollicitée pour l'analyse critique de ce dossier.

Nous aimerions également remercier, tout le corps enseignant de la Haute École Arc Santé pour les différents apports théoriques enseignés et le temps qui nous a été accordé.

Un grand merci aux différents professionnels de la santé contactés pour leur écoute, leur implication et leur partage de connaissances et d'idéaux.

Merci au personnel de la bibliothèque / médiathèque pour l'usage de leur locaux et leur sens affuté de la recherche d'articles.

Nous voudrions également exprimer notre gratitude aux personnes qui ont consacrées du temps à la relecture et aux corrections du travail.

Nos proches nous ont régulièrement rappelés nos objectifs et nous ont permis de trouver du sens dans ce processus, merci.

Merci aux étudiants de la volée pour toutes formes d'entraide et de collaboration.

Remerciements à notre trio pour notre sensibilité et notre détermination.

Enfin, merci à vous chers lecteurs, chères lectrices, pour l'intérêt que vous portez à ce travail

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Nature du travail réalisé

Chers lecteurs, chères lectrices,

Réalisé dans le cadre de notre formation en sciences infirmières, ce travail de Bachelor est présenté sous la forme d'une revue littéraire. Il déploie des éléments tant au niveau culturel et social que scientifique. Ce travail de fin d'études expose les moyens de prévention sous l'angle d'une intervention infirmière pour répondre à la maltraitance envers des personnes âgées ayant perdu leur faculté de discernement, dans le contexte des établissements médico-sociaux. A travers un développement, l'objectif sera de sensibiliser toutes personnes à la maltraitance (les soignants, les victimes, les personnes maltraitantes, les proches, les institutions, etc.) et de faire évoluer la pratique. Un questionnement clinique professionnel est fondé sur la base d'une question naïve et reformulée par nos connaissances actuelles. L'enjeu de ce travail est également de répondre à un sujet de santé publique.

Une fois le cadre délimité, une recherche d'articles dans différentes bases de données est entreprise. L'analyse et les résultats de plusieurs études agrémentent notre réflexion personnelle. Les comparaisons et les mises en lien des éléments actuels avec notre question de recherche permettent d'apporter à cette dernière des éléments de réponse et de distinguer des recommandations probantes.

Dans une formation Bachelor, il est essentiel de devenir un utilisateur averti et capable d'argumenter ses faits et gestes, à partir d'éléments valides et concrets dans une visée scientifique, afin de pouvoir faire face aux incohérences de la pratique grâce à ses recherches.

Les perspectives et les moyens puisés dans les connaissances et les recherches scientifiques, servent ainsi pour la pratique infirmière. Dans une vision disciplinaire, les différentes explorations sont indispensables pour documenter et mieux comprendre les raisons et les finalités des actes de soins. Remettre en question certaines pratiques du champ empirique est une compétence et une prise de risque pour les auteurs.

La discipline infirmière permet une construction au niveau des sciences, de la profession, de la recherche et de la pratique. Des liens sont illustrés et expliqués entre la thématique présentée, les quatre concepts infirmiers et les savoirs de la discipline.

Cette revue littéraire se construit à partir d'un questionnement professionnel qui s'affine en une problématique appropriée à la pratique actuelle des soins infirmiers. De nombreuses utilisations de recherches, de références théoriques et de données probantes donnent lieu à une analyse objective et structurée grâce à des bases de données, des arguments pertinents et des compétences inculquées tout au long de cette démarche. Les résultats sont étudiés et analysés afin d'évaluer leurs impacts sur la

pratique professionnelle et ceux-ci permettent distinguer les interventions principales pour l'action infirmière.

1.2 Planification du Travail de Bachelor

Le travail sera structuré de la manière suivante :

- La problématique vise à démontrer le bien-fondé de la question de recherche pour la discipline, la profession infirmière et les enjeux actuels pour la population déterminée.
- Le chapitre « concepts et champs disciplinaires infirmiers » définit les concepts retenus par l'exercice de la problématique et les inscrit dans un cadre théorique à l'aide des concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005) et des savoirs infirmiers (Carper, 1978) et argumentés grâce à la théorie du Caring Humain de Jean Watson (entre 1975 et 1979).
- La méthode décrit les différentes étapes parcourues dans la démarche de recherche jusqu'à l'obtention de valeurs probantes sous forme d'articles.
- La synthèse des résultats présentée sous la forme d'une discussion, catégorise et répertorie les résultats obtenus et met en évidence les recommandations pour la pratique.
- La conclusion reprend les apprentissages réalisés ainsi que les aspects contraignants et facilitants du travail et soumet à une ouverture future.

Nous sommes enthousiastes d'avoir mené une recherche, puisque ce fut un processus de professionnalisation important pour notre future carrière professionnelle. La posture réflexive a été l'îlot central de ce travail en raison de nombreuses balances décisionnelles entreprises. Cet apprentissage est aussi la concrétisation et l'aboutissement de trois années d'enseignement de recherches. À savoir que, la référence à des données probantes permet l'argumentation et démontre un plus haut niveau d'expertise. Par conséquent, cela contribue à garantir une offre en soins de qualité optimale.

La problématique à suivre pose et délimite la direction de la recherche.

Chapitre 2 : Problématique

2.1 Manière dont la question de départ est survenue

Au travers une revue exploratoire littéraire, de rencontres avec les professionnels et des recueils d'avis, les auteurs mentionneront la démarche entreprise de la question naïve à la question de recherche qui définira la thématique du travail de Bachelor. L'ancrage disciplinaire sera présenté en lien avec les métaparadigmes infirmiers (Fawcett 1984, 2005) et les savoirs fondamentaux de la discipline (Carper 1978).

La thématique retenue pour ce travail de Bachelor est la suivante :
« Comment favoriser la bientraitance en EMS pour des patients sans capacité de discernement ? ».

Nous nous sommes très vite penchées sur ce sujet car nous avons, chacune d'entre nous, effectué un stage ou travaillé dans un EMS. Nous avons également vécu des expériences où nous avons eu la possibilité de voir et de ressentir la vulnérabilité et la fragilité de certaines personnes âgées. Nous avons aussi perçu et ressenti certaines formes de maltraitance pendant les précédents stages que nous avons vécus, par exemple : éloigner la sonnette des résidents, les laisser dans une protection souillée, les forcer à manger, les laisser passer de nombreuses heures en chambre sans passage ni surveillances, les forcer à se doucher et à se lever, prendre des décisions sans leur demander leur avis ou les tutoyer. Ces différents éléments ci-dessus nous ont interpellé et touché, car nous souhaitons être alertées et actives à ces types d'événements maltraitants.

Nos valeurs personnelles et professionnelles se confondent car elles sont en adéquation. Elles ont besoin d'être acceptées ou du moins écoutées par le personnel qui nous entoure pour que nous puissions plus aisément nous investir dans la pratique. Elles doivent être en équilibre pour obtenir une harmonie et une satisfaction. Nous apportons et nous accordons notamment de l'importance au respect, à la tolérance, à l'écoute, à l'authenticité, à l'empathie, à la persévérance, à la patience et au partage. Certaines sont installées en nous depuis plusieurs années et d'autres, se déploient en formation.

Nous attachons aux valeurs ci-dessus la compétence de délégation et du leadership car nous pensons que lorsqu'elles sont heurtées, il est indispensable de passer la main afin de ne pas accabler la relation et de coordonner les soins afin de réduire les risques de maltraitance. De par la composition des équipes de soins dans les établissements médico-sociaux, on retrouve fréquemment peu de personnel infirmier, ce qui amène à davantage de responsabilités dans sa compétence de leadership. Nous nous sommes tout d'abord penchées sur les interventions infirmières visant à éviter la maltraitance dans les soins. Après réflexion, nous nous intéressons au rôle de leadership d'équipe d'infirmières. Nous avons encore de la difficulté à mettre des mots sur nos valeurs mais, nous avons déjà pu ressentir de l'insatisfaction et de l'agacement si la solution convenue nous dérangeait et que nous devions malgré tout marcher dans ce sens. Nous en déduisons donc que les valeurs personnelles donnent un sens à la vie et que

les valeurs professionnelles offrent un épanouissement au travail. Ainsi, nous pensons qu'il est nécessaire d'avoir et de maintenir une harmonie et une égalité entre ces deux classes de valeurs afin de maintenir une congruence.

La richesse de cette thématique et l'importance de celle-ci sont aussi les raisons de notre choix. Ce sujet est actuel et nous guide dans une dynamique de progrès et de changements pour la pratique infirmière. Ce travail permettra également de rendre de la visibilité concernant la maltraitance considérée comme un tabou, de sensibiliser tout soignant à ce problème, tant au niveau juridique qu'éthique et de nous procurer des outils de réflexion et d'interventions afin d'y faire face.

Pour appuyer la raison du choix de la thématique retenue, nous avons remarqué, de par nos expériences, qu'il existe de plus en plus une surcharge de travail dans le système de santé et que les professionnels ont de moins en moins de temps pour la prise en charge des patients. Nous pensons également que le vieillissement de la population est une problématique d'avenir car, la courbe démographique est exponentielle en matière de personnes du troisième et du quatrième âge. Afin de soutenir les éléments cités ci-dessus, nous avons effectué des recherches littéraires. Selon l'OFS (Office Fédéral des Statistiques), la pyramide des âges s'est considérablement modifiée au cours du 20^{ème} siècle. La proportion des jeunes (de moins de 20 ans) a régressé de 40,7% en 1900 à 20,2% en 2014, celle des personnes âgées (plus de 64 ans) a progressé de 5,8% à 17,8%. L'augmentation est particulièrement marquée (de 0,5% à 5,0%)

pour les personnes du quatrième âge (80 ans ou plus). Ce phénomène, représente le vieillissement démographique qui résulte du prolongement de l'espérance de vie qui est surtout lié à une baisse de fécondité. (Office fédéral de la statistique OFS, 2016).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2016) estime qu'une personne âgée sur dix est confrontée chaque mois à la maltraitance. C'est certainement une sous-estimation, puisque seulement un cas sur vingt quatre est notifié, car les personnes craignent souvent de signaler les cas de mauvais traitement à l'entourage ou aux autorités.

Selon l'OMS (2016), les types de maltraitance les plus courants dans les pays développés sont :

- Les abus financiers : 1,0 à 9,2%
- Les violences psychologiques : 0,7 à 6,3% (sur la base de critères significatifs de seuil)
- La négligence : 0,2 à 5,5%.
- Les violences physiques : 0,2 à 4,9%
- Les violences sexuelles : 0,04 à 0,82%

Les chiffres ci-dessus relèvent que la maltraitance est un phénomène mondial. Nous avons ensuite fait un focus sur les dernières données en Suisse, en matière de maltraitance, dans le domaine des soins.

En 2016, le bureau indépendant de plaintes pour les personnes âgées (UBA) a reçu 467 dénonciations pour maltraitance, soit 10% de plus que l'année précédente, relate le SonntagsBlick. Un tiers des plaintes concerne des violences psychologiques. Selon l'UBA, la moitié des incidents ont lieu au sein des institutions. Les dernières recommandations de l'UBA invitent l'entourage de la personne à rester vigilant.

Selon Camille-Angelo Aglione, Secrétaire romande de Curaviva, les chiffres énoncés ne sont pas forcément le signe d'une dégradation de la situation, au contraire. Ils peuvent également indiquer une hausse non pas des cas, mais des dénonciations. C'est plutôt positif.

Selon Christine Challet, directrice de l'Ecole d'assistants en soins et en santé communautaire à Genève, de grands efforts ont été faits dans ce domaine. Il y a de plus en plus de procédures de signalement mise en place par l'état, les fédérations, les établissements pour promouvoir la dénonciation d'abus. Il y a une convergence des efforts de tous les partenaires.

En Suisse romande, aucun organisme ne regroupe les plaintes de maltraitance. Il y a 15 ans, la surveillance dans les EMS était quasi inexistante. Aujourd'hui, les moyens déployés dans les cantons sont très différents. Malheureusement, les impératifs économiques prennent, dans certaines situations, le dessus sur la qualité des soins. Dans la relève de maltraitance, des experts mentionnent qu'il est parfois difficile de séparer

l'anecdotique, du dysfonctionnement systématique. Des inspecteurs du médecin cantonal se rendent dans les EMS une fois tous les quatre ou cinq ans en Suisse romande pour des contrôles de qualité. Ainsi, les autorités s'appuient plus sur l'autocontrôle des établissements et aussi sur des associations faitières qui fixent des normes. La professionnalisation joue un rôle important sur la qualité des soins. La personnalité du résident respectée est un critère de bientraitance pour ces experts (Le reportage ; EMS : le business de la vieillesse ? 2017).

Il est également intéressant de savoir où en est cette problématique au niveau juridique. La thèse universitaire de Céline Tritten Helbling a répertorié, pour la première fois, l'arsenal juridique pour la protection de la personne âgée victime de maltraitance au sein des institutions de soins dans les cantons romands. Il est mis en avant la possibilité aux professionnels de la santé de dénoncer aux autorités les cas de maltraitance. Cependant, les dispositions légales pertinentes sont encore méconnues et peu appliquées (La protection juridique de la personne âgée victime de maltraitance en institution, Tritten Helbling, Céline, 2013).

Dans ce chapitre, nous avons trouvés judicieux d'énumérer les interventions infirmières qui peuvent éviter la maltraitance dans le système de santé. Selon nous, il faut respecter et appliquer les principes éthiques, discuter avec la famille, évaluer nos croyances et nos limites en tant que soignant pour ne pas biaiser celles du patient, se remettre en question (auto-

évaluation), planifier, s'appuyer sur des démarches de soins, collaborer, partir des représentations et des expériences des personnes pour les accompagner dans leur processus.

2.2 Démonstration de la pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers

Le métaparadigme infirmier délimite le champ d'action infirmier. Il structure en donnant un cadre à la discipline infirmière. Ce concept se compose de 4 éléments (Fawcett : 1984, 2005) :

La personne : est un individu reconnu dans une culture, dans une famille, communauté ou par d'autres groupes participants aux soins infirmiers. Travailler étroitement avec le métaparadigme de l'être humain permet de se rappeler l'essence même de notre profession. C'est le cœur, la base de la prise en soin.

Pour ce travail, il se rattache au sens que l'on souhaite donner aux évènements. Tout n'est pas fatalité et il faut s'armer contre les prémices de la maltraitance. Il faut être au clair sur ses propres valeurs et apprendre à les consolider et à les défendre, en tant que professionnel de la santé. Il faut également y mêler l'expérience, les valeurs et les savoirs de la personne âgée afin d'évoluer au même rythme et de ne pas avoir de dissonance dans la relation soignant-soigné.

L'environnement : le métaparadigme de l'environnement se réfère aux êtres significatifs, à l'environnement physique et aux milieux où se

produisent les soins infirmiers, qui vont des maisons privées, aux établissements de soins de santé et à la société dans son ensemble. Le métaparadigme de l'environnement désigne toutes les conditions culturelles, sociales, politiques et économiques locales, régionales, nationales et mondiales qui sont associées à la santé des êtres humains.

Mobiliser le métaparadigme de l'environnement induit une vision holistique et inclut le bénéficiaire et le soignant dans un système. C'est aussi s'intéresser à la personne âgée dans son nouvel environnement qu'est l'établissement médico-social.

La santé : Le métaparadigme de la santé se réfère aux processus humains de vie ou de mort.

En s'inspirant de ce métaparadigme, nous comprenons l'importance d'un accompagnement adéquat pour une personne âgée. La mort faisant partie intégrante de notre vie et étant inéluctable peut amener la personne âgée à de nombreuses réflexions de par une proximité avec la mort. Nous entendons par là, que les décisions doivent provenir de la personne âgée et que l'infirmière se doit de soutenir ses choix en respectant sa dignité. De plus, du moment qu'une personne âgée est sujette à la maltraitance, il y aura des impacts négatifs dans la santé de la personne.

Les soins : Les mesures prises par les infirmières, en relation avec les êtres humains, émergent grâce à des objectifs et résultats d'action infirmière. Elles sont considérées comme un processus réciproque entre les patients et

les infirmières. Le processus englobe les activités qui sont souvent des interventions, des planifications, des évaluations et réévaluations des situations.

Mettre en avant le métaparadigme des soins apporte aux soignants une reconnaissance professionnelle et leur offre la possibilité d'enrichir leur rôle propre tout en leur permettant de trouver du sens à leur savoir-faire. Ce métaparadigme reflète l'importance du rôle infirmier et de ces actions dans la prévention en termes de maltraitance.

Afin de rendre notre travail plus enrichissant, nous avons mis en évidence les modes de savoirs infirmiers selon Carper, Chin & Kramer (1978, 2008, 2011 ; Milhomme, Gagnon, Lechasseur, 2014 ; White, 1995). Pour chaque mode de savoir, une question fondamentale est formulée de sorte à guider le soignant dans sa pratique réflexive :

Empirique : Ce savoir fait référence aux connaissances qui sont systématiquement organisées à travers des lois générales et des théories, afin de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes liés à la discipline infirmière (Carper, 1978). Il est lié à ce que nous voyons, touchons et entendons (Chinn & Kramer, 2011). C'est pourquoi il est maintenant reconnu que des approches de recherches qualitatives et quantitatives contribuent au développement de ce savoir (Chinn & Kramer, 2008). White (1995), explique que le savoir empirique ne se fonde pas uniquement sur une perspective

théorique et objective, mais aussi sur l'exploration et la compréhension des phénomènes.

Développer notre savoir empirique par le biais de cette thématique et des recherches réalisées, nous apportera une certaine faculté de recul de par la mise en relation de nombreux éléments.

Notre positionnement professionnel sera de ce fait plus aisément exercé et maintenu. Ce savoir induit l'anticipation qui rassure le soignant dans sa pratique afin qu'il puisse prévenir ou alors désamorcer des prémices de maltraitance grâce à ses connaissances infirmières et personnels. La question qui guide le soignant est : « qu'est-ce que c'est et comment ça marche ? ». Dans ce cas-là, nous nous intéressons à la maltraitance de la personne âgée et à d'autres éléments. Une structure se dessine dans les prises en charge et induit un fonctionnement systématique chez le professionnel.

Ethique : Carper (1978) met en avant et soutient que le savoir éthique demande la compréhension des différentes positions philosophiques de ce qui est juste et bon et de ce qui est souhaitable pour la personne. Bien qu'il soit généralement associé au cadre déontologique et à la notion d'obligation, ce savoir est en lien avec un processus créatif, conscient et raisonné, qui permet de clarifier les valeurs professionnelles, personnelles et d'explorer les alternatives lors d'une prise de décision (Chinn & Kramer, 2011). La question qui guide le soignant est : « est-ce juste et responsable ? ».

Exercer le savoir éthique, permet de mettre la personne au centre tout en mettant en avant les désirs, les valeurs et les besoins de celle-ci et de sa famille afin de favoriser la bientraitance. Une mise en évidence des valeurs de chaque intervenant et résident permet une meilleure compréhension de la situation.

Personnel : Selon Carper (1978), le savoir personnel est un des savoirs les plus difficiles à maîtriser et à enseigner. Il permet la facilitation de la connaissance, de la rencontre et de l'actualisation de soi personnel et celui des autres (Lechasseur, 2009 ; Lechasseur et al. 2011). Il représente ce que l'infirmière connaît d'elle-même (Pepin et al. 2010). Du moment qu'il est bien développé, le savoir personnel permet l'ouverture de l'infirmière aux autres et l'interaction qui émerge de la relation enrichit l'expérience (Chinn & Kramer, 2008).

Le savoir personnel soutient le soignant dans son développement. Il pallie à la routine en amenant à la réflexion qui, dans ce cas, serait penchée sur la maltraitance de la personne âgée. Il permet de déterminer ce que nous recherchons en tant que personne et professionnel en exerçant les soins infirmiers. Il est en lien avec les valeurs que nous défendons et les croyances. La question qui guide le soignant est : « est-ce que je fais ce que je sais ? Est-ce que je sais ce que je fais ? ». C'est aussi aller plus loin que la théorie en admettant et acceptant l'imprévisible.

Esthétique : Selon Carper (1978), le savoir esthétique est une appréciation profonde du sens d'une situation. C'est par les différentes situations auxquelles elle est confrontée que l'infirmière s'imprègne des situations. L'interaction et la proximité entre l'infirmière et le patient favorisent l'émergence et le développement du savoir esthétique. L'utilisation de ce savoir sous-tend la compétence en soin puisqu'il permet de reconnaître l'unicité du patient et de saisir le sens profond de la situation. Chinn et Kramer (2011) soutiennent que les habiletés liées à la pensée relationnelle, les habiletés techniques prennent nécessairement appui sur le savoir esthétique. La question qui guide le soignant est : « qu'est-ce que cela signifie ? ».

Ce savoir s'acquière par l'expérience, il est au centre même de la pratique infirmière. Il permet d'individualiser le soin tout en appliquant notre savoir, savoir-faire, savoir-être et bien plus encore. Il nous permet de donner du sens à ce qu'on fait. C'est un savoir qui nous permet également une réflexion approfondie sur notre propre prise en charge de personnes âgées vulnérables à cause des déficiences cognitives.

Emancipatoire : Afin d'enrichir la classification de Carper, White (1995) a proposé le savoir sociopolitique qui amène une vision large de la relation infirmière-personne en situant le patient au-delà du contexte de soin. À partir de la proposition de White, Chinn et Kramer (2008) suggèrent le savoir émancipatoire qui correspond à l'examen critique d'une situation de soins. Ce

savoir s'alimente des valeurs et croyances des personnes. White, Chinn et Kramer font mention de l'importance d'un savoir émancipatoire qui se définit comme étant la capacité d'identifier les injustices et d'analyser les éléments complexes en lien avec le contexte sociopolitique. Dans le cas d'une personne vulnérable, l'infirmière doit être capable d'y répondre en prenant une décision éclairée lorsqu'elle constate une injustice ou un problème quelconque. Ce savoir permet d'analyser des situations de soins afin de défendre l'équité dans les soins aux patients et leurs intérêts. La constatation d'une injustice doit faire l'objet non seulement d'une réflexion, mais aussi d'une action (Chinn & Kramer, 2011).

Déployer le savoir émancipatoire élargit la relation soignant-soigné au-delà du cadre des soins. C'est adopter un regard ouvert dans plusieurs sphères de l'individu sans pour autant être intrusif. Ceci tend vers une approche à la population en mobilisant les notions de cohésion, de partenariat, d'objectif, d'implication, etc. Cela peut orienter le lien soignant-soigné sur le même niveau et permettre davantage d'implication professionnelle en cas de maltraitance.

2.3 Réalisation d'une revue exploratoire de la littérature

Plusieurs éléments intègrent notre revue exploratoire. Nous avons tout d'abord fait une recension des écrits en recherchant sur différents sites internet des données sur la maltraitance puis, nous avons parcouru la bibliothèque à la recherche d'ouvrages à ce sujet. Nous avons remis un

questionnaire à plusieurs professionnelles de la santé notamment à une infirmière cheffe et une directrice exerçant leur profession dans un EMS, une praticienne formatrice pratiquant aux soins à domicile et une infirmière travaillant en milieu hospitalier.

Ce questionnaire nous a permis d'obtenir différents points de vue et opinions concernant la maltraitance dans le canton de Neuchâtel. L'infirmière cheffe et la directrice nous ont expliqué comment se positionner en mêlant la sphère politique aux soins bienveillants. Le but de l'entretien avec la directrice d'un EMS était d'éclaircir ce qui chapeaute et régit ces organisations et d'obtenir des points de vue de plus haut placés. La praticienne formatrice nous a permis de comprendre comment elle jongle entre le côté théorique et pratique pour se positionner. En dernier lieu, l'infirmière travaillant en milieu hospitalier a pris part à cette problématique en nous faisant bénéficier de son expérience et de ses ressentis.

Nous avons également échangé avec plusieurs étudiants des soins infirmiers de plusieurs volées de formation. Ces échanges nous ont confrontés à une certaine réalité de maltraitance.

2.3.1. Entretiens professionnels

Quelques causes pouvant amener à une maltraitance ont été abordées avec les professionnelles travaillant dans un EMS. Il est relevé que lorsqu'il y a plusieurs arrêts maladies hebdomadaires répétitifs, il est difficile d'engager des remplaçants pour causes économiques. Ce phénomène peut engendrer

une forme d'épuisement du personnel soignant et des cadres, ce qui peut tendre vers de la maltraitance. Les personnes envoyées par le chômage dans les EMS, n'ayant pas de propres motivations initiales à travailler dans ce secteur précis, sont également une source potentielle d'aboutir à de la maltraitance. La communication verbale mal adaptée du soignant et le manque de patience ont été les éléments les plus relevés.

La formation de référente PREMALPA¹ a également été abordée. Son but est de détecter et d'éviter la maltraitance, au niveau Suisse (ce n'est pas une obligation juridique de santé publique). L'infirmière qui travaille dans un EMS nous a présenté une aide-soignant référente PREMALPA. Elle explique qu'elle intervient essentiellement en colloque. Elle raconte que pour le moment, ses collègues ne viennent pas facilement à elle en cas de questionnements à ce sujet. Le fait d'avoir fait cette formation lui apporte un nouveau regard dans les soins et lui permet d'être plus alerte.

Certains énoncés de l'infirmière qui travaille dans un EMS expliquent différents moyens d'éviter la maltraitance. Lorsqu'un résident se plaint de mauvais traitement ou de maltraitance, une gestion des plaintes doit s'effectuer. C'est une procédure qui comprend 44 critères de gestion. Tous les éléments doivent être référencés afin d'avoir une traçabilité écrite des situations. En 2015, un groupe de quelques soignants du home ont réalisé

¹ « Développer des compétences pour prévenir la maltraitance en devenant référent-e capable d'améliorer la détection précoce des situations, l'aide et l'orientation aux personnes âgées. » (Fondation Charlotte Olivier, 2017).

un programme visant à éviter la maltraitance et à sensibiliser le personnel soignant. Il y a peu de temps, une grille d'auto-évaluation professionnelle dans le domaine de la maltraitance a été distribuée à chaque membre de l'équipe soignante. Cet outil personnel a pour objectif de soulever l'auto-contrôle à visée préventive.

D'autres échelles sont accessibles à tous soignants dans cet EMS et sont en lien avec l'incapacité de discernement du résident :

- Echelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Scale GDS) :
Elle est mobilisée en gériatrie comme moyen de diagnostic et de surveillance de la dépression. Parfois, dans les situations ambiguës, la dépression est sous-estimée et on a tendance à la confondre avec de l'incapacité de discernement. Il faut par conséquent être et rester vigilant à cette différenciation.
- Mini-mental state (MMS) : Ce test permet d'apprécier les fonctions cognitives globales telles que la mémoire, le calcul, l'apprentissage et l'orientation spatio-temporelle. Il est utilisé dans les suspicions de démence notamment dans le cadre de la démence de type Alzheimer.
- Montreal cognitive assesment (MOCA) : C'est un outil permettant de mettre en avant les dysfonctions cognitives légères et donc, les sujets à risque d'avoir une démence.

- Echelle pour dépister les états confusionnels/délirium (GAGNON) : Cette échelle permet de mesurer de manière précoce, des états confusionnels.

Toutes ces approches ont permis de rendre le sujet moins tabou dans ce home et d'amener une conscientisation de la problématique.

Lors de notre rencontre avec la directrice et l'infirmière cheffe d'un EMS, des éléments concernant la commission éthique de Neuchâtel ont été soulevés. Cette commission est membre de l'ANEMPA (association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées). Chaque canton romand a sa propre commission d'éthique, ce qui permet un échange enrichissant entre celle-ci. Son rôle est permanent et n'endosse pas une responsabilité décisionnelle. Elle regroupe, actuellement, un représentant des proches, un professeur d'éthique qui n'intervient qu'à la demande de la commission, deux directeurs d'EMS, une infirmière, un animateur et un aumônier. Les sujets les plus abordés découlent des sujets éthiques soulevés dans les diverses institutions de soins. La thématique actuelle se base sur le « lieu de vie », les membres de la commission se concertent afin de définir ce concept. Aujourd'hui, le fonctionnement de la plupart des établissements médico-sociaux est de type hospitalier. L'objectif sera d'amener une équipe pluridisciplinaire à faire de l'accompagnement auprès des résidents en EMS ; on ne parlera plus de vivre dans un lieu de soins mais de soigner dans un lieu de vie. Il en ressort également l'importance d'une curatelle dans le cas

où une personne est incapable de discernement (facteur de protection). Si une curatelle et/ou un représentant thérapeutique n'est pas mis en place, un réseau de professionnel se crée notamment avec une infirmière, un juge, un expert en psychologie et le résident, afin de mettre en place une curatelle adaptée. Il y aura soit la famille qui décide d'accepter d'être nommée pour la curatelle de gestion ou de portée générale. Si elle refuse ou si la personne n'a pas de famille, une curatelle de portée générale ou de gestion est mise en place. Si la personne a encore la faculté de décider de ses soins, elle pourra exercer ce droit malgré les autres mesures instaurées (comme la gestion des biens).

Dans notre questionnaire, le sujet concernant le Label Sonate a été abordé. Ce label fait émerger des avis différents de la part des professionnelles. Il en ressort que les institutions ne devraient pas se labéliser pour prouver qu'il n'y a pas de maltraitance. De plus, un côté business-financier pourrait rendre réticent les professionnelles de la santé. Cependant, le fait de se dire qu'il faudrait amener le label au sein d'une institution, fait émerger une forme de conscientisation professionnelle du risque de maltraitance. Une des professionnelles soulève qu'il est préférable d'adhérer à ce label que de s'initier dans une démarche qualité.

Pour conclure, dans toutes situations de maltraitance, il est important de respecter les droits humains et d'assurer la protection de la personne. Nous sommes parfois, en tant que soignant, confrontés à des valeurs qui nous ont

été inculquées, ce qui peut nous heurter. On en retient entre autres, qu'il faut essayer de ne pas estomper et ignorer la minorité, car c'est souvent dans la minorité que naissent les idées avant-gardistes.

2.3.2. Outils de prévention

L'association Alter ego, le label Sonate et un article paru dans l'Express, sont trois outils de notre travail qui nous ont permis de découvrir différents angles de la maltraitance.

Alter ego est une association suisse pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées. Cette association d'intérêt public à but non lucratif a été créée en 2002 par différents professionnels (de la santé et du social). Elle cherche à promouvoir la bientraitance, la dignité humaine et le respect des personnes âgées. Elle propose des formations de type PREMALPA pour la prévention de la maltraitance chez la personne âgée. La formation instruit des personnes qui pourront devenir référentes dans leur lieu d'activité respectif.

Dans le cadre théorique de l'école, nous avons eu la possibilité d'assister à la présentation de Nathalie Galli, infirmière cheffe d'un EMS, lors d'un cours portant sur « organisation et animation de formations & accompagnement dans le processus d'obtention du label Sonate. »

Le label Sonate a été créé par Nathalie Galli. En 1999, elle a rédigé un mémoire sur « comment les soignants gèrent les pulsions agressives envers les patients ? ». Le label Sonate a été mis en place en 2011. Cette année-là,

elle a créé une démarche qui donne des outils aux professionnels de la santé pour prévenir tous types de maltraitances dans les soins. Afin de mettre en place son label, elle a tout d'abord commencé par faire un état des lieux dans un home. Elle a distribué 3 questionnaires au sein de l'EMS destinés aux professionnels de la santé, aux résidents et à leurs familles. De la synthèse des réponses du questionnaire, elle a trouvé des pistes pour favoriser la bientraitance.

Le label s'adresse aujourd'hui à des résidents en EMS, mais également à des résidents dans des foyers handicaps ou dans d'autres établissements spécialisés.

Selon Nathalie Galli, quand une personne veut changer un élément au sein d'une institution, ce n'est pas que les soins qui doivent subir des modifications mais tous les professionnels. Ils doivent collaborer et se remettre en question afin d'évoluer dans leur pratique.

Nathalie Galli a formé un comité de six personnes qui permet à une institution de proposer ses idées et, par la suite, de voter en faveur ou non de l'octroi du label. Ce comité est composé d'une infirmière cheffe, d'un psychologue/ethnologue, d'un chef de la communication de l'Office fédéral des statistiques, d'une auxiliaire de santé et d'une animatrice. Le comité de l'association permet de mettre en évidence des projets oubliés. C'est la raison pour laquelle il y a une re-labélisation. Les critères de labélisation ne peuvent pas être communs car chaque institution a son propre

fonctionnement, mais les projets doivent viser l'amélioration de la collaboration, des prestations et de la bientraitance.

Selon Madame Galli, le principal facteur de risque de la maltraitance est la « routine ». Un établissement labélisé Sonate veille et assure le respect du rythme du résident. Par exemple, ils ne réveillent pas les résidents lorsque ceux-ci souhaitent dormir ou encore, ils mettent à disposition des buffets pour que les résidents puissent manger quand ils le souhaitent.

D'un article tiré du Journal L'EXPRESS, « Briser le tabou de la maltraitance » (15.09.16), il en ressort que la population ne connaît que la pointe de l'iceberg concernant ce sujet. En Suisse, la question de la maltraitance envers les personnes âgées ne s'est posée que depuis la fin des années 1990, à la suite de divers scandales dans les EMS. Il est très rare que les situations de maltraitance soient signalées à la police, à la justice ou aux centres Lavi (loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'infractions). La maltraitance intrafamiliale reste le plus souvent au sein de la famille, sans qu'il n'y ait dénonciation. Les seuls chiffres dont disposent les professionnels en Suisse romande sont ceux de la permanence d'Alter Ego, qui est une association créée en 2002 dans le canton de Vaud pour prévenir la maltraitance des personnes âgées. Voici quelques chiffres :

La maltraitance est financière dans 33% des cas, psychologique dans 27% des cas et est rarement physique. Les auteurs de ces actes sont dans 36% des cas des membres de la famille.

Dans ce sous-chapitre « outils de prévention », nous souhaitons développer le concept d'advocacy, car il détermine comment devrait être la pratique professionnelle. Cette notion est relativement récente, elle provient de la déclaration des droits des malades par l'Organisation nationale (France) des droits des malades et on peut la définir comme ;

« Le client faible, fragile et souffrant peut difficilement juger de la qualité des soins qu'il reçoit, aussi a-t-il souvent besoin de quelqu'un pour le défendre [...] Une réaction de défense en faveur du malade quand la soignante constate la pauvreté des soins dispensés dans un contexte sanitaire donné, lorsqu'elle se rend compte que les droits d'un client ont été brimés, que sa dignité n'a pas été respectée, que ses besoins essentiels n'ont pas été satisfaits, que son bien-être ou ses intérêts doivent être protégés et qu'elle en fait part aux autorités concernées [...] Etre le défenseur des personnes parmi les plus faibles de notre société, celles qui sont souvent sans voix, peut sembler aller de soi, mais la réalité n'est pas si simple.

Margot Phaneuf, inf., Ph.D. 2013

L'objectif est de respecter les finalités profondes du prendre-soin. C'est une manifestation de la fidélité de l'infirmière aux personnes dont elle s'occupe. Ce terme provient d'une philosophie de soins qui consiste à soutenir le client dans la promotion et la défense de ses intérêts et de son bien-être. C'est une sorte d'éthique de la pratique (Margot Phaneuf, inf., Ph.D. 2013).

L'advocacy joue un rôle essentiel pour aider les personnes à faire valoir leurs droits et pour mettre les instances compétentes, les ministères, ainsi que les administrations hospitalières et les professionnels de la santé, devant leur responsabilité.

Margot Phaneuf, inf., Ph.D. 2013

Il nous semble pertinent de relier l'advocacy à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) car, c'est un organisme de référence en cas de difficultés rencontrées dans notre pratique en termes de droit notamment.

Les missions principales pour le domaine de l'adulte en lien avec notre thématique, sont les représentations en cas d'incapacité de discernement et les avis de détresse.

En ce qui concerne les représentations en cas d'incapacité de discernement, dans le domaine médical, des pouvoirs légaux de représentation sont émis. L'APEA peut désigner, selon un ordre donné, les personnes habilitées à représenter la personne incapable de discernement.

Pour les avis de détresse, il s'agit d'un devoir de chacun de contacter l'APEA lorsqu'une personne semble avoir besoin d'aide.

2.3.3. Intervention infirmière

Nous avons trouvé intéressant de développer la prévention pour répondre à notre question naïve. La prévention s'insère dans le rôle de promoteur de la santé de l'infirmière. Ce dernier fait partie des sept rôles de l'infirmière inscrit dans le référentiel des compétences du PEC 12. La prévention tient une place importante dans le champ d'action infirmier. Il faut distinguer la promotion de la santé de la prévention de la maladie et des accidents ainsi, nous souhaitons nous concentrer sur la prévention de la maltraitance.

2.3.4. Incapacité de discernement

La jouissance des droits civils (composante de la capacité civile), représente les conditions du sujet d'avoir des droits et des obligations. Cette capacité civile permet d'amener des effets juridiques. Ceci est conféré de manière inconditionnelle à tout individu quel que soit son âge ou facultés psychiques, c'est-à-dire à tout être humain vivant, désigné comme personne physique. Cependant, lorsque la personne est sans capacité de discernement, elle n'a plus la possibilité de faire des actes juridiques valables ; on parle de nullité absolue.

La faculté d'agir raisonnablement fait aussi partie du droit civil. Elle est constituée de deux éléments. Le premier se réfère à la qualification intellectuelle qui est en lien avec l'aptitude d'une personne à comprendre une situation. Le deuxième porte sur la faculté de la personne d'agir librement en se fondant sur l'appréciation intellectuelle effectuée. Les impacts des diverses démences ont, tôt ou tard, des répercussions sur la capacité de discernement, tout en sachant qu'il existe des intervalles lucides qui sont présents et qui permettent à ces personnes de faire des choix, donc un individu peut être reconnu capable de discernement épisodiquement. Ce degré d'atteinte du discernement ne suffit pas pour décréter que la personne est incapable de discernement. Elle doit être abordée d'un point de vue relatif, afin de pouvoir la décrire en fonction de chaque décision. La personne peut être capable de discernement pour certains actes dit « simples » et incapable

de discernement pour d'autres actes plus compliqués, tout en sachant que la capacité de discernement dégénère jusqu'à l'incapacité de discernement générale.

Il existe des situations intermédiaires entre la pleine capacité de discernement et l'incapacité de discernement. La pleine capacité signifie que la personne a sa capacité de discernement. Elle pourra choisir un représentant légal et pourra faire tous les actes juridiques. La capacité restreinte signifie que la personne bien que capable de discernement et non interdite, ne peut effectuer seule certains actes juridiques déterminés. Il s'agit d'une perte de l'exercice des droits civils pour certains domaines seulement. Cependant, les droits exclusivement personnels, tel que le choix des habits par exemple, n'auront pas besoin de l'accord du représentant. (Céline Tritten Helbling, 2013).

2.3.5. Maladie d'Alzheimer

La question naïve incluant la notion d'incapacité de discernement, nous a amené sur une pathologie neurodégénérative qui à un certain stade amène à une incapacité de discernement. De par ce raisonnement, nos expériences et nos recherches, nous allons mettre un focus sur la maladie d'Alzheimer. De plus, nous souhaitons aborder la communication entre une personne âgée atteinte d'une démence de type Alzheimer, déclarée incapable de discernement et le soignant, toujours sous l'angle de la prévention.

2.4 Précision et répertoire des concepts retenus comme pertinent

Ce chapitre terminé, nous avons précisé la direction de notre recherche. Nous avons réorienté notre question de recherche en incluant une pathologie notamment : la démence de type Alzheimer. De par nos connaissances, nous savons que cette maladie peut amener une personne vers une incapacité de discernement causé par une dégénérescence. De plus, à travers nos expériences professionnelles, nous avons été confrontées majoritairement à des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ensuite, nous avons choisi toutes les formes de maltraitance afin d'élargir notre vision en termes de préventions et d'interventions. Les différentes formes de maltraitance ont été observées et relatées dans les écrits, ce qui enrichit notre recherche et nous semble par conséquent plus pertinent. Les diverses recherches effectuées lors de la revue exploratoire nous ont permis de mettre en évidence quatre concepts clés : la prévention, la maltraitance, la démence de type Alzheimer et l'incapacité de discernement. Ces notions seront précisées au chapitre 3. « Concepts et champs disciplinaires infirmiers ».

2.5 Perspectives et propositions pour la pratique en lien avec la problématique

De par l'augmentation exponentielle de la courbe démographique en faveur des personnes âgées, le risque de maltraitance est accru. Selon l'Office fédérale de la statistique, il existe un grand nombre de personnes âgées dans les établissements médico-sociaux. Plus de 84'000 personnes

âgées vivent dans un home, ce qui peut amener à un épuisement professionnel et tendre vers de la maltraitance (OFS ; 2015).

Selon nous, les connaissances et le niveau d'études infirmières soutiennent la prévention de la maltraitance. Nous avons trouvé un article qui appuie cette réflexion. D'après l'article « Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse », les infirmières diplômées ont une meilleure connaissance des problèmes concernant la maltraitance envers les personnes âgées, ainsi que sur les différentes lois concernant ce sujet que les infirmières auxiliaires (A. Almogue, A. Weiss, E. - L. Marcus, Y. Beloosesky; 2010)

Nous souhaiterions que le professionnel qui est en train de lire notre travail se conscientise face à cette problématique qui reste tabou. Ce travail apportera des perspectives afin de soutenir et d'aiguiller le soignant dans sa position professionnelle. Le lecteur obtiendra différents éléments décrits à ce sujet et pourra fonder sa propre opinion. Notre travail appuiera le mouvement en plongeant la personne dans une nouvelle réflexion et l'impactera dans sa pratique actuelle en l'interrogeant. En utilisant les différents outils réflexifs, la personne pourra réorienter sa philosophie de soin, son savoir, son savoir-être et son savoir-faire. L'éventuelle prise de conscience appuiera une certaine auto-détermination dans les soins. Ceci pourra déboucher sur un élan de motivation et une prise de conscience perpétuelle.

Le chapitre suivant précise les concepts pertinents en lien avec la question de recherche.

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers

Dans ce chapitre, nous allons développer les quatre concepts mis en évidence dans la problématique, afin de préciser les éléments de notre recherche. Ensuite, la philosophie et la science du caring selon Jean Watson seront appliquées pour situer notre travail dans la discipline infirmière. Ci-dessous, les concepts sont explicités et approfondis.

3.1 Définition des concepts retenus

3.1.1. Incapacité de discernement

Pour présenter le concept de l'incapacité de discernement, nous allons aborder son opposé, c'est-à-dire, la capacité de discernement.

Selon le Code Civil Suisse (Art. 16 ; 2013), la capacité de discernement est définie de la manière suivante : « toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de la déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi. »

Pour être considéré comme personne capable de discernement, il faut comprendre une situation et faire des choix délibérés, mais également agir en fonction de sa volonté. Des facteurs cognitifs sont partis intégrante des capacités psychiques déterminantes pour la capacité de discernement. Cette affirmation est controversée par des recherches qui montrent que les processus intuitifs et émotionnels ont un rôle prépondérant dans la prise de décision.

En principe, une personne majeure (plus de 18 ans) a la capacité de discernement. Elle peut consentir personnellement à tous les actes juridiques comme par exemple signer un contrat. Une personne sous tutelle peut également être capable de discernement, de même un malade psychique. Ils connaissent généralement de longues périodes où il possède le discernement. Certains majeurs ont toutefois perdu cette capacité (coma, démences) et ne peuvent pas prendre, du point de vue juridique, des décisions valables.

Les jeunes enfants (moins de dix ans) sont en général incapables de discernement. En revanche, les adolescents (plus de seize ans) sont en principe capables de discernement. Entre les deux, tout dépendra du développement de l'adolescent et de la complexité de la décision à prendre, de même pour une personne âgée. Elle peut posséder ou non la capacité de discernement suivant les conséquences potentielles face à une prise de décision.

3.1.2. Démence de type Alzheimer

Dans ce chapitre, nous développons principalement des notions physiopathologiques et décrivons les différents stades de la maladie d'Alzheimer. Une mise en lien avec la capacité de discernement est développée dans le chapitre ci-dessous.

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60 à 70 % des cas (OMS ; 2016). D'un point de vue scientifique, cette maladie est caractérisée par la mort massive et progressive des cellules dans le système nerveux central, au niveau de l'hippocampe en premier lieu et plus tard, au niveau du cortex. On observe aussi une diminution de substances chimiques (acétylcholine) nécessaires à l'échange d'informations entre les cellules cérébrales. Ce qui s'observe dans un premier temps, ce sont des troubles de la mémoire, du langage, une altération de la personnalité, ainsi que l'apparition de difficultés dans la planification et l'organisation du quotidien. L'autonomie de la personne est par conséquent atteinte (Phaneuf, 1998, 2007).

Voici les trois stades retrouvés chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Phaneuf, 1998, 2007) :

Stade initial : ce stade comporte différents symptômes, dont les défaillances de la mémoire. La personne ne mémorise pas les nouvelles informations. Elle a de la difficulté à trouver ses mots, à formuler des phrases de manière compliquée pour décrire un objet et ne finit pas toujours ses phrases. La désorientation spatiale fait également partie de ce stade, la personne ne parvient pas à se situer dans les espaces inconnus (exemple : en vacances). La désorientation temporelle amène la personne à avoir des difficultés à se souvenir de la date et de l'heure.

À ce stade, la personne est consciente de sa maladie et de ses symptômes qui peut entraîner une perte de motivation à entreprendre des activités (sur le plan intellectuel), ce qui peut l'amener à une dépression et à des peurs constantes. Le malade commence également à s'agiter (ex : déambule). Si un proche ou un soignant l'en empêche, il peut réagir avec agressivité et méfiance.

Stade modéré : À ce stade, différents symptômes sont compris, dont une mémoire de plus en plus défaillante qui amène la personne à oublier le nom de ses proches ou encore les événements récents. L'expression verbale devient difficile, elle a de la peine à parler de façon compréhensible et à comprendre ce qu'on lui dit. Les activités de la vie quotidienne simples deviennent des obstacles pour le malade, la personne a de la peine à s'habiller, se laver ou manger, nécessitant la présence constante d'un soignant pour lui venir en aide. La désorientation spatiale se manifeste dans un environnement familial. La désorientation temporelle n'intervient plus seulement au niveau de la date et du jour, mais également du mois et de la saison.

Stade avancé : au fur et à mesure de la progression de la maladie, la personne devient totalement dépendante et vulnérable. Les troubles de la mémoire sont très accentués.

Ce stade comporte plusieurs symptômes, dont la mémoire à long terme qui est touchée, la personne réagit de moins en moins à des personnes, à

des histoires ou chansons de son passé, par exemple. Le mutisme s'installe, la personne semble dire quelques mots par hasard. Une perte de contact avec le monde peut se voir, le malade ne reconnaît plus les personnes qui lui sont proches. La difficulté à se nourrir s'installe, la personne n'identifie plus les aliments, a de la peine à ouvrir la bouche, à mastiquer et à avaler, c'est pourquoi des quintes de toux peuvent également survenir, ce qu'on appelle des fausses routes en termes médicaux. Les risques de chutes sont fréquents, le malade marche lentement et sans assurance, provoquant chutes, blessures et fractures (Phaneuf, 1998, 2007).

Liens entre la maladie d'Alzheimer et l'incapacité de discernement (Association Alzheimer Suisse, 2014) :

Stade initial :

Le fait qu'un diagnostic de démence soit posé ne signifie pas que la personne n'est plus capable de discernement. La maladie d'Alzheimer est une maladie à évolution lente qui est accompagnée d'une perte croissante des facultés intellectuelles et cognitives. Donc une personne atteinte par cette maladie au stade initial est capable de discernement. De ce fait, le dépistage précoce et un diagnostic rapide donnera l'opportunité à la personne de régler des affaires personnelles (ex : directives anticipées).

Stade modéré :

A ce stade, la capacité de discernement est particulièrement compliquée à évaluer, elle doit être examinée aux cas par cas (administratif, médical, ...). Dans l'exemple d'une opération, le médecin doit s'assurer que la personne comprend les risques, le pourquoi de l'opération et les alternatives possibles. Du moment où l'incapacité de discernement est posée, il faut savoir qui peut décider pour le concerné.

Stade avancé :

A un moment donné, dans le stade avancé de la maladie, la capacité de discernement est remise en question de façon globale. De par les expériences, une personne en stade avancé, n'a plus sa capacité de discernement, du moins pour les actes juridiques. Dans le domaine médical et des soins, la question de la capacité de discernement est délicate à trancher. Car, même à ce stade la personne peut encore manifester son vouloir de façon non-verbal. Il faut en tenir compte dans la mesure du possible (ex. un refus de s'alimenter). La loi stipule clairement que la personne incapable de discernement doit être associée au processus de décision dans la mesure du possible (art. 377, al. 3 CC). (Association Alzheimer Suisse, 2014)

3.1.3. Maltraitance

Si nous reprenons toutes les définitions de ce concept, nous pouvons conclure que la maltraitance est définie comme le fait de traiter une

personne par des actes ou des comportements de violence ou de négligence qui atteint l'intégrité morale et physique d'autrui.

Selon l'ouvrage de Jean-Jacques Amyot (2015), il existe une classification internationale des multiples formes de maltraitance :

- Physique : comporte tous actes de violence physique comme les bousculades, ligotages, coups, blessures, abus sexuels, etc.
- Psychologique : tous actes verbaux qui atteints l'intégrité psychique ou morale de la personne comme des injures, des menaces, des intimidations, humiliations, etc.
- Financière : concerne toutes captations d'héritages, vols, etc.
- Médicamenteuse : comporte la surmédication, l'abus de psychotropes, la privation de médicaments, etc.
- Médicale : concerne l'acharnement thérapeutique, l'absence de recherche de consentement, non-traitement de la douleur, etc.
- Civique : c'est une maltraitance qui comprend les abus de tutelles juridiques, la privation abusive de droits liés à la citoyenneté, etc.
- Négligence active : c'est une forme de maltraitance qui porte sur le fait d'éviter d'agir, de manière intentionnelle, malgré les besoins de la personne. Elle est caractérisée par une absence volontaire d'aide, de soins, de biens matériels, etc.
- Négligence passive : c'est une maltraitance qui porte sur le fait de s'abstenir d'agir par ignorance des besoins de la personne. Elle se

manifeste sous forme d'oublis et par une détérioration des conditions de vie comme par exemple l'absence d'espaces privés, absence de règles d'hygiène et de sécurité, lieux inadaptés, etc.

La maltraitance peut également être classifiée en trois catégories (Jean-Jacques Amyot ; 2015) :

- La maltraitance aveugle : c'est une maltraitance dont les comportements et les actes sont illégaux. Le mot « aveugle » signifie que les soignants nient ou méprisent la maltraitance.
- La maltraitance de crise (ou maltraitance bruyante) : ce sont des actes ou des comportements qui ne sont pas totalement déplorables mais qui agressent ou blessent tout de même une personne. Les maltraitants sont dépassés par la situation ou par la personne. Ils sont conscients de leurs actes et de leurs comportements.
- La maltraitance paradoxale (ou maltraitance sourde) : ce type de maltraitance provient de bonnes intentions, c'est-à-dire que les professionnels de la santé souhaitent aider, protéger et/ou accompagner la personne. Cependant, en procédant ainsi, ils privent et l'empêchent de sa liberté, de se développer, de garder son autonomie, etc. Ils nient également les capacités mentales et physiques de la personne. La maltraitance est dite « sourde » car cela signifie qu'une personne ne prend pas en compte la volonté et les désirs de l'autre.

Afin de mieux traiter la problématique de notre travail, il est important de prendre connaissance des causes qui amènent une personne à induire de la maltraitance. Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016), il existe des facteurs, dans quatre niveaux étiologiques différents, qui peuvent accroître le risque de maltraitance auprès des personnes âgées : individuel, relationnel, communautaire et sociétal.

Des facteurs individuels chez le maltraitant figurent parmi les risques notamment, les troubles mentaux et physiques tout comme la consommation d'alcool et de substances psychotropes.

Des situations familiales particulières peuvent également favoriser la maltraitance comme par exemple, la rupture des liens entre les générations au sein de la famille ou encore des relations conflictuelles qui peuvent s'aggraver avec la détérioration de l'état de santé de la personne âgée. La perte d'autonomie de l'aîné devient une situation difficile à gérer pour la famille. La prise en charge devient de plus en plus lourde et les soins se complexifient, une situation peut amener la famille du sujet à avoir des comportements de négligence, voir de violence.

L'isolement social des proches aidants, l'absence de soutien social et de ressources pour payer les soins constituent un risque de maltraitance. Certaines personnes âgées se retrouvent seules et sont mises à l'écart dans la société à cause de leur état physique et/ou psychique ou suite à la perte de leurs proches.

Outre l'intérêt de mettre en évidence les différents facteurs étiologiques de la maltraitance, il est tout aussi important de connaître l'ensemble des facteurs de risque de négligence qui existent au sein des institutions (OMS, 2016). Les professionnels de la santé risquent d'exercer des comportements jugés maltraitants lorsque :

- Les normes de soins, les services de protection sociale et les établissements de soins pour les personnes âgées négligent les situations de maltraitance
- L'équipe soignante est mal formée et mal rémunérée
- Une surcharge de travail et une certaine routine persistent
- L'environnement et le matériel sont défectueux
- Les intérêts de l'institution sont pris en compte au détriment de ceux des pensionnaires.

Dans la maltraitance, la personne agit sans se culpabiliser. La personne maltraitante ne se sent pas mal à l'aise et sa vision n'est ni globale ni individualisée. À savoir, tout le monde est capable de violence dans les soins. Un soignant trop impliqué est aussi un risque de maltraiter une personne. Il y a un continuum entre la négligence/la violence et le dévouement. La prise en charge, qui se situe entre ces deux pôles, est un facteur de protection. Le dévouement, c'est la négation de soi et la violence, c'est la négation de l'autre.

La violence a encore tendance à être banalisée. L'OMS parle de la maltraitance depuis 2011. La violence est injustifiable et elle est punissable par la loi. L'Humain peut pour se protéger de sa propre finitude, mort et utiliser la chosification, c'est-à-dire, considérer la personne comme une chose, un objet pour être moins confrontée à ses propres émotions.

Il existe de nombreux indicateurs qui peuvent être signe de mauvais traitements, en EMS. A savoir le nombre de chutes, le nombre d'escarres, le nombre d'infections, le renfermement, les pleurs, le souhait de mort, le repli sur soi, la peur et le changement d'attitudes.

Dans une affaire de maltraitance, toutes les parties ont le droit d'être entendues ; victimes, agresseurs, témoin(s), institution, résidents, etc.

La présence des familles est un atout pour déceler la négligence, c'est un facteur protecteur. Une analyse doit toujours être menée au cas par cas par le biais d'un raisonnement clinique. Toute décision telle qu'elle soit, ne doit jamais être prise de manière autonome, le partage en équipe permet une confrontation. Toutes mesures de privation doivent être le fruit de transmissions dans le dossier de soins du résident sous forme de cible pour que la situation soit régulièrement réévaluée. Pour pouvoir se positionner et se défendre, il faut développer un jugement clinique.

La France recommande aux institutions de soins de rédiger une charte pour décrire les droits et les devoirs du résident (Association Famidac, 2017). Ainsi, en donnant un cadre aux différentes missions, les enjeux sont connus.

De crainte pour leur réputation, les institutions ont parfois de la peine à être transparentes et à déclarer les incidents de maltraitance. L'infirmière cheffe d'unité de soins est responsable de la qualité des soins. Elle devrait être régulièrement présente pour être au prêt de la population et connaître le réel fonctionnement de son équipe.

Une victime de violence a tendance à se sentir coupable et honteuse, en raison d'une intégration erronée d'un mode opératoire (Association Violence Que Faire, 2016). Un lien de confiance créé permet de reconnaître la maltraitance puisque la personne peut se livrer plus facilement. Ainsi, nous nous devons de questionner les résidents sur une éventuelle maltraitance. Lorsque nous sommes témoins d'actes de violence, il est important de rapidement sécuriser la personne cible. Il faut interrompre l'agresseur et lui demander de s'en aller. Ensuite, il faut reprendre avec la personne puis transmettre l'information plus haut dans la hiérarchie.

Il faut toujours se remettre en question sur ses valeurs et se demander quel regard nous portons sur la personne âgée. Il est nécessaire de rechercher la symétrie dans une relation soignant-soigné.

Les personnes les plus touchées par la maltraitance sont celles qui présentent une perte de la capacité de discernement (S. Monod., A. Sautebin, 2009). Le patient est une personne susceptible d'être vulnérable de par sa fragilité. Elle est liée à la dégénérescence physique et psychique de l'organisme. Nous devons donc protéger ces individus qui encourent de

multiples risques. Le patient a des droits au même titre que toute la population. Il existe une charte européenne sur la protection des aînés (charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée ; 2010 ; page 3) :

La dignité humaine est un droit inviolable. L'âge et la perte d'autonomie ne peuvent à eux seuls justifier des restrictions aux droits de l'homme et aux libertés civiles inaliénables reconnus par les normes internationales et consacrés dans les constitutions démocratiques. Tous les individus, indépendamment de leur sexe, de leur âge ou de leur degré de perte d'autonomie ont le droit de jouir de ces droits et libertés, et tous ont le droit de défendre leurs droits humains et civils.

Toute personne doit déclarer les situations de maltraitance ou de négligence auxquelles nous sommes témoins pour que le comportement ne perde pas dans le temps. Des codes de déontologie et d'éthique forment le cadre de la profession infirmière. La maltraitance est considérée comme une torture, c'est une souffrance induite intentionnellement ou par négligence. La constitution suisse dit que la torture est interdite. Toutes les formes de maltraitance sont donc une torture et entrent dans la constitution et ses lois (Constitution fédérale de la confédération suisse du 18 avril 1999 ; État le 1^{er} janvier 2016).

Le Code déontologique établit clairement le respect des droits humains, qui inclut le droit à la vie, à la dignité et d'être traité avec respect. Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière guide les infirmières dans leur choix de chaque jour et les soutient dans leur refus de participer à des activités en conflit avec les soins et la guérison.

L'infirmière et ses collègues ;

L'infirmière prend les mesures nécessaires pour aider et guider ses collègues à promouvoir une conduite respectueuse de règles de l'éthique.

Mettre en place, sur les lieux de travail, des systèmes permettant de faire en sorte que le personnel de santé adopte des valeurs et des comportements déontologiques professionnels communs.

Faire connaître la déontologie du personnel infirmier à d'autres professions.

Renforcer la prise de conscience des questions de déontologie dans d'autres professions.

Mettre sur pied des mécanismes de protection de l'individu, de la famille ou de la collectivité lorsque leur état de santé est mis en péril par des membres du personnel soignant.

Faire prendre conscience au personnel en phase d'apprentissage de la nécessité de protéger l'individu, la famille ou la collectivité lorsque leur état de santé est mis en péril par des membres du personnel soignant.

Elaborer des prises de position et des directives, et offrir un cadre de discussion, sur les questions liées à la protection des gens lorsque leur état de santé est mis en péril par des membres du personnel soignant.

L'infirmière et la pratique ;

Etablir des normes de soins et créer un environnement de travail qui favorise la fourniture de soins de qualité.

(Code déontologique du congrès international des infirmières pour la profession infirmière – 2012)

Pour la suite du code déontologique, nous abordons les quatre principes éthiques puisque l'éthique est au cœur de toutes les actions infirmières (Association suisse des infirmiers et des infirmières, 2016).

1. Autonomie

2. Bienfaisance

3. Non-malfaisance

4. Justice

Pour chaque situation relatée en termes de maltraitance, il faut mettre en évidence la problématique éthique. Il s'insère dans cette problématique, une recherche des alternatives, c'est-à-dire des options possibles. A savoir que l'option choisie considère les quatre principes éthiques. Les risques et les conséquences versus les bénéfices et les avantages doivent être calculés. La maltraitance n'est pas exclusivement dirigée vers les personnes âgées, mais l'âge, la dépendance, la fragilité et la vulnérabilité rendent malheureusement cette population à risque. La décision, c'est l'option choisie appuyée par une argumentation. La clarification des valeurs fait partie intégrante du processus. Ces principes constituent une obligation à la fois morale et légale. Les risques de violation des droits Humains sont plus élevés si ces principes ne sont pas pris en considération (ASI). Les valeurs éthiques entrent dans le savoir-être.

3.1.4. Prévention

Les interventions infirmières comprennent des savoirs essentiels afin de prévenir la maltraitance. Le rôle de promoteur de la santé décrit que les infirmières exerçant ce rôle s'appuient sur leur expertise et leur influence pour promouvoir la santé et le mieux-être des personnes, selon le plan d'études cadre 2012.

Quatre dimensions sont données à ce rôle :

1. Promotion de la santé
2. Education à la santé
3. Prévention
4. Qualité de vie (individu - groupe - communauté)

Quatre compétences sont décrites pour ce rôle :

1. L'engagement en faveur de la santé, de la qualité de vie et le soutien des intérêts des patients et de leurs proches
2. Participer activement à l'application des concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie.
3. S'assurer de la meilleure qualité de vie possible en encourageant les individus à utiliser de manière personnelle les outils disponibles pour promouvoir la santé et/ou pour prévenir la maladie.
4. Participer au développement de la promotion et de la prévention.

Cependant,

Aucune fonction, aucune profession n'est à même de garantir l'absence de maltraitance en ses rangs ou dans son environnement. Tous les professionnels participent à ce mal et tentent de lutter contre ce mal. La prévention ne fonctionnera que si chacun, dans sa fonction, prend conscience justement qu'il n'est qu'un rouage de dysfonctionnement plus vastes qui engagent l'organisation dans son ensemble

(Jean-Jacques Amyot, 2015, p.61).

Les actions en termes de prévention de la maltraitance sont classées dans un triptyque, selon Amyot :

- Niveau primaire : éviter. Informer sur les risques pour pallier à la survenue de la maltraitance.
- Niveau secondaire : dépister. Réaliser un diagnostic, souligner certaines anomalies et élaborer des actions pour parfaire à l'évolution de la maltraitance.
- Niveau tertiaire : pallier. Intervenir sur les conséquences négatives de la maltraitance car cette dernière a été objectivée.

La phase initiale (Amyot, 2015) de la prévention est la prise de conscience des mentalités. Les maltraitements sont sournoises et souvent invisibles.

Un moyen de prévention à lui-même ne peut pas garantir la disparition de la maltraitance. Cependant, les connaissances de ce sujet, nous permettent de réduire l'amplitude et de travailler sur les points décrits précédemment.

Il n'est pas nécessaire de signer sermon sur tous les risques encourus pour éviter la maltraitance. Il est nécessaire d'avoir un esprit d'ouverture et de se conscientiser en réfléchissant à sa pratique.

L'ancrage, selon l'auteur Jean-Jacques Amyot, est dans la protection de l'intégrité, l'intimité, la santé, la sécurité et le bien-être des personnes. Placer

la personne âgée au centre d'un système permet avec à l'appui le consentement du résident, le respect du projet de soin.

Voici des moyens donnés pour prévenir la maltraitance (Amyot, 2015) :

- Mise en place d'un projet d'accompagnement et élaborer un projet de vie.
- Instaurer un espace de réflexion et d'écoute au sein des équipes.
- Favoriser la formation, la participation.

Le concept de la prévention est ainsi une intervention infirmière qui est un vecteur pour sensibiliser les soignants et tout autre individu à la maltraitance dans les soins. Nous souhaitons approfondir les actions de prévention, car la maltraitance peut survenir à tous niveaux.

3.2 Cadre théorique : théorie de Jean Watson

Les théories infirmières aident à comprendre l'étendue du rôle professionnel, à trouver et maintenir une posture professionnelle (entre la théorie et la pratique), à avoir des connaissances sur les contenus théoriques de la discipline, à donner un panel large de tout ce qui a été entrepris et écrit dans la discipline et à approfondir des concepts.

Le cadre théorique choisi est la théorie infirmière de Jean Watson. Dans ce chapitre, nous allons présenter la philosophie de la science du caring selon Watson et démontrer en quoi cette dernière aide à éclairer le sujet de la maltraitance dans les soins et comment elle offre des éléments de réponse à notre question de recherche.

3.2.1. Présentation de Jean Watson

Madame Watson est née en 1940 aux Etats-Unis (Virginie) et a obtenu son diplôme en soins infirmiers en 1961 puis son doctorat en psychologie de l'éducation et counseling (conseil) en 1973. Elle est aujourd'hui professeure émérite de soins infirmiers et directrice du Center for Human Caring (fondatrice) à l'université des Sciences de la Santé à Denver dans l'état du Colorado (Etats-Unis) où elle est titulaire de la chaire Murchinson Scoville depuis 1999. Madame Watson est la plus grande théoricienne du caring. Elle a publié de nombreux travaux de réflexion décrivant sa théorie du Human Caring qui permettent aux infirmières d'humaniser leurs soins.

3.2.2. Historique et évolution de la théorie de Jean Watson

Madame Watson a élaboré sa théorie entre 1975 et 1979. C'est un modèle philosophique ; Le Caring Model. Ses objectifs étaient de rendre visible et explicite les valeurs et les connaissances de la pratique infirmière, de donner du sens aux soins infirmiers et de déterminer ses particularités (Watson, Waingnier, Caas, & Bonnet, 1998 ; Watson, 2008).

3.2.3. Ancrage disciplinaire de la théorie de Jean Watson

C'est une théorie à large spectre (Fawcett, 2005) qui s'insère dans le paradigme de la transformation (Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991). Elle fait partie de l'Ecole du Caring-devenant (Meleis, 2012) et à un niveau d'abstraction élevé sur l'échelle de Fawcett (Fawcett, 2005.).

La personne est un être vivant en développement qui possède trois sphères inter reliées, le corps, l'âme et l'esprit (Watson, 2007).

3.2.4. Contenu de la théorie de Jean Watson

Le caring signifie prendre soin, s'occuper de, se préoccuper de. Ce concept favorise le développement et la croissance de l'autre.

Selon Madame Watson, le caring est :

- Une caractéristique humaine : Ce concept est humain et nous compose. Tout être humain a du « caring ». Depuis le début de l'humanité, les personnes se préoccupent des autres notamment, de leur progéniture. Elles se soucient spontanément de ceux qu'elles aiment, c'est un mouvement inné.
- Un impératif moral, un idéal : Ce concept est relié au sens éthique. Il se base sur la préoccupation de l'autre et est considéré comme un devoir, une obligation. La bienveillance est un phénomène éthique et donc se rattache au caring et au respect de la dignité humaine.
- Un affect : Le caring est ressenti. Par exemple, il suffit de quelques paroles pour apaiser la personne.
- Une relation interpersonnelle infirmière-bénéficiaire de soins
- Une intervention thérapeutique

Il existe plusieurs facteurs qui ont des impacts sur la perception du caring notamment, la familiarité avec la théorie de J. Watson, le niveau d'études, les années d'expérience et le fait de travailler à l'hôpital. Les infirmières qui

ont suivie une formation avec la théorie de J. Watson, éprouvent un meilleur sentiment d'efficacité vis-à-vis des soins et une moins grande détresse liée aux problèmes du patient.

3.2.5. Fondamentaux philosophiques de la théorie

J. Watson affirme que tous les individus de la terre sont reliés à un phénomène qui les dépasse appelé champ environnemental. Ce champ environnemental comprend l'essentiel de ce que nous sommes c'est-à-dire l'amour cosmique-énergétique. Ce champ constitue une énergie, la source de vie. Dans ce champ, il existe également tous les mystères de la vie, toutes les questions philosophiques et existentielles que les humains se posent : « pourquoi est-ce que l'on vit ? Pourquoi est-ce que l'on décède ? Qu'est-ce qu'il y a après la mort ? Etc. ». Nous serions donc tous identiques, similaires si nous étions uniquement reliés au champ environnemental.

Cependant, chaque individu forme un champ unique appelé champ phénoménal (selon J. Watson). Chacun d'entre nous forme un champ spécifique (phénoménal) qui est relié au champ environnemental. Le champ phénoménal est donc propre à chacun. Il faut ainsi reconnaître que chaque individu est un être unique avec ses propres valeurs.

La posture et le champ philosophique ont une influence sur la pratique. J. Watson dit avoir une vision unitaire de l'être humain qui est vu comme unique, dont le propre soi est précieux, a de la valeur et qui doit être soigné, respecté, soutenu, encouragé, compris et aidé. De manière générale, un

point de vue philosophique de la personne comme un tout en respectant l'unité entre l'âme, le corps et l'esprit en continuité avec le champ environnemental, la planète terre, le champ infini de la vie.

Pour J. Watson, le caring et l'amour sont liés. La relation entre l'amour et le caring crée un alignement ouvert et donne un accès au healing (bien être, réconfort) profond pour soi et pour les autres. Alors que la santé peut être considérée comme représentant un niveau de conscience en expansion, l'amour est le plus haut niveau de conscience et la plus grande source de healing. Ce lien entre l'amour comme une source de healing se prolonge du soi individuel à la nature et à l'univers qui se déroule, évolue sans cesse.

3.2.6. Principaux concepts de la théorie

Les différents concepts aident à travailler dans la perspective philosophique et scientifique du caring. Afin de travailler dans une perspective de caring, J. Watson a défini 10 facteurs caratifs :

1. Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste :

L'infirmière doit travailler dans une perspective qui consiste à mettre l'humain au centre de la prise en charge. Elle doit pratiquer des soins en ayant de l'affection, de la gentillesse, de la bonté et de la sérénité envers soi et les autres.

2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir :

L'infirmière doit être présente de manière authentique. Elle doit être consciente de ses propres valeurs et croyances ainsi que de celles des

autres, afin de les soutenir. Ceci permettra de donner de l'espoir et la foi.

3. La culture et la sensibilité à soi et aux autres :

L'infirmière doit se connaître elle-même avant d'aider les autres. Elle doit réfléchir à ses valeurs, à sa spiritualité, à ses croyances et à ses comportements et prendre en compte ses émotions.

4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance :

Il faut développer et soutenir une relation de soins d'aide et de confiance.

5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs :

L'infirmière doit se mettre dans une posture afin d'encourager l'expression des sentiments positifs et négatifs tout en étant relié à sa spiritualité et à celle de la personne soignée. Elle doit affronter la situation malgré ses sentiments et émotions positives et négatives.

6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision :

L'infirmière doit être capable d'utiliser sa créativité et toutes ses connaissances comme partie intégrante du processus de caring (ex : médecine alternative, art-thérapie, etc.).

7. La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel :

Le professionnel de santé doit s'engager dans des expériences d'apprentissage-enseignement c'est-à-dire de mener de la promotion et

de la prévention auprès de la personne soignée. Ceci consiste à se préoccuper de l'unité de l'individu en gardant à l'esprit que la personne est singulière.

8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et / ou de correction : L'infirmière doit créer un environnement de healing dans tous les niveaux ; physique, psychique, social, culturel.

9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains :

Il faut que l'infirmière prodigue des actes de soins en considérant les besoins fondamentaux de l'être humain.

10. La prise en compte de facteurs existentiels phénoménologiques :

L'idée est de savoir ce que l'individu pense. L'infirmière ne doit pas juger ce que pense la personne. Elle doit s'ouvrir et porter attention au domaine spirituel, aux mystères, aux inconnus existentiels de la vie et de la mort.

La relation de caring (transpersonnal caring) intervient lorsque l'infirmière est capable de se lier à l'esprit de l'autre. Elle doit essayer, dans le caring interpersonnel, de se lier à l'âme, au corps et à l'esprit des individus. Cela permet à l'individu de libérer ses sentiments et ses émotions. C'est une approche proposée pour atteindre la connectivité dans laquelle l'infirmière et le patient changent ensemble (Raile Aligood, p.52, 2010).

Le moment de caring (caring moment) est le moment où le lien se crée entre deux individus. Cela potentialise l'harmonie de la relation authentique,

la confiance, la santé et peut libérer l'énergie bloquée qui peut interférer avec le processus de guérison.

3.2.7. Mise en lien avec notre thématique

Comme signalé précédemment, la maltraitance est un problème éthique car elle affecte les droits fondamentaux de l'Homme (Dong, 2015.). Ce cadre théorique se voit adapté par rapport à notre problématique, car il promeut la bientraitance, l'équilibre, l'harmonie dans les trois sphères (corps, âme et esprit) et la reconnaissance de l'autre. Un volet de prévention, est mis en avant, par le biais d'un facteur caratif ainsi, cette dimension a toute son importance dans la maltraitance. La théorie de J. Watson s'applique à la problématique définie, car le caring va totalement à l'encontre de la maltraitance. En effet, ce qui est recherché c'est l'acceptation inconditionnelle de l'autre actuel et de son histoire. L'application des concepts du caring permettrait ainsi d'éviter tout acte maltraitant ou alors, de les reconnaître et d'y en donner suite.

Des études de caring devraient être régulièrement entreprises au sein des EMS afin de déterminer l'efficacité et la perception du caring, auprès des professionnels et des résidents. L'infirmière, en prenant conscience, en soutenant, en développant davantage le caring tout au long de son processus de professionnalisation, serait plus dans une perspective caring et serait moins à risque d'être maltraitante. Si une personne a eu un comportement maltraitant, il est primordial de lui demander pourquoi elle a

eu cette réaction à visée de prise de conscience. L'identité personnelle et les valeurs bien définies permettent d'éviter la maltraitance. Les infirmières qui travaillent avec le caring ont une plus grande satisfaction et la probabilité de maltraitance est moindre.

La méthodologie déployée pour trouver des articles probants est décrite ci-après.

Chapitre 4 : Méthode

4.1 Utilisation de la méthode PICOT

Notre interrogation naïve est large et nous permet ainsi d'émettre des hypothèses. Nous pourrions par la continuité du travail et un certain recul, valider ou réfuter ces dernières dans la rubrique des résultats. Notre question naïve est la suivante : « comment favoriser la bientraitance en EMS pour des patients sans capacité de discernement ? »

Suite aux recherches consacrées à la revue exploratoire, nous avons pu questionner et modifier la question naïve afin d'aboutir à une question de recherche.

Notre question est le point de départ de notre recherche. Pour ce faire, nous nous sommes référées à la méthode de formulation « PICOT » (Melnyk & al., 2013). Ces différents critères nous ont permis de faire émerger des mots-clés notamment :

P	Personnes âgées incapable de discernement ; maladie d'Alzheimer
I	Prévention
C	Contexte : Etablissement médico-social
O	Prévenir la maltraitance
T	¹

¹ Dans notre question de recherche, le temps (T) n'est pas pris en considération.

4.2 Elaboration de la question de recherche et du type de question

« En termes de prévention, quelles interventions infirmières entreprendre pour pallier aux multiples formes de la maltraitance des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer avec une incapacité de discernement en établissement médico-social ? »

Notre question de recherche se classe dans l'inspiration des circonstances cliniques de type « intervention ». Nous recherchons et étudions, la relation de cause à effet entre la prévention et la maltraitance auprès de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ensuite, nous allons établir une recherche d'articles scientifiques sur la base de notre question de recherche.

4.3 Critères de sélection des articles

Tout d'abord, nous avons procédé de la manière suivante :

Une fois le tableau PICOT complété, nous nous sommes rendues en premier lieu sur le site internet « Grand dictionnaire terminologique », afin de traduire les mots-clés en anglais. Ce lien a pour avantage de trouver des termes pertinents, précis et proches du mot initial. Nous veillions à préciser le domaine souhaité avant de lancer toutes recherches. Nous intervertissions également les langues d'interrogation entre le français et l'anglais pour obtenir un plus grand nombre de résultats. Les mots-clés traduits en anglais nous ont permis de construire une démarche d'interrogation pour les bases de données. Une fois les mots clés traduits en anglais, ils ont été convertis

en fonction des descripteurs, MESH et OVID, afin d'approfondir et cibler notre recherche.

Les descripteurs MeSH (*Medical Subject Headings*) sont des descripteurs médicaux qui font partie du thesaurus de la banque de données bibliographique de Medline, donc Pubmed (NCBI, 2015).

Le descripteur OVID est un système de recherche permettant l'interrogation de différentes bases de données bibliographiques à l'aide d'une même interface et fournit un accès à plusieurs bases de données spécialisées (Medline, PsycINFO, CINAHL, BIOSIS, EBM) dans diverses disciplines (économie, religion, médecine, psychiatrie, biologie, biochimie, soins infirmiers, etc.). (Gaillard Sylviane, 2006). Nous avons créé un tableau représentant la traduction des mots de français à anglais et la retranscription de ceux-ci selon les descripteurs MeSH et OVID¹. Certains mots clés anglais n'avaient pas de correspondance dans les descripteurs MeSH et OVID, ce qui nous a amenés à reprendre la traduction première, selon le grand dictionnaire terminologique.

Afin de trouver des bases de données correspondant aux descripteurs MeSH et OVID, le site www.swissuniversities.ch a été consulté. Pour la recherche de littérature, l'utilisation des opérateurs AND, OR, AND/OR ont permis de construire des équations de bases et d'associer les mots-clés entre eux.

¹ En annexe, voir appendice numéro 2 (tableau).

Des filtres pour la recherches d'articles ont été utilisés afin d'affiner et réduire le nombre d'articles trouvés: 10 years, all journals, prevention, aged 65 +. Ces filtres sont repris dans chaque base de données.

4.4 Description de la stratégie des articles retenus

Des critères d'inclusion et des critères d'exclusion nous ont permis de sélectionner un quota d'articles. Les critères d'inclusion imposés sont : la date de parution de l'article (accepté avec une ancienneté de dix ans ou moins), la structure méthodologique de l'article (doit contenir une introduction, une méthodologie, des résultats et une partie de discussion), l'impact factor (doit être égal ou supérieur à 1,5), le niveau de preuve hiérarchique (doit être de 1 ou de 2). Les critères personnels applicables à notre recherche sont : les personnes âgées établies en insitution médico-sociale, présentant une démence de type Alzheimer et exposées à la maltraitance ou avérées maltraitées. En revanche, nous avons gardé une certaine souplesse à ces critères d'inclusion, en fonction du contenu et de la pertinence des écrits, pour répondre à notre question de recherche.

L'année de parution des articles permet de sélectionner des données récentes et actuelles, en lien avec notre question de recherche. La Grille de Fortin (Fortin, 2010), nous a permis de travailler sur le critère de la méthodologie. L'impact factor du journal dans lequel l'article a été publié est un indicateur de notoriété, des revues les plus couramment utilisées. Ceci afin d'évaluer la performance de la revue scientifique (Mennecier, 2017). Le

niveau de preuve hiérarchique, démontre la capacité de l'étude à répondre à la question posée. Il doit être de 1 ou 2, ce qui correspond pour le niveau 1 à des essais comparatifs randomisés de forte puissance, à des métaanalyses d'essais comparatifs randomisés, des analyses de décision basées sur des études bien menées. Pour le niveau 2, on retrouve des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées et des études cohortes (Taytard, 2004).

Un tableau représentant nos recherches d'articles selon les deux descripteurs MeSH et OVID, les critères d'exclusion et le nombre d'articles retenus a été créé.

Suite à nos recherches d'articles selon ces 3 critères d'exclusion, nous avons décidé de garder 5 articles non conformes à ces critères. Nous les avons trouvés pertinents pour les mobiliser autour de notre question de recherche. Finalement, nous avons retenu 15 articles au total qui nous permettront de faire une analyse et conclusion des résultats.

4.5 Analyse des articles avec la grille de Fortin (2010) adaptée

A noter que tous les articles retenus et analysés avec la grille de Fortin se trouvent en annexe.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion

Dans ce chapitre, nous exposons la synthèse des résultats des quinze articles analysés selon la grille de Fortin. Pour ce faire, nous résumons chaque article afin d'avoir une compréhension et une vision générale. A savoir que la chronologie des articles présentés ci-dessous représente l'ordre de traduction et non pas un degré d'importance pour notre travail. Ensuite, le développement des résultats est mis en lien avec notre question de recherche, c'est-à-dire, de présenter les types d'interventions les plus efficaces en termes de prévention pour pallier aux différentes formes de maltraitance à l'encontre des personnes âgées institutionnalisées souffrant de démence de type Alzheimer. Nous terminons par mentionner des perspectives ainsi que des propositions pour la pratique.

5.1 Synthèse des résultats des articles

Dans ce sous-chapitre, nous guidons notre analyse des résultats en nous basant sur une trame de lecture qui comporte ; le titre, les auteurs, le niveau de preuve hiérarchique, le résumé, les résultats et la discussion. Cette démarche apporte une équité entre chaque résumé d'article et permet de procéder à des comparaisons.

Article n°1 Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes : The Effect of Work Stressors and Burnout

Cohen, Shinan-Altman (2009), ont fait une étude à essais contrôlés randomisés. L'objectif est d'évaluer les attitudes des aides-soignantes qui ont eu des comportements abusifs envers les personnes âgées, ainsi que de faire

des liens avec des variables démographiques. Les facteurs de stress liés au travail dans un EMS sont également mis en liens avec les attitudes maltraitantes. Pour répondre à l'étude, 208 aides-soignantes dans 18 EMS différents en Israël, ont répondu à des questionnaires concernant le stress au travail, le burnout et à des vignettes de cas pour évaluer les éventuelles attitudes maltraitantes. Les résultats de la recherche montrent que le score moyen des attitudes maltraitantes, sur une échelle de 1 à 4, était de 3,24. Les attitudes maltraitantes ne sont pas associées au niveau de formation, mais au faible revenu, au manque de reconnaissance, au stress au travail, à la surcharge de travail et au burnout. En conclusion, les auteurs affirment que plus il y a un manque de reconnaissance de la profession, une surcharge de travail, un épuisement physique et un revenu bas, plus les soignants sont susceptibles d'avoir des comportements maltraitants. Plusieurs conclusions peuvent être tirées pour les politiques et les futures pratiques. Tout d'abord, la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées dans les EMS doit commencer par l'amélioration des conditions de travail notamment, d'augmenter le nombre de personnel, de soutenir les employés et d'augmenter le salaire. Des efforts doivent être effectués pour éviter le burnout, étant donné qu'il s'agit d'un facteur de risque significatif aux attitudes maltraitantes.

Article n°2 Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies

Dans cette revue de littérature, Burnes, Lachs, Pillermer, Riffin (2015) fournissent une vue d'ensemble de questions concernant la maltraitance envers les personnes âgées avec un accent sur la prévention. La revue a identifié 5 stratégies prometteuses pour la prévention : l'enseignement et des groupes d'entraide pour les professionnels, les programmes de gestion d'argent pour les personnes âgées, les lignes d'assistance pour les victimes d'abus, des dispositifs d'abris de secours en cas d'urgence et pour finir, une intervention auprès des équipes pluridisciplinaires permet de prévenir la maltraitance. Dans tous les pays, une prévention efficace d'abus des personnes âgées exige la coordination des services publics disponibles (juridiques, médicaux, etc.). En guise de discussion, les résultats mettent en évidence un consensus croissant à travers des études quant à la mesure et aux causes de maltraitance des personnes âgées. C'est un besoin de faire des efforts au niveau de programmes de prévention concernant la maltraitance.

Article n°3 Verbal Mistreatment in Older Adults: A Look at Persons with Alzheimer's Disease and Their Caregivers in the State of Florida

Dans cette étude contrôlée randomisée, Paveza et Vande Weerd (2008), ont pour objectif d'examiner la maltraitance verbale des caregivers (soignants, proches-aidants) auprès des personnes âgées atteintes de la

maladie d'Alzheimer, en utilisant le modèle de risque et de vulnérabilité pour identifier les facteurs associés à ce type de maltraitance. Les sujets ont été sélectionnés dans 5 cliniques spécialisées dans les troubles de la mémoire et ainsi qu'auprès d'associations de la maladie d'Alzheimer, à Orlando et Miami. Les personnes sélectionnées ont répondu à des entretiens à domicile. Les critères d'inclusion pour répondre à l'étude ont exigé que les personnes âgées aient 60 ans ou plus et qu'elles soient atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi que le score de Mini Mental State (MMS) devait être égal ou supérieur à 16. Des caregivers ont été également sélectionnés et devaient répondre à des critères spécifiques. Au total, 274 caregivers et 76 personnes âgées ont participé à l'étude. La majorité des caregivers fournissaient des soins avec plus de 11 symptômes de démence (74,5%). 82% des soignants ont signalé des symptômes dépressifs. Les caregivers ayant un statut cognitif altéré, des symptômes psychiatriques ou de dépression étaient deux fois plus susceptibles d'être verbalement agressifs envers les personnes âgées. Une interaction significative a été trouvée entre le taux de dépression chez les caregivers et les symptômes de démence chez les personnes âgées, ainsi qu'entre les symptômes psychiatriques et dépressifs des caregivers et le risque de maltraitance verbale. Les caregivers, souffrant de dépression et de symptômes psychiatriques, qui s'occupaient de personnes âgées avec des symptômes de démences élevés, étaient plus susceptibles d'utiliser l'agression verbale. Cette recherche a révélé que la déficience cognitive amène à une maltraitance verbale. Le fait d'avoir moins de symptômes de

démence semble être protecteur contre les abus verbaux. La dépression chez les caregivers a également été liée à la maltraitance. Cette recherche met en évidence la nécessité d'interventions notamment, envers les personnes qui souffrent d'abus verbaux. Il est important que les professionnels de la santé dépistent précocement auprès des caregivers et des personnes âgées, les symptômes psychiatriques, l'altération de l'état cognitif, les symptômes de démence et dépression ainsi que la déficience fonctionnelle.

Article n°4 Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse

Almogue, Beloosesky, Marcus et Weiss (2009), ont évalué et comparé les connaissances et les attitudes des médecins et des infirmières en termes de maltraitance envers les personnes âgées, en élaborant une étude descriptive comparative. Les participants à cette étude, soit 100 infirmières et 57 médecins travaillant dans des hôpitaux publics et dans des EMS, ont répondu à 3 questionnaires concernant les connaissances et les lois en termes de maltraitance et sur leurs attitudes. Les résultats de la recherche montrent qu'aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne les connaissances et les attitudes entre les médecins et les infirmières cependant, celles-ci sont insuffisantes et un manque de connaissances a été relevé auprès des aides-soignantes. De plus, un manque de connaissances concernant les lois en cas de maltraitance a été enregistré, auprès de tous les professionnels de la santé. Le personnel soignant qui

travaille dans les EMS a de meilleures attitudes envers les personnes âgées que les professionnels qui exercent dans les hôpitaux publics. Cette recherche démontre la nécessité de prendre des mesures plus efficaces pour améliorer les connaissances du personnel soignant en matière de maltraitance envers les personnes âgées et de l'encourager à être plus impliqué à ce sujet.

Article n°5 Emerging Innovations, Best Practices, and Evidence-Based Practices in Elder Abuse and Neglect: a Review of Recent Developments in the Field

Dans cette revue systématique de littérature, Browne et Moore (2016), identifient et décrivent un certain nombre de pratiques novatrices, les meilleurs pratiques et celles fondées sur la pratique, des modèles et des programmes qui permettent de protéger les personnes âgées de la maltraitance. Huit outils d'évaluation et d'atténuation des risques ont été identifiés et sont utilisés pour examiner les situations actuelles de la victime, déterminer si la victime est à risque d'abus et ils permettent de décider quelles actions peuvent être prises pour diminuer ce risque. Ces outils peuvent être utilisés pour informer les professionnels d'un besoin de faire recours à la protection des adultes et à déterminer s'il y a lieu d'intervention. De ce fait, des instruments d'évaluation des risques multiples chez la victime et les auteurs des abus pour le dépistage et le diagnostic ont été créés. Ils permettent également la catégorisation des individus en groupe à faible

risque, risque modéré et risque élevé de mauvais traitement, afin de pouvoir davantage se centrer sur les cas à risque élevé. Au niveau de l'éducation des professionnels en milieu communautaire, des chercheurs ont trouvé des différences statistiquement significatives entre le groupe d'intervention qui a reçu des séances d'éducation par rapport au groupe témoin. Les résultats sont une augmentation de la prise de conscience du processus de déclaration, de connaissance, la sensibilisation à l'abus des personnes âgées, la connaissance du mandat, des signes, des symptômes d'abus et de négligence. Concernant les meilleures pratiques, deux études ont mesuré l'impact des programmes de formation des aides-soignantes autour de la gestion de conflits et de la connaissance sur la maltraitance des personnes âgées. Les hotlines sont des pratiques émergentes qui tendent à éliminer des obstacles et visant à la prévention des abus. Dans l'ensemble, ces projets mettent l'accent sur l'éducation et la formation, ainsi que sur la collaboration interdisciplinaire, encourageant une coordination accrue dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées

Article n°6 Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice

Dong (2015), a réalisé une revue systématique. L'étude de Dong souligne l'épidémiologie mondiale de la maltraitance des personnes âgées en termes de prévalence, de facteurs de risque et de conséquences. Cette étude couvre les lacunes majeures qui existent, dans les domaines de la recherche et de la politique au sujet de la maltraitance. L'auteur a constaté que divers facteurs

de risque étaient associés à la violence envers les personnes âgées notamment, les troubles cognitifs et physiques ainsi que la détresse psychosociale (isolement social). L'évaluation du bien-être physique, cognitif et psycho-social des professionnels est aussi importante, pour comprendre les facteurs de risque associés à la maltraitance. Pour l'auteur, des programmes de dépistage et d'intervention devraient être instaurés dans les EMS. Les différents auteurs recommandent de préserver et de protéger les droits de l'Homme des personnes âgées.

Article n°7 Most Successful Intervention Strategies for Abuses Older Adults

Nahmiash, Reis (2008), ont mené une étude s'intitulant « Projet CARE », comprenant des plans d'interventions (selon 83 cas étudiés) et des stratégies (473 stratégies analysées), dans une méthode qualitative. Les stratégies sont conçues pour former les soignants sur la maltraitance des personnes âgées. Des stratégies se trouvent dans les soins infirmiers et médicaux et dans l'économie domestique (aide au ménage, aux courses, etc.). Des stratégies pour l'autonomisation, les groupes de soutien, d'informations sur les droits, les ressources et les bénévoles sont également mises en évidence. Au niveau communautaire, les programmes et les activités proposés sont ceux avec le moins de succès. Pour les agresseurs, les stratégies les plus réussies et acceptées sont des conseils individuels de soutien pour réduire l'anxiété, le stress et la dépression, sous forme d'éducation et de formation. Les recherches évoquent donc l'importance de se consacrer également aux

agresseurs, par le biais de stratégies et d'interventions. Pour les personnes âgées abusées, les services de soins à domicile avec l'aide des bénévoles et des groupes de soutien, peuvent offrir le soutien nécessaire, pour sortir les personnes des situations de maltraitance.

Article n°8 Prevention of Elder Mistreatment in Nursing Homes: Competencies for Direct-Care Staff

Dans ces essais contrôlés randomisés, Cornman, DeHart, Webb (2009), ont voulu identifier les compétences nécessaires pour la formation des aides-soignantes, afin de prévenir la maltraitance. Les auteurs ont utilisé des questionnaires qualitatifs et les ont remis au personnel soignant d'EMS, afin d'identifier leur degré de besoin de formation, pour prévenir la maltraitance. L'échantillonnage de l'étude comprend différents types de professionnels. Les auteurs ont également pris en compte certains facteurs comme les années d'expériences, le lieu de travail et le type d'établissement. Suite à la recherche, 19 compétences essentielles à la formation d'aide-soignante, ont été identifiées pour éviter la maltraitance. Celles-ci seront développées dans la discussion. En conclusion, la plupart des cas de maltraitance résulte d'un mal entendu, d'une surcharge de travail et d'un manque de connaissances et de compétences. Construire des relations avec les résidents doit être une priorité absolue pour le personnel soignant. Si le personnel soignant partageait des valeurs fondamentales proches, il serait en mesure de créer des relations avec les résidents et il pourrait voir au-delà de la série de

tâches à accomplir. Les soignants devraient considérer les résidents comme des êtres humains individuels, qui méritent du respect et des soins. Un environnement favorable est également essentiel pour prévenir la maltraitance. La frustration et le sentiment d'être submergé sont pourtant des sentiments communs au personnel soignant. Le soutien des collègues et des supérieurs, une bonne communication et le travail d'équipe peuvent aider à atténuer ces effets et sentiments négatifs et créer un environnement plus sûr pour les résidents.

Article n°9 Interventions for preventing abuse in the elderly (Review)

L'étude de cas de Baker, Choo, Hairi, Francis, Othman (2016), se réfère à plusieurs essais contrôlés randomisés et a pour objectif premier d'évaluer des programmes d'intervention primaire, secondaire et tertiaire, utilisés pour prévenir ou réduire la maltraitance envers les personnes âgées dans leur propre foyer ou dans les contextes de soins. Le second objectif est d'étudier si les interventions sont modifiées, ajustées, selon : le type d'abus, la population, l'établissement ou le statut cognitif des personnes âgées. Les auteurs ne peuvent pas affirmer si des interventions réduisent l'apparition ou la récurrence de la maltraitance envers la personne âgée, en raison de la variation des paramètres des mesures et des effets rapportés dans les études incluses (risque élevé de biais). Il est incertain si les interventions ciblées en matière d'éducation amélioreraient les connaissances des professionnels de la santé, même si elles peuvent renforcer la détection

d'abus. L'intervention sur l'éducation publique et les services de soutien destinés aux victimes peut également améliorer le taux de déclaration. En conclusion, toutes les recherches futures devraient inclure une composante d'analyse coût-efficacité et des considérations d'équité des interventions spécifiques à l'étude.

Article n°10 Elder Abuse in Nursing Homes: An Ecological Perspective

Barboza, Griffore, Oehmke, Post, Schiamberg, Von Heydrich, Weatherill, Zhang (2011), ont proposé, à partir d'études antérieures, un modèle écologique pour une meilleure compréhension des facteurs de risque associés à la maltraitance chez les personnes âgées. Ce dernier permet également la compréhension de l'interaction entre les caractéristiques individuelles et personnelles ainsi que les facteurs contextuels qui favorisent les abus dans les institutions. L'objectif principal de la perspective écologique de la maltraitance institutionnelle envers les personnes âgées est la relation dynamique des participants dans leur contexte. À son tour, ce contexte a plusieurs niveaux qui comprend diverses caractéristiques (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Article n°11 The Abuse Intervention Model: A Pragmatic Approach to Intervention for Elder Mistreatment

Burnight, Gironde, Moore, Mosqueda, Olsen et Robinson (2016), présentent un nouveau modèle pour examiner les relations multidimensionnelles et complexes en lien avec les facteurs de risque de

maltraitance. En amont, ils ont identifié les relations interpersonnelles, socioculturelles et les théories multisystémiques. Les facteurs de risques ont été identifiés à partir d'une combinaison de littérature sur la maltraitance envers les personnes âgées, la violence familiale et l'expérience de ceux qui travaillent dans un centre pour personnes âgées. Les facteurs de risques ont été répertoriés dans trois domaines avec des sous catégories. Ce modèle montre l'importance de l'identification des facteurs de risques qui peuvent aider les professionnels à identifier et aborder ceux qui sont prédominants et modifiables afin d'atténuer tout type de maltraitance. Ce modèle doit être étudié pour déterminer s'il peut servir de guide pour l'évaluation ou l'intervention de maltraitance.

Article n°12 Study of factors that affect abuse of older people in nursing homes

Lowenstein, Natan (2010), traitent les caractéristiques des effets des soins de longue durée dans les établissements sur la maltraitance infligée des personnes âgées. Les participants à cette étude quantitative et descriptive ont été le personnel travaillant dans les 24 des 300 établissements de longue durée en Israël. Afin de recueillir des données, 600 questionnaires ont été distribués dans ces établissements dont 510 ont été complétés. Les résultats démontrent qu'un peu plus de la moitié de l'échantillon a signalé un abus des résidents, dans les 12 mois précédant, se manifestant par un ou plusieurs types de maltraitance. Le manque de

personnel a été associé avec un plus grand risque de négligence mentale ou physique. Les résultats montrent que plus de la moitié d'un échantillon de professionnels ont déclarés avoir abusé de personnes âgées sous une ou plusieurs formes de maltraitance. Environ, les deux tiers des incidents concernent la négligence physique et mentale. Les EMS ont un ratio personnel-patient élevé, mais en pratique, les infirmières signalent un effectif plus faible de personnel, souvent liés aux problèmes d'épuisement et de routine qui s'installe, ce qui entraîne des absences du personnel. Cette étude confirme le besoin de protection des personnes âgées dans les institutions pour personnes âgées de longue durée. Enfin, il est important de signaler que les proches peuvent jouer un rôle important en signalant et en prévenant des mauvais traitements envers les aînés.

Article n°13 Elder Mistreatment Perpetrators with Substance Abuse and/or Mental Health Conditions: Results from the National Elder Mistreatment Study

Labrum, Solomon (2017), ont pour objectif d'examiner, au niveau de la communauté continentale américaine, les caractéristiques des victimes et des auteurs de maltraitance et les interactions entre les cas de maltraitance émotionnelle et physique des aînés dans lequel l'auteur a eu un rapport avec des indicateurs de toxicomanie et/ou une fragilité de santé mentale. Les résultats démontrent que 210 auteurs de maltraitance chez les personnes âgées auraient consommés des substances toxiques et/ou auraient eu une

fragilité de santé mentale. 412 auteurs ont eu des troubles émotionnels. 57 auteurs d'abus de mauvais traitements physiques ont été signalés et avaient un lien avec des substances toxiques et /ou une fragilité de santé mentale. 38 auteurs de maltraitance physique n'avaient pas de lien avec des indicateurs de toxicomanie et/ou une fragilité de santé mentale. La maltraitance émotionnelle chez les personnes âgées commise par des personnes dépendantes à des substances toxiques et/ou atteintes d'une fragilité mentale sont associées aux facteurs suivants : chômage, antécédents judiciaires, baisse du réseau social primaire, sexe féminin et problèmes émotifs. En conclusion, les résultats démontrent que les victimes ayant subi des abus de la part de personnes atteintes de toxicomanie et/ou de fragilité mentale, ont un besoin particulier d'intervention car, elles ont une plus grande histoire de maltraitance et éprouvent de plus grands désordres émotionnels.

Article n°14 Types of abuse and risk factors associated with elder abuse

Dans une analyse rétrospective, Hasler, Lacher, Rosemann, Senn, Wettstein (2016), cherchent à identifier les types de maltraitance chez les personnes âgées et à enquêter sur les facteurs de risque associés. Cette analyse est basée sur 903 dossiers créés à l'autorité indépendante des plaintes pour la vieillesse dans le canton de Zurich. Les auteurs se sont centrés sur les caractéristiques des victimes et des agresseurs, sur les types d'abus et les facteurs de risque associés à la victime ou à l'auteur. Les

résultats obtenus montrent que 150 cas reflètent au moins une forme d'abus ou de négligence. 104 cas ont été classés comme abusifs avec au moins un type d'abus. 46 cas ont été classés comme des négligences actives ou passives. L'abus psychologique était la forme la plus signalée, suivi par des abus financiers, puis les violences physiques et les abus illégaux. Dans l'ensemble, les facteurs de risque les plus courants liés aux victimes étaient le besoin de soutien, le besoin de soins et la démence. Concernant les personnes maltraitantes, 46% des auteurs étaient membres de la famille, 37% soignants professionnels et 11% entreprises commerciales. Les 6% restants ont été classés comme amis ou « autres » (exemple : les voisins). Les facteurs de risque les plus courants liés aux auteurs étaient la surcharge de la situation et de la cohabitation avec la victime. Concernant les soins infirmiers en homes médicalisés, 80% des auteurs étaient professionnels soignants. Les caractéristiques pathologiques des auteurs tels que l'addiction ou d'autres maladies psychiatriques ont été signalées. La présente étude a montré plusieurs résultats significatifs. Premièrement, l'abus psychologique a été le type d'abus le plus signalé. Deuxièmement, dans plus de 80% de tous les cas évalués, il y a au moins deux facteurs de risque associés à la maltraitance et à la négligence envers les personnes âgées qui pourraient être identifiés. Troisièmement, la cohabitation était plus fréquemment associée à l'abus qu'à la négligence. En conclusion, les personnes sont moins susceptibles d'être négligées et maltraitées en EMS qu'à domicile.

Article n°15 Nursing Home Resident Abuse by Staff: Exploring the Dynamics

La revue systématique de Conlie Shaw (2008) s'appuie sur les résultats de méthodes d'analyse théorique qui permettent d'explorer les relations qui existent entre l'équipe soignante et les résidents dans les établissements médico-sociaux. En conclusion, cette étude permet de comprendre les facteurs qui amènent les soignants à devenir maltraitants envers les résidents. Les résultats de cet article montrent le lien entre les facteurs de stress personnels et avec ceux de l'établissement médico-social. Afin d'améliorer les dynamiques au sein des institutions, les administrateurs doivent amener des changements. Cela exige des modifications dans les aspects structurels pour créer un environnement qui soutient les besoins du personnel et des résidents et pour favoriser les relations humaines entre l'équipe soignante et les résidents. Ces changements structurels demandent du temps pour permettre de nouer des liens entre le personnel soignant et les résidents, une augmentation des salaires et du personnel. Des politiques peuvent également aider à effectuer des changements comme des programmes de lutte contre le stress au travail, la violence domestique et l'abus de substances, des prestations d'assurance-maladie et des congés maladies.

5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Suite à la revue de littérature, nous avons exploré diverses interventions. Le but étant de rechercher et d'étudier, la relation de cause à effet entre la

prévention et la maltraitance auprès de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer, au regard de la question de recherche :

« En termes de prévention, quelles interventions infirmières entreprendre pour pallier aux multiples formes de la maltraitance des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer avec une incapacité de discernement en établissement médico-social ? »

Afin de mieux comprendre les liens entre la synthèse des articles et notre discussion, nous nous sommes permises de transférer des éléments de la recension des écrits pour répondre à notre question de recherche. Par exemple, les éléments contextuels, les caractéristiques de la population (démence) et les professionnels.

Voici la présentation des différents éléments recueillis, suite à la synthèse des articles. Divers facteurs de risque de maltraitance y sont mentionnés. Ces derniers sont catégorisés par contexte, à savoir l'établissement médico-social et les caractéristiques individuelles. En effet, un revenu peu confortable, un manque de reconnaissance de son travail, un stress perçu ou ressenti, une surcharge de travail et un effectif revu à la baisse, sont des facteurs qui favorisent la survenue de maltraitance auprès des personnes âgées dans les EMS. En ce qui concerne les caractéristiques personnelles, l'épuisement physique et émotionnel (burnout), les problèmes familiaux, le manque de formation, les symptômes psychiatriques, la dépression, la consommation de substances toxiques et l'infantilisation sont des éléments

qui peuvent amener une personne à infliger de la maltraitance (Cohen, Shanan-Altman, 2009 ; Conlie Shaw, 2008 ; Labrum, Solomon, 2017).

Plusieurs recommandations sont citées, par les auteurs, dans le but, d'améliorer la pratique. Les programmes d'éducation existants devraient être consolidés ou le cas échéant, instaurés afin que les professionnels acquièrent de meilleures connaissances concernant principalement la maltraitance et la démence de type Alzheimer. Cornman, DeHart et Webb (2009), ont identifiés 19 compétences essentielles à la formation des soignants pour prévenir la maltraitance :

1. Définir les différentes formes de maltraitance.
2. Identifier les politiques organisationnelles. Les aides-soignantes doivent être capables de signaler la maltraitance et de documenter les plaintes, auprès de la hiérarchie.
3. Identifier les contextes de travail qui pourraient favoriser la maltraitance. Le manque de personnel et de supervision sont des facteurs souvent énoncés.
4. Identifier les attitudes et les comportements des professionnels qui favorisent la maltraitance. Les participants à l'étude ont mentionné que le stress, le burnout, le besoin de montrer et de prouver le pouvoir et le contrôle sur les résidents favorisent la maltraitance.

5. Identifier les ressources et les stratégies d'adaptation pour éviter les facteurs de stress du personnel, afin de ne pas les transposer sur le lieu de travail.
6. Identifier les vulnérabilités des résidents. Les participants disent que les personnes désorientées, isolées, ou incapables de communiquer sont plus vulnérables ainsi que celles qui sont, exigeantes, grossières ou manipulatrices.
7. Identifier les stratégies de communication verbale et non verbale pour établir une relation authentique avec les résidents.
8. Identifier les stratégies pour engager les résidents dans leur propre soin. Laisser le libre choix aux pensionnaires notamment, dans les situations non urgentes.
9. Différencier les réponses appropriées et inappropriées aux comportements des résidents perçus comme problématique.
10. Identifier les stratégies verbales et non-verbales pour réduire les conflits. Mobiliser l'empathie, l'écoute active, etc.
11. Identifier les conditions liées à l'âge qui pourraient avoir un impact sur la conformité et des stratégies de communication avec des personnes ayant des capacités réduites. Former les soignants et leurs proches sur les maladies cognitives.

12. Identifier les problèmes qui influencent le comportement des résidents.
Exemple : le racisme, le sexisme, les différences culturelles, etc.
13. Décrire la différence de pouvoir entre les aînés et le personnel soignant.
14. Décrire le rôle des aides-soignantes en tant que fournisseur de soins auprès des résidents. Notamment pour le maintien des activités de la vie quotidienne.
15. Justifier l'importance de connaître les personnes âgées en tant que personne, pour individualiser les soins.
16. Partager les valeurs fondamentales liées aux soins. Exemple : dignité, autodétermination, empathie, compassion.
17. Identifier les stratégies de communication entre le personnel autour des besoins des résidents. Les transmissions doivent être claires et précises.
18. Justifier le travail d'équipe, dans le cadre d'un environnement de travail favorable. C'est-à-dire, le respect des collègues, la fierté de son travail, la coopération pour promouvoir un service de qualité.
19. Identifier les stratégies pour offrir ou demander de l'aide aux collègues, lors de conflits ou de lourdes charges de travail.

D'après les auteurs (Cornman, DeHart et Webb ; 2009), ces apprentissages favorisent la déclaration des cas d'abus. De plus, les résultats de l'étude de Browne et Moore (2016) montrent une augmentation dans la prise de conscience et de sensibilisation concernant la maltraitance, du taux

de déclaration et des connaissances théoriques notamment les facteurs de risques d'abus et de négligence. Deux études que Browne et Moore ont menées, mesurent l'impact des programmes de formation des aides-soignantes autour de la gestion de conflits et des connaissances sur la maltraitance envers les personnes âgées. Il a été relevé une baisse de maltraitance, de conflits avec les résidents et une augmentation des taux de déclarations des cas de maltraitance. Dans l'ensemble, ces projets mettent l'accent sur l'éducation et la formation, ainsi que sur la collaboration interdisciplinaire, encourageant une coordination accrue dans la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées. D'autant plus, l'évaluation du bien-être physique, cognitif et psychosocial des professionnels est aussi importante, pour comprendre les facteurs de risque associés à la maltraitance (Dong, 2015).

Selon l'article de Burnes, Lachs, Pillermer et Riffin (2015), il existe plusieurs interventions qui permettent d'éviter la maltraitance auprès des personnes âgées. Une des interventions concerne le personnel soignant. L'éducation et des groupes de soutien sont promus comme des stratégies de prévention d'abus. Il existe une preuve probante que ces interventions qui sont dirigées spécifiquement au personnel soignant peuvent aider à réduire les cas de maltraitance. Une intervention, mise en évidence par Burnes, Lachs, Pillemer et Riffin (2015), vise des équipes pluridisciplinaires afin de prévenir la maltraitance. Une prévention efficace envers les abus des

personnes âgées exige la coordination des services disponibles. Le système de service comprend la justice pénale, des services médicaux, les soins de santé mentale, des services de victimes, des services juridiques/civiles, des services de protection de l'adulte et des services financiers.

Par le biais de la promotion de la santé, il faudrait également élargir des programmes visant à réduire les caractéristiques personnelles des victimes d'abus, qui favorisent la maltraitance. La recherche de Paveza et Vande Weerd (2008) met en évidence la nécessité d'interventions notamment, envers les personnes qui souffrent d'abus verbaux. Il est important que les professionnels de la santé dépistent précocement auprès des personnes âgées, les symptômes psychiatriques, l'altération de l'état cognitif, les symptômes de démence et de dépression ainsi que de la déficience fonctionnelle. Si nous reprenons les interventions mises en place par Burnes, Lachs, Pillemer et Riffin (2015), une intervention comprend les programmes de gestion d'argent qui peuvent protéger les individus vulnérables d'abus financier. Ces programmes comprennent l'aide de gestion d'argent quotidienne y compris l'aide au paiement de factures, le dépôt d'argent en banque, la négociation avec des créanciers et le paiement du personnel. Ces programmes visent principalement les personnes ayant une diminution cognitive, une faible formation et celles qui sont socialement isolées. Les lignes d'assistance font également parties des interventions. Celle-ci est la plus utilisée et permet aux individus de chercher des conseils et de l'aide

quant à la maltraitance. Il y a une preuve d'études de cas considérables suggérant que les lignes téléphoniques facilitent la première intervention pour prévenir la maltraitance. C'est un moyen privilégié pour les victimes car, beaucoup de personnes âgées éprouvent de la honte vis-à-vis de la situation abusive et d'une autre part, l'anonymat est assuré.

Pour conclure, en termes d'interventions infirmières, il est indispensable de dépister les facteurs de risques individuels chez les professionnels de la santé, en particulier auprès des aides-soignantes qui sont susceptibles d'être plus maltraitantes, comme cité précédemment. L'étude de Almogue, Beloosesky, Marcus et Weiss (2009) montre que les aides – soignantes ont un manque de connaissances concernant la maltraitance et par conséquent, des attitudes plus maltraitantes par rapport aux infirmières.

Si nous nous penchons du côté politique de santé au sein des institutions, elles devraient actualiser régulièrement les conditions de travail et étudier le degré de dépendance de la population concernée afin d'assurer un effectif adéquat. D'un point de vue général, si les institutions avaient la possibilité d'augmenter leurs dotations et par conséquent, le salaire des employés, cela aurait une influence positive sur le stress, sur la charge de travail et sur sa reconnaissance. Les institutions devraient donner la possibilité aux professionnels de la santé de créer des liens avec les résidents ainsi, le temps disponible devrait être majoritairement consacré à la prise en charge des aînés. Un soutien dans la reconnaissance des rôles professionnels de la

santé est essentiel pour valoriser la profession de chacun et protéger l'estime de soi. De plus, un soutien et une supervision rigoureuse des supérieurs hiérarchiques sont primordiaux pour lutter contre le burnout. Ces changements peuvent contribuer au bien-être des soignants et donc influencer positivement leurs attitudes.

Un modèle écologique, inspiré par le modèle de Bronfenbrenner et Morris (1998), a été proposé par Barboza, Griffore, Oehmke, Post, Schiamberg, Von Heydrich, Weatherill & Zhang (2011). Ce modèle permet une meilleure compréhension des facteurs de risques associés à la maltraitance, c'est-à-dire, à comprendre la relation dynamique entre le résident et le soignant dans leur contexte. Le modèle met en lien les différentes caractéristiques individuelles, de santé et sociales des soignants avec ceux des résidents (microsystèmes). Les caractéristiques individuelles comprennent l'âge, le sexe ou encore les traits de caractères et celles de la santé englobent les problèmes de santé physique et/ou mentale. Les caractéristiques sociales sont spécifiques à chaque participant. Celles des soignants comprennent les conditions de travail notamment le stress au travail, la surcharge de travail ou encore le manque de personnel. L'isolement correspond au contexte social spécifique du résident.

Ces deux microsystèmes peuvent être combinés entre eux ou avec d'autres. L'influence de ceux-ci aboutit au mésosystème. Le mésosystème du soignant implique la relation avec les résidents et les collègues et celui du

résident implique la relation avec les soignants et la famille. Ces deux systèmes sont en lien dans le contexte dans lequel ils sont en relation. Le contexte (exosystème) comprend plusieurs éléments comme le soutien institutionnel, le niveau de formation des soignants ou encore les connaissances des soignants concernant la maltraitance. Les normes sociales, les valeurs et la culture (macrosystème) influencent également les relations entre les soignants et les résidents. Pour finir, ce modèle comprend le chronosystème. Le chronosystème est une dimension de durée (temps) et de développement qui capte la nature du modèle de maltraitance dans le temps, y compris le caractère causal des facteurs de risque liés aux abus chez les personnes âgées, dans les établissements. Les aspects spécifiques de la dimension temporelle sont particulièrement pertinents pour bien comprendre la maltraitance et le développement d'interventions efficaces.

Un autre modèle montre les relations multidimensionnelles en lien avec les facteurs de risques de maltraitance (Burnight, Gironda, Moore, Mosqueda, Olsen et Robinson ; 2016). Les facteurs de risques ont été répertoriés dans trois domaines. Le premier domaine comporte la personne vulnérable. La vulnérabilité, définie comme financière, physique ou émotionnelle, la dépendance ou la détérioration des soins personnels, place les personnes âgées dans un risque de maltraitance. Les sous-catégories de ce domaine sont la déficience de la fonction physique et cognitive et la maladie mentale. Le deuxième domaine concerne la confiance à l'autre, qui comprend une

variété de personnes, y compris les soignants, les membres de la famille, les voisins, les amis, les proches-aidants, l'intendance ou encore les conseillers financiers. Il existe plusieurs grandes catégories de facteurs de risque notamment, la dépendance, la déficience physique et cognitive. En dernier point, le contexte, dans lequel vit la personne âgée avec d'autres interactions, joue un rôle important dans l'atténuation ou l'exacerbation de la maltraitance. L'identification des facteurs de risques peuvent aider les professionnels à identifier et aborder ceux qui sont prédominants et modifiables afin d'atténuer tout type de maltraitance. Ce modèle doit être étudié pour déterminer s'il peut servir de guide pour l'évaluation ou l'intervention de maltraitance.

Pour conclure ce chapitre, ces modèles résument tout ce que nous avons mis en évidence précédemment. La maltraitance apparaît lorsque toutes les sphères sont en interaction entre elles notamment, les facteurs individuels et institutionnels. Ces modèles montrent l'importance que des changements doivent être entrepris dans tous les domaines afin de prévenir la maltraitance. De plus, ces modèles aident les infirmières à mettre en place des stratégies et à être attentives aux différents facteurs de risques.

Développer et appliquer la théorie de Jean Watson à notre recherche a permis une mobilisation des apports théoriques enseignés, un approfondissement de la science du caring, un appui sur des fondements de la discipline, une étude sous l'angle infirmier de la maltraitance et des pistes

de réflexions. Le facteur caratif numéro 7 « La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel » de Jean Watson interagit directement avec notre question de recherche et plus précisément avec la prévention de la maltraitance. Il s'agit ici de mener de la promotion et de la prévention auprès des résidents. Pour ce faire, il faut se préoccuper de l'unité et de la singularité de la personne. Cette démarche octroie de la valeur à notre travail et l'inscrit dans la discipline infirmière. Au niveau plus individuel, cette référence au cadre théorique de Jean Watson a induit une introspection sur le soignant en devenir et une ouverture d'esprit. De plus, humaniser ses soins apporte une reconnaissance professionnelle.

De par la composition des équipes en EMS, nous nous sommes rapidement entendues sur le rôle de leadership de l'infirmière. Cependant, ce rôle entre dans le PEC 12 mais n'est pas similaire sur les bases de données. Ainsi, nous avons dû réorienter notre recherche. Il est tout de même possible à ce stade du travail, d'affirmer que l'infirmière a un rôle majeur à jouer dans les homes pour prévenir la maltraitance.

Les différents sous-chapitres de la problématique nous ont permis de mieux définir et cibler notre recherche. Nous avons ainsi pu donner du sens à notre sujet, en fonction de nos observations, nos expériences et nos lectures. La recension des écrits met en visibilité des résultats actuels et probants pour la pratique infirmière. L'ensemble de notre travail a permis de valider notre question de recherche et d'y amener des éléments de réponses.

Au travers cette démarche, nous avons développé notre posture réflexive et mis en lien les compétences infirmières avec une thématique actuelle.

5.3 Perspectives et propositions pour la pratique

Ce travail s'inscrivant dans la discipline infirmière, les auteurs exposent des pistes réflexives pour la pratique clinique.

Notre thématique est un défi pour le système socio-sanitaire actuel et en devenir. Il est donc possible de faire des liens entre la maltraitance et le monde du travail. Toute pression exercée au sein des institutions a des répercussions sur tous les professionnels de la santé. La charge de travail est de plus en plus importante, principalement, en lien avec le vieillissement de la population et de la baisse des dotations. Ceci fait endosser de multiples responsabilités aux diverses personnes concernées et diverses conséquences à long terme peuvent survenir comme par exemple : l'épuisement professionnel. En effet, la surcharge de travail amène à restructurer le temps nécessaire pour répondre aux besoins des aînés et conduit à des risques de prises en charge non égalitaires. La reconnaissance du travail personnel et collectif est également un élément à ne pas omettre car, le manque de reconnaissance est un facteur de risque d'actes de maltraitance.

Prendre en charge des personnes souffrants de pathologies chroniques est aussi un enjeu car elles influencent la complexité des soins et exigent aux soignants de renouveler leurs compétences, afin d'accompagner les personnes âgées plus dignement. Dans le contexte de notre recherche, à

savoir les EMS, notre philosophie et notre conception des soins ne doivent pas être axées uniquement sur le modèle curatif mais tendre plutôt vers un accompagnement holistique. La maltraitance comprend des enjeux économiques. La demande sociétale promeut la force, la flexibilité, la performance, etc. et il est difficile d'inscrire ces profils dans les contextes de soins en raison des dotations souvent en baisses.

Voici ce que disent les politiques de notre sujet. L'office fédéral de la santé publique (OFSP) a un onglet sur la promotion de la santé et la prévention axées sur les aînés.

Le risque de maladie augmente avec l'âge. La perte du partenaire, le passage à la retraite, la pauvreté ou l'isolement peuvent altérer la santé. Pour prévenir la dépendance aux soins, il faut favoriser la santé des aînés, leur autonomie et leur qualité de vie (Confédération suisse, OFSP, 2016).

En lien avec la politique sociale, voici les quatre domaines d'action adaptés à notre thématique (Varesio, 2017) :

- Qualité des soins : les preuves probantes améliorent la qualité des soins, de par une réactualisation des données.
- Egalité des chances : l'égalité se rapporte aux quatre principes éthiques pour un respect de la personne.
- Qualité de vie : la qualité de vie dépend de la santé mais aussi du social.

- **Transparence** : la transparence dans le réseau interprofessionnelle est essentielle au même titre que la transparence envers le bénéficiaire de soins.

Ceci nous amène à dire qu'il est important de garder une certaine souplesse sur ses idéaux, afin de ne pas s'épuiser. La Suisse est un pays fédéraliste, les choses évoluent mais avec le temps et ceci peut être source de frustration.

La commission d'éthique neuchâteloise (commission d'éthique, 2015), relève des facteurs favorisant la maltraitance chez les personnes âgées institutionnalisées au niveau de la personne, du soignant, de l'institution et de la société. En se basant sur les quatre aspects précédents, une liste non exhaustive sur des interventions possibles est proposée. Les interventions envers les personnes consistent à ce qu'elles connaissent leurs droits et devoirs, afin de signaler des situations de maltraitance et d'obtenir une réparation. Les interventions pour le soignant et le personnel en général relèvent en premier lieu, de la prise de conscience et de la formation, de l'ouverture à des personnes de confiance, d'une réflexion accompagnée d'une démarche et d'un soutien par les pairs. Au niveau de l'institution, l'écoute, la légitimation et la protection de la victime est un point essentiel. D'autres aspects favorisants sont à relever, notamment, la diffusion des directives médico-éthiques de l'académies Suisse des sciences médicales, l'analyse des incidents pour favoriser la prévention, la mise en place d'une

procédure de prévention et de gestion de la maltraitance, un système de gestion des plaintes, la définition des aménagements nécessaires (salle d'entretien, etc.), puis la précision des rôles et des responsabilités de chaque partie prenante (direction, commission, etc.). En fin, pour ce qui concerne la société, la commission estime que chaque institution est responsable d'élaborer, les mesures ou activités concrètes à ces recommandations.

En outre, le DFS (département des finances et de la santé, 2015) souligne les enjeux actuels en liens avec les dotations en personnel fait relever au long notre travail comme un facteur favorisant la maltraitance. Rappelons que l'évolution épidémiologique et démographique, la pénurie médicale et soignante, les coûts du système de santé auront des répercussions au niveau sanitaire et donc sur les EMS. De ce fait, l'objectif de la PMS (planification médico-sociale pour personnes âgées), c'est de pouvoir favoriser les prestations d'aide et de soins à domicile et de retarder l'entrée en EMS. A savoir que les résidents ne seront plus vraiment ceux qu'on accompagne actuellement, puisqu'il y aura des prises en charge différentes selon les missions. De plus, les démences connaissent une hausse importante, ce qui amènera à un développement des compétences qu'il faudra adapter et réactualiser à travers des formations. En conséquence, les soins seront plus exigeants pour le personnel.

Concernant des perspectives d'avenir de la formation, de nouvelles qualifications du secondaire II (type CFC), permettront de rééquilibrer la

répartition des activités dans le but de tendre vers une équipe unique d'accompagnement et de favoriser l'interdisciplinarité. L'association neuchâteloise du réseau d'orientation santé social (AROSS), souligne le fait que le système socio-sanitaire est poussé à passer de la concurrence à la coopération, de la coordination séquentielle à la coordination collective et de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité (AROSS, 2015). Un projet AROSS a été mis en place où il émerge l'importance de la mise en commun et le partage de compétences dans une dynamique interdisciplinaire, pour favoriser la coordination des soins et la mise en place d'options de soins cohérentes. La volonté de l'État est d'offrir aux personnes âgées dépendantes ou fragiles un accompagnement de qualité et un suivi de la prise en charge médico-sociale. L'association répond à l'augmentation de la durée de vie et au vieillissement de la population. L'appui sur le réseau de prestataire est un élément clé pour travailler en interdisciplinarité et donc pour arriver à un plus haut niveau d'expertise et de sécurité.

Les institutions préviennent les souffrances psychiques, par le biais des conventions de travail, des normes égales et des règlements, les valeurs institutionnelles et la formation continues (pratique réflexive) qui sont l'une des bases de prévention.

Au vue de ces pistes et réflexions d'avenir, il faut être conscient que les différentes propositions mettent un certain temps à être mises en place et que le choix ultime appartient au COPIL PMS (comité de pilotage de la

planification médico-sociale). Néanmoins, les professionnels du terrain pourront amener leurs réflexions, valeurs éthiques, respect et bientraitance, dans un objectif d'accompagner les résidents dans la dignité.

Nous retenons plusieurs éléments évocateurs pour la pratique infirmière. À savoir que l'éducation approfondie auprès des soignants est l'une des propositions les plus probantes notamment, les maladies chroniques ou encore la maltraitance. En Suisse, il existe deux formations continues de niveau CAS (certificat d'études avancées) qui correspondent à notre thématique. À savoir, un CAS « aspects et soins médico-légaux dans le domaine de la violence interpersonnelle et un CAS « démence et troubles psychiques de la personne âgée.

L'infirmière doit également développer sa réflexivité et son sens d'expertise, en vue de détecter les facteurs de risque et les signes de maltraitance, afin de tendre à une prévention adaptée à la situation. Elle doit également renforcer le rôle de leadership, afin de mettre en place des stratégies pour éviter tout acte de maltraitance. Enfin, une augmentation des programmes de prévention et des lois sur les personnes âgées sont essentielles dans la prévention de la maltraitance.

Chapitre 6 : Conclusion

Voici le dernier chapitre de ce travail de Bachelor où nous vous présentons les éléments facilitants et contraignants rencontrés, où nous vous exposons les limites découvertes et où nous terminons en laissant une ouverture par des perspectives de recherche pour l'avenir.

6.1 Éléments facilitants et contraignants

Les nombreux écrits et questionnements au sujet de la maltraitance, nous ont amenés à être précises quant à la question de recherche. Nous avons dû délimiter nos intérêts et en parallèle évaluer les fondements des articles pour répondre avec des données probantes à notre interrogation.

Pour travailler de manière régulière et efficace, nous avons suivi un échéancier informel ce qui nous a permis d'anticiper certaines difficultés bien rencontrées. Les suivis avec la personne encadrante nous ont permis de superviser notre production, de nous remettre en question et d'avoir des points de repères (travail, temps, etc.). Nous souhaitons mettre en évidence un élément grandement facilitant, à savoir, l'honnêteté et la précision des propos de notre directrice de travail de Bachelor.

La base de notre travail de Bachelor repose sur la formation de notre groupe. La bonne entente, la cohésion, la responsabilité de chacune, l'écoute, le dynamisme, l'engagement, l'intérêt et la réflexion commune font partie intégrante de notre travail en trio. Le climat de travail instauré a permis d'accepter les convergences pour tendre vers des consensus. Le travail à plusieurs permet d'aller plus loin dans la réflexion de par des visions

personnelles parfois différentes. Dès le début de notre carrière professionnelle, nous pourrions, suite à ce travail de groupe, nous sentir plus à même de travailler en équipe, soutenir une collaboration efficace, s'engager dans des projets d'équipe et créer une bienveillance dans les échanges professionnels.

Avec une vision plus large que notre groupe, nous avons remarqué que le soutien environnant permet d'avancer suite à des remises en question et des débats.

La confiance est le maître mot de ce partenariat. L'objectif de ce travail a été rapidement élaboré et accepté de toutes ainsi aucune pression n'a été ressentie. De ce fait, la confiance a permis la fluidité du travail, la liberté à chacune de travailler à son rythme tout en favorisant l'esprit commun. Le soutien perçu au sein du trio a permis, tout au long de la démarche, de conserver une énergie constructive. La collaboration entre membres du groupe a permis d'agrémenter les réflexions et d'enrichir la recherche.

Un des éléments les plus contraignants de notre travail se situe au niveau de la compréhension et de la réalisation de la méthodologie. En effet, nous avons dû nous réajuster à plusieurs reprises pour répondre aux exigences et justifier notre démarche. Dans la continuité des travaux de recherche entrepris durant la formation, le travail de Bachelor demeure le plus conséquent. Ainsi, nous avons constaté que la démarche d'articles

anglophones et l'utilisation de la grille de Fortin, nous ont demandé une adaptation régulière.

Réaliser un travail de recherche sous format d'une revue de littérature demande d'être exigeant quant à la nomination des sources. Référencer les sources donne de la valeur et du poids au travail mené. Cependant, trier et nommer les sources a été un élément difficile.

L'infirmière se doit d'intégrer la recherche dans sa pratique pour exercer selon des données probantes. Ce travail de Bachelor nous a ainsi rendu attentives à l'importance de la recherche dans la discipline infirmière. Celle-ci offre des arguments pour faire valoir la profession et nos interventions mais permet aussi d'assurer une qualité optimale des soins. Dans ce travail, la recherche nous a permis d'acquérir des compétences en termes de prévention de la maltraitance.

6.2 Limites

Au vue de la complexité de l'incapacité de discernement, le choix a été de se diriger sur une démence qui est la maladie d'Alzheimer. Ainsi, définir la perte de capacité de discernement relève de l'interdisciplinarité et de la bienveillance. De plus, très peu d'articles comprenaient une population déclarée incapable de discernement, dans les articles trouvés.

Les articles étudiés sont pour la grande majorité internationaux. Notre recherche sur les bases de données a été peu fructueuse en article suisse. Ainsi, nous en retirons que la maltraitance est un sujet déstabilisant est

dérangeant. Il est compliqué de différencier dans les chiffres suisses actuels, la présence de nouveaux cas de maltraitance des dénonciations passées.

Les articles trouvés abordent davantage le rôle de l'aide-soignante que de l'infirmière auprès des personnes âgées ainsi, nous relierons ce fait à la réalité de la composition des équipes en EMS, qui présente davantage de personnel aide-soignant qu'infirmier. Nous avons juxtaposé les écrits analysés au rôle infirmier, en gardant une certaine souplesse, de par les rôles et le niveau de connaissances.

6.3 Perspectives pour la recherche

Il serait possible en parallèle de cette revue littéraire de compléter les recherches sur le terrain. Notamment, en rencontrant des professionnels spécialisés ou experts au sujet de la maltraitance pour étayer davantage les concepts et les pistes de prise en charge. Se rendre auprès des personnes âgées institutionnalisées victimes de maltraitance pour récolter des témoignages permettrait, dans un deuxième temps, de faire des études de cas et d'être sensibilisé à une démarche visant la bientraitance.

Après avoir assisté à la conférence de Madame Lytta Basset (2017) : « Oser la bienveillance », organisée par l'association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatriques (ANAAP), nous souhaitons ressortir les éléments essentiels en lien avec notre thématique, dans une perspective de réflexion. Tout d'abord, il faut savoir que Madame Basset est une philosophe et théologienne protestante, formatrice en accompagnement spirituel, auteur

d'ouvrages sur des questions existentielles et professeure honoraire à l'Université de Neuchâtel.

« La parole malveillante, tue sans bruit. »

Lytta Basset, 2017

Pour Madame Basset, la bienveillance commence par aller chercher, par se rendre vers l'autre. Elle est aussi un processus qui permet de se tourner vers l'autre et il n'est pas réservé qu'au croyant. Le regard bienveillant induit une transformation chez la personne ainsi, il faut croire en son potentiel. Il est possible de commencer la bienveillance, même si la personne est âgée et même si elle refuse le lien. Nous retenons pour notre sujet, qu'il est essentiel de se montrer bienveillant auprès des aînés et que la bienveillance accordée à une personne souffrant de démence peut faire renaître un lien de confiance, une ouverture. Si une personne a entendu pendant un certain temps un discours dénigrant, elle peut tout de même ressentir de la bienveillance. A ce titre, une personne victime de maltraitance ressent si une personne est bienveillante envers elle.

Plusieurs items forment la bienveillance selon Madame Basset :

- Rechercher l'autre
- Traiter l'autre d'égal à égal
- Donner de l'attention à l'autre
- Créer du lien qui perdure
- Accepter les limites de l'autre

➤ Apporter de la bienveillance pour que l'autre évolue

Selon Madame Basset, il y a quelque chose de risqué dans la bienveillance cependant, la bienveillance rime avec vigilance. La bienveillance touche l'être profond et ne doit pas s'arrêter sur des faits ou sur l'histoire de la personne.

Une personne pour être bienveillante doit être simple, intègre et ne pas se laisser diviser à l'intérieur. Pour Madame Basset, la bienveillance est une parole ou un acte et non pas un sentiment. Par conséquent, il est possible d'être bienveillant sans être bien soi-même. A savoir que la bienveillance peut être cultivée individuellement ou collectivement. Pour conclure, la bienveillance est un acte de confiance et d'ouverture.

Ce travail de Bachelor terminé, une introspection sur notre processus de professionnalisation a été entrepris. Il en ressort de multiples pistes de réflexion pour la discipline et la pratique infirmières en vue d'éviter tout acte maltraitant et d'accompagner la personne âgée institutionnalisée souffrant d'une démence de type Alzheimer.

La vieillesse en tant que destin biologique est une réalité ; n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social : le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein de la société, met celle-ci toute entière en question

Simone de Beauvoir ; 1970

*« Le 15 juin est la date de journée mondiale
de la maltraitance envers la personne âgée »*

Chapitre 7 : Références

Articles:

- Almogue, A., Beloosesky, Y., Marcus, E. L., & Weiss, A. (2009). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of gerontology and geriatrics*, 51, 86- 91. doi: 10.1016/j.archger.2009.08.005
- Alter Ego. (2015). La maltraitance. Repéré à <http://www.alter-ego.ch/la-maltraitance/>
- Alzheimer Suisse. (2017). Les données et les chiffres. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/les-donn%C3%A9es-et-les-chiffres.html>
- Amyot, J. J. (2015). *Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris : Dunod.
- Association Suisse des Infirmiers. (2017). Ethique et soins infirmiers. Repéré à <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/ethique.html>
- Association Violence que Faire. (2016). Violence que faire ?. Repéré à <https://www.violencequefaire.ch/fr/association/contact>
- Baker, P., DP, F., Othman, S., NN, H., & WY, Ch. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 0- 125. doi: 10.1002/14651858.CD010321.pub2
- Barbosa, G., Griffore, Oehmke, J., Schiamburg, L. B., Weatherill, R. P., Zehenmei, Z.,... Post, L. A. (2011). Elder Abuse in Nursing Homes: An Ecological Perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 190- 211. doi:10.1080/08946566.2011.558798
- Ben Natan, & M., Ariela, L. (2010). Study of factors that affect abuse of older people in nursing homes. *Nurs Manag*, 17, 20- 24. doi: 10.7748/nm2010.12.17.8.20.c8143
- Bopp- Kistler, I., Waid, S., & Wolfenxberger, M. (2014). La capacité de discernement dans le contexte des démences. *Association Alzheimer Suisse*, 35. file:///C:/Users/Alice/Downloads/IB_163_F_35%20Urteilfaehigkeit.pdf
- Browne, C., & Moore, C. (2016). Emerging Innovations, Best Practices, and Evidence-Based Practices in Elder Abuse and Neglect: a Review of Recent Developments in the Field. *Springer Science+ Business Media New York*, 32, 383- 397. doi: 10.1007/s10896-016-9812-4
- Burnes, D., Lachs, M. S., Pillmer, K., & Riffin, C. (2015). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The gerontological society of America*, 56, 194- 205. doi: 10.1093/geront/gnw004

- Burnight, K., Gironde, M. W., Moore, A. A., Mosqueda, L., Olsen, B., & Robinson, J. (2016). The Abuse Intervention Model: A pragmatic Approach to intervention for Elder Mistreatment. *Journal of the American Geriatrics society*, 64, 1878- 1883. doi: 10.1111/jgs.14266
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Méthodologie*, 28. http://www.watsoncaringscience.org/images/features/library/Cara_OReilly_RSI_pp037_045_3.pdf
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2016). Certificate of Advanced Studies (CAS) «Aspects et soins médico-légaux dans le domaine de la violence interpersonnelle». Repéré à <https://www.sgrm.ch/inhalte/Forensische-Medizin/CAS-Violence-2016.pdf>
- CNGOF. (2025). Niveaux de preuve scientifique & grades de recommandations (HAS). Repéré à http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUNP_02.HTM
- Code civil suisse (2013). Droit des personnes, des personnes physiques, de la personnalité. Bern : Assemblée fédérale de la confédération suisse. Repéré à <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201307010000/210.pdf>
- Cohen, M., & Shinar- Altman, S. (2009). Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout. *The Gerontologist*, 49 (5), 674- 678. doi: 10.1093/geront/gnp093
- Commission d'éthique du canton de Neuchâtel. (2009). Recommandations de la Commission d'éthique en ce qui concerne la qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées - Prévention de la maltraitance. Repéré à <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/ethique/Documents/Commission%20Ethique%20Maltraitance.pdf>
- Conlie Shaw, M.M., & ARNP (2008). Nursing home resident abuse by staff: exploring the dynamics. *Journal of elder abuse & neglect*, 9, 1- 21. doi: 10.1300/J084v09n04_01
- Confédération Suisse. (2015). Art. 16 Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance. Repéré à <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/droit-federal/recherche-et-nouveautes/10-jahre-behig/gebaerdensprache/tous-les-articles/art-16.html>

- Conseil international des infirmières (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Accessible à : http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf
- Constitution Fédérale de la Confédération Suisse. (2016). Droits fondamentaux, citoyenneté et buts sociaux. Bern : Constitution fédérale. Accessible à <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/201601010000/101.pdf>
- Consortium national de formation en santé- volet Université d'Ottawa. Montreal cognitive assessment (MOCA). Repéré http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-French_7_1.pdf
- Cornman, C., DeHart, D., & Webb, J. (2009). Prevention of Elder Mistreatment in Nursing Homes: Competencies for Direct – Care Staff. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 360- 378. doi :10.1080/08946560903005174
- Cutr, S., Monod, S., & Sautebin, A. (2009). Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Medicale Suisse*, 5, 2353- 2357. Lausann S. Monod. A. Sautebin. file:///C:/Users/Alice/Downloads/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2009-42s_sa08_art08.pdf
- Département des finances et de la santé. (2015). Planification Médico-Sociale pour les personnes âgées PMS. Repéré à http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medico-social/Documents/Recommandations-dotations-personnel_Sejour_CE_Avril-2015.pdf
- Département de gérontologie- hôpital NORD CEBAZAT. (2001). Echelle gériatrique de dépression (GDS). Clermont- Ferrand. Repéré à <http://sgca.fr/outils/gds30.pdf>
- Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques. Représentation en cas d'incapacité de discernement. Repéré à http://www.jgk.be.ch/jgk/fr/index/kinde_erwachsenenschutz/erwachsenenschutz/vertretung_bei_urteilsunfaehigkeit.html
- Dong, X. Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63. doi: 10.1111/jgs.13454
- EBSCO, Industries, Inc. (2015). CINAHL Complete, Advances Search. Repéré à <http://web.a.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=3a35ed54-4783-41db-a916-741ee55bfed0%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4207>

- Echno- science. Net. (2017). Plasticité neuronale. Repéré à <http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=948>
- Espace com soignant. (2017). Prévention de la santé. Repéré à http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php#La_prevention_tertiaire
- Fondation nationale de gérontologie. (2007). Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Repéré à http://www.famidac.fr/IMG/pdf/fng_charte_complete_2007.pdf
- Fortin, M. – F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Canada : Chenalière éducation.
- Gagnon, J., Lechasseur, K., & Milhomme, D. (2014)., (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *Revue infirmière clinicienne*, 11. http://revueinfirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10_001.pdf
- Hasler, S., Rosemann, T., Senn, O., Simone, L., & Wettstein, A. (2016). Types of abuse and risk factors associated with elder Abuse. *Swiss Medical Weekly*, 146. doi: 10.4414/sm.w.2016.14273
- Haute école de Genève. (2017). Démences et troubles psychiques de la personne âgée. Repéré à http://imad-ge.ch/data/news/HEDS_CAS_plaquette_demences_troubles_psychiques.pdf
- Hôpital de Genève. (2005). Echelle pour dépister les états confusionnels/delirium. Repéré à http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/etats_confusionnels_1.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2010). Curatelle et tutelle : que faire ?. Repéré à http://ethique-clinique.hug-ge.ch/_library/Cadre_Juridique_capacitediscernement.pdf
- Infirmiers. com. (2017). Maltraitance- bientraitance des personnes âgées. Repéré à <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/maltraitance-bientraitance-des-personnes-agees.html>
- Infirmiers. com. (2017). Il n'existe aucune excuse à la maltraitance. Repéré à <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/existe-aucune-excuse-maltraitance.html>

- Journal association FSI- USI. (2006). La Théoricienne du Caring, Madame Jean Watson à la Faculté des sciences infirmières. Repéré à <https://fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2006/arti4.pdf>
- Journal citations reports. (2017). Web of sciences. Repéré à <https://www.google.fr/#q=journal+citations+report>
- Labrum, T. & Solomon, P. (2017). Elder Mistreatment Perpetrators with Substance Abuse and/or Mental Health Conditions: Results from the National Elder Mistreatment Study. *Psychiatric Quarterly*, 1- 12. doi: 10.1007/s11126-017-9513-z
- Le concept de l'advocacy en soins infirmiers. (2013). Le concept d'advocacy. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocasy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>
- Logo haute école arc santé. Repéré à http://www.gate24.ch/Uploads/Images/002/978/057/lg_2978057.png?maxwidth=202
- Logo Hes so. Repéré à http://www.cas-pibat.ch/images/bandeau_hesso.gif
- Messmer- Ai, N. (2016). La maltraitance ou violence dans les soins. *Science de la santé*, 8- 88.
- Nahmiash, D., & Reis, M. (2008). Most Successful Intervention Strategies for Abused Older Adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12, 53- 70. doi: 10.1300/J084v12n03_03
- NCBI; National Center for Biotechnology Information. (2015). Pumed. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?otool=linksolver>
- Office québécois de la langue française. (2012). Le grand dictionnaire terminologique. Repéré à <http://www.granddictionnaire.com/>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Maltraitance des personnes âgées. OMS. Genève : OMS. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>
- Paveza, G. J., & Vande Weerd, C. (2008). Verbal Mistreatment in Older Adults: A Look at Persons with Alzheimer's Disease and Their Caregivers in the State of Florida. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17, 11- 30. doi: 10.1300/J084v17n04_02

- Guide de présentation des travaux, aide- mémoire. (2017). Repéré à https://intranet.he-arc.ch/dq/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/dq/Docs%20%20FOR%20%20REA%20%20SAN%20%20BAC/SAN-FOR3-REF048-Guide%20de%20pr%C3%A9sentation%20des%20travaux,%20aide-m%C3%A9moire.docx&action=default&DefaultItemOpen=1
- Phaneuf, M. (2007). *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Masson.
- Phaneuf, M. (1998). *Démarche de soins face au vieillissement perturbé : Démences et maladie d'Alzheimer*. Canada : Masson.
- Phaneuf, M. (2013). Le concept d'advocacy en soins infirmiers. Prendre soin, 1- 13. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocacy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>
- Pro Senectute. (2011). Rencontre du groupe parlementaire pour les questions liées à la vieillesse. Repéré à <https://www.curaviva.ch/files/ONDWEK3/Recontre-avec-des-parlementaires.-Theme-La-maltraitance-envers-les-personnes-agees.pdf>
- Service de gérontologie. (2007). *Mini mental state examination (M. M. S. E)*. Repéré à <http://sgca.fr/outils/mms.pdf>
- Radio télévision suisse. (2016). 470 plaintes pour maltraitance envers des personnes âgées ont été déposées en 2016. Repéré à <https://www.rts.ch/play/radio/le-journal-du-matin/audio/470-plaintes-pour-maltraitance-envers-des-personnes-agees-ont-ete-deposees-en-2016?id=8621966>
- Réseau de bibliothèques de Suisse occidentale, RERO. (2017). Repéré à <https://www.rero.ch/page.php?section=infos&pageid=plansite>
- Reverso traduction. (2017). Repéré à http://www.reverso.net/text_translation.aspx?lang=FR
- Tribune de Genève. (2017). Encore trop de seniors maltraités. Repéré à <http://www.tdg.ch/suisse/cinquieme-seniors-victimes-violence/story/10116429>
- Union européenne (2010). Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée. Genève : partenaires européens, partenaires nationaux. Accessible à http://www.ageplatform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf

Tritten Hebling, C. (2013). *La protection juridique de la personne âgée victime de maltraitance en institution* (thèse de doctorat). Université de Neuchâtel, Neuchâtel, Suisse.

Varesio, A. C. (2017). Le système de santé face aux défis de l'évolution sanitaire et sociale. *Axe sciences de la santé*, 9-10.

Chapitre 8 : Annexes

Tables des matières

Appendice A - Tableau n°1 : PICOT de type intervention	128
Appendice B - Tableau n°2 : mots clés et descripteurs	129
Appendice C - Tableau n°3 : illustration des recherches	130
Appendice D - Tableau n°4 : grille de Fortin (2010)	133
Appendice E - questionnaire : entretiens professionnels	369

	Intervention	Pronostic	Diagnostic	Etiologie	Meaning
P	Population/ patient	Population/ patient	Population/ patient	Population/ patient	Population/ patient
I	Intervention	Facteurs/ indicateurs	Prédiction/test	Facteurs/processus	Expérience
C	Comparaison	Doit être appropriée à la question d'intérêt. N'est pas obligatoire			Pas de comparaison
O	Résultats de la relation cause à effet	L'évolution et/ou complication probables	Résultats diagnostics	Résultats des facteurs/processus	Résultats de l'expérience
T	Un temps donné	Il doit être approprié et en lien avec les résultats			
Types d'études	Revue systématique, méta-analyse, étude randomisée	Revue systématique, cohorte	Revue systématique, essai randomisé contrôlé	Revue systématique, étude de cohorte prospective, étude de cohorte rétrospective	Etudes qualitatives, méta-synthèse, étude simple qualitative

Appendice A - Tableau n°1 : PICOT de type intervention

P	Personnes âgées incapable de discernement ; maladie d'Alzheimer
I	Prévention
C	Contexte : Etablissement médico-social
O	Prévenir la maltraitance
T	-

Appendice B - Tableau n°2 : mots clés et descripteurs

Critères	P	I	C	O	T
Mots-clés	1. Personnes âgées 2. Incapable de discernement 3. Maladie d'Alzheimer	1.Prévention	1.Etablissement médico-social	1. Prévenir la maltraitance	-
Mots-clés anglais	1.Old people/ elderly person 2. Incapacity of discernment 3.Alzheimer's disease	1.Prevention	1.Retirement home/ nursing home/ rest home	1. Abuse/ Mistreatment	-
Descripteurs MESH	1. Aged/ 2. Incapacity of discernment 3.Alzheimer's disease	1.Prevention and control	1.Medical Home Nursing/ Patient-Centered	1.Aged Abuse	-
Descripteurs OVID	1.Aged/ Aging/"Aged, 80 and over"/ Elder 2. Incapacity of discernment 3. Alzheimer's disease	1.Prevention	1.Health Services for the Aged/ Homes for the Aged/ Nursing Homes	1. Elder abuse	-

Appendice C - Tableau n°3 : illustration des recherches

Bases de données	Descripteurs OVID	Commentaire (ajoutés ou filtrés)	NP (niveau de preuve hiérarchique)	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
Medline	Mistreatment OR prevention and control OR elder abuse	Date: 2015 Impact factor : 3.842	Etude non randomisée	7	8. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice
	Mistreatment OR prevention AND control OR elder abuse	Date : 2016 Impact factor : 4.655	Revue systématique	50	Emerging Innovations, Best Practices, and Evidence-Based Practices in Elder Abuse and Neglect: a Review of Recent Developments in the Field
PsychInfo					
Bases de données	Descripteurs MeSH	Commentaires (ajoutés ou filtrés)		Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
Pubmed	Aged abuse AND Alzheimer's disease AND prevention AND medical home nursing	Date : 2015 Impact factors : 3, 168	Revue systématique	20	Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies
Pubmed	Aged AND preventon AND nursing home	Date : 2008 Impact factors : 0.40	Essais contrôlés randomisés	29	Most Successful Intervention Strategies for Abused Older Adults
Pubmed	Aged AND medical home nursing AND prevention	Date: 2016 Impact Factor:-	Revue systématique	2	Types of abuse and risk factors associated with elder abuse
Pubmed	Aged abuse OR incapacity	Date : 2017 Impact factor: -	Revue systématique	20	Elder Mistreatment

	of discernment				Perpetrators with Substance Abuse and/or Mental Health Conditions: Results from the National Elder Mistreatment Study
Pubmed	Aged abuse AND medical nursing home AND prevention	Date : 2009 Impact factor : 2.10	Essaie contrôlé randomisé	2	Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse
Cochrane	Aged AND Alzheimer's disease AND Prevention AND Medical home nursing AND Aged abuse	Date : 2016 Impact factor : 6.103	Etude non randomisée	20	Interventions for preventing abuse in the elderly
EBSCO	Alzheimer's disease AND aged abuse AND prevention	1.Date : 2008 Impact factor : 0.40	1. Essaies contrôlés randomisés	25	Verbal Mistreatment in Older Adults: A Look at Persons with Alzheimer's Disease and Their Caregivers in the State of Florida
EBSCO	Aged OR Dementia OR Prevention OR Elder Abuse OR Nursing home	1.Date : 2011 Impact factor : 2.83 2.Date : 2009 Impact factor : 0.65	1.Etude non randomisée 2. Essaies contrôlés randomisés	22	1.Elder Abuse in Nursing Homes : An Ecological Perspective 2.Prevention of Elder Mistreatment in Nursing Homes : Competencies for Direct –

EBSCO	Elder abuse in nursing homes OR Alzheimer's disease OR dementia OR Prevention	Date : 2009 Impact factor : 3.168	Revue systématique	20	Care staff Nursing Aides Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes : The Effect of Work Stressors and Burnout
EBSCO	Mistreatment OR Prevention OR Elder abuse	Date : 2016 Impact factor : 3.842	Etude non randomisée	11	The Abuse Intervention Model : A pragmatic intervention for Elder Mistreatment
EBSCO	Elderly in Nursing Homes OR Alzheimer's disease OR Interventions	Date : 2010 Impact factor : -	Revue systématique	20	Study of factors that affect abuse of older people in nursing homes
EBSCO	Elderly in Nursing Homes OR Alzheimer's disease OR Interventions	Date : 2008 Impact factor : 0.40	Revue systématique	15	Nursing Home Resident Abuse by Staff: Exploring the Dynamics

Appendice D - Tableau n°4 : grille de Fortin (2010)

Grille de Fortin n°1

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Les attitudes maltraitantes des aides-soignantes envers les personnes âgées dans les établissements médico-sociaux : Les effets du stress et du burnout au travail
Résumé	<p>Contexte : les attitudes des aides - soignantes qui tolèrent la maltraitance envers les personnes âgées sont un facteur de risque possible pour exprimer des comportements abusifs contre les personnes âgées dans les EMS.</p> <p>Objectif de l'étude : Le but de l'étude est d'évaluer les attitudes des aides - soignantes qui ont eu des comportements abusifs envers les personnes âgées, ainsi que le lien qu'ont ces attitudes avec les variables démographiques et les facteurs de stress au travail.</p> <p>Méthodes : En Israël, 208 aides soignantes de 18 EMS ont rempli des questionnaires concernant le stress au travail, le burnout et à un questionnaire sur les vignettes de cas pour tester les attitudes maltraitantes.</p> <p>Résultats : Le score moyen des attitudes et des comportements abusifs était relativement élevé à 3,24, sur une échelle de 1 à 4. Condamner les comportements abusifs était étroitement associé à des niveaux élevés de stress, d'épuisement professionnel et de faible revenu. Des analyses de régression multiple ont révélé que les variables démographiques, les facteurs de stress au travail et l'épuisement professionnel expliquerait 12% de la variance de la tolérance des comportements abusifs parmi les aides - soignantes. Parmi ceux-ci, l'ambiguïté des rôles, les conflits de rôles et l'épuisement ont été significativement associés à des attitudes qui tolèrent les comportements abusifs. En conclusion, l'épuisement professionnel a</p>

	<p>partiellement médié la relation entre les facteurs de stress au travail et les attitudes qui condamnent la maltraitance envers les personnes âgées.</p> <p>Conclusions : Étant donné que les attitudes des aides - soignantes qui acceptent la maltraitance envers les personnes âgées peuvent influencer leurs comportements. Des programmes de formation et de supervision devraient être développés pour réduire les stress et l'épuisement du travail et pour modifier ces attitudes.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Problème/phénomène de l'étude :</p> <p>La maltraitance envers les personnes âgées a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un acte unique ou répété se produisant dans une relation de confiance et qui cause un préjudice à une personne âgée (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano, 2002).</p> <p>La maltraitance comprend la négligence, l'abus physique, psychologique, sexuel et financier (Joshi & Flaherty, 2005).</p> <p>Les abus des personnes âgées dans les EMS, ont été conceptualisés comme un problème social (Payne & Burke-Fletcher, 2005). Pour la plupart, la maltraitance est cachée dans les murs des institutions, et son étendue est difficile à estimer. Les quelques rapports existants démontrent sa large prévalence (Hawes, 2002). Par exemple, 11% des aides - soignantes dans les EMS en Suède ont observé des abus physiques, psychologiques, financiers et sexuels ou de la négligence. Seulement 2% ont admis avoir commis des comportements abusifs (Saveman, Astrom, Bucht et Norberg, 1999).</p> <p>Une étude sur les EMS en Allemagne a révélé que 79% du personnel des institutions a déclaré avoir abusé ou négligé un résident au moins une fois, alors que 66% ont été témoins de maltraitance par des collègues (Goergen, 2001).</p> <p>Dans une autre étude à grande échelle, 36% des 577 infirmières sélectionnées et des aides soignantes aux Etats-Unis ont observé des abus</p>

	<p>et 10% ont déclaré avoir commis des abus physiques. Cette étude a également révélé que 81% avaient observé des abus et 40% avaient commis des abus psychologiques. (Pillemer & Moore, 1989).</p> <p>La société israélienne a une culture, des normes et des attitudes envers les personnes âgées comme les occidentaux (Lavee & Katz, 2003), mais elle est caractérisée par des valeurs traditionnelles et familiales (prendre soins des membres de la famille plus âgés) (Lowenstein, Katz et Daatland, 2005). Cela contribue également à la vision publique et professionnelle partagée selon laquelle, si elle existe, la violence envers les personnes âgées est très rare (Lowenstein & Doron, 2008).</p> <p>Ce n'est qu'au début des années 1990 que l'abus et la négligence envers les personnes âgées suscitent une prise de conscience professionnelle et sociale. Depuis lors, des progrès ont été réalisés pour faire face au phénomène (Lowenstein & Doron) et plusieurs études à grande échelle ont été réalisées (Cohen, Halevi-Levin, Gagin et Friedman, 2006, 2007, Eisikovits, Winterstein, & Lowenstein, 2005).</p> <p>Un récent sondage mené en Israël auprès de 510 professionnels de la santé dans 24 EMS (Bar-Natan, 2008) a révélé des taux de maltraitance envers les personnes âgées semblables à ceux des autres pays occidentaux. (Goergen, 2001 ; Pillemer & Moore, 1989). Un peu plus de la moitié des répondants ont admis avoir abusé des résidents et environ 70% d'entre eux ont déclaré qu'ils avaient assisté à des incidents dans lesquels un autre membre du personnel a abusé d'un résident (Bar-Natan, 2008).</p> <p>Une étude des attitudes à l'égard des abus envers les personnes âgées est très importante, car cela pourrait favoriser le comportement (Green, 1997), comme l'ont démontré des études précédentes (Glasman & Albarracín, 2006 ; Mcconville & Cornell, 2003). Les attitudes peuvent prédire les actions d'une personne</p>
--	--

	<p>maltraitante, par exemple en la signalant aux responsables ou en aidant la victime (Muallem, 2003).</p> <p>Dans cette étude, il s'agit d'étudier les attitudes maltraitantes des aides - soignantes dans les EMS, en lien avec les conditions de travail.</p>
Recension des écrits	<p>Des études antérieures ont montrés que les aides - soignantes sont plus impliquées que les autres membres du personnel infirmier dans des conflits avec des personnes âgées. Elles sont également plus sujettes à maltraiter les personnes âgées car qu'elles constituent le plus grand groupe de travailleurs dans l'équipe de soins. Elles travaillent généralement de longues heures, sont mal payées et ne sont pas récompensées (Mercer, Heacock et Beck, 1993).</p> <p>Des études aux États-Unis (Geiger-Brown, Muntaner, Lipscomb et Trinkoff, 2004) et en Israël (Harel-Bash, 2003) a révélé que le travail des aides soignantes est caractérisé par un statut faible, des salaires faibles, des conditions d'emploi inférieures et le manque d'opportunités de promotion. Le travail est, en générale, physiquement dur et l'interaction quotidienne avec les résidents est étroite, ce qui présente souvent des problèmes de comportement et des facteurs majeurs de stress au travail (Hawes, 2003).</p> <p>En Israël, la plupart des aides soignantes prennent ce métier en raison du manque de possibilités d'emploi (Harel-Bash). Elles peuvent donc être un groupe à haut risque de commettre des abus contre les personnes âgées (Goodridge, Johnston et Thomson, 1996).</p> <p>Les auteurs ont identifié plusieurs facteurs de stress (Goodridge et al, 1996) qui peuvent servir de facteurs de risque dans le développement de comportements abusifs (Pillemer & Moore, 1989). Parmi eux, il y a conflit entre les rôles et l'ambiguïté des rôles : le conflit est causé par une vision négative des tâches, des rôles non définis, du manque de coordination entre les membres du personnel soignant ou du personnel non qualifié</p>

(Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Les conflits et les ambiguïtés qui découlent de ces conditions de travail peuvent causer du stress, le manque de satisfaction et l'éloignement psychologique au travail (Pillemer & Moore). La surcharge de travail est un autre facteur de stress, manifesté chez les aides soignantes. Elles s'occupent d'un grand nombre de résidents et font aussi des horaires supplémentaires pour augmenter leurs revenus à la fin du mois (Geiger-Brown et al, 2004).

Selon des études antérieures, les aides – soignantes qui travaillent dans les EMS connaissent un faible niveau d'autonomie et un faible niveau de contrôle et de capacité à exercer une influence dans leurs interactions avec les résidents, car elles exécutent généralement des instructions des autres membres du personnel (Muntaner et al., 2006; Shaw, 1998).

Des études montrent que les facteurs de stress au travail, les conflits de rôles, l'ambiguïté des rôles, la surcharge de travail et le faible contrôle perçu dans le travail sont des causes majeures de l'épuisement professionnel dans les milieux de travail (Barber & Iwai, 1996; Maslach et al., 2001)

Le burnout est défini comme un syndrome psychologique en réponse à des facteurs de stress chroniques au travail (Maslach et al.). Maslach et Jackson (1996) ont identifié trois composantes de l'épuisement professionnel: épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction du sentiment d'accomplissement personnel. Des degrés élevés d'épuisement ont été observés chez les aides – soignantes qui travaillent dans des EMS (Novak & Chappell, 1994). Laschinger, Finegan, Shamian et Wilk (2001) ont conclu que l'épuisement professionnel est exposé à une augmentation du temps d'arrêt maladie, de retards, plus de demandes d'indemnisation, des accidents et à plus de conflits au sein de l'équipe soignante.

Une relation a également été trouvée entre l'état physique et émotionnel des aides soignantes et

	<p>une qualité de traitement moins élevée qu'elles accordent à leurs patients (Bowers, Esmond, et Jacobson, 2000). Les aides - soignantes ont un rôle central dans la prestation de soins aux résidents, il convient alors d'aborder les facteurs qui peuvent précipiter et perpétuer l'épuisement (Kennedy, 2005).</p> <p>Conformément à la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988), diverses études ont montré que les attitudes des aides-soignantes envers les personnes âgées peuvent influencer sur la qualité des soins qu'elles donnent (Schigelone, 2003) et leur comportement envers les résidents (Lucas, 1991, Sung, Chang, et Tsai, 2004). Par exemple, plus les aides - soignantes étaient mécontentes de leurs conditions de travail, plus elles se trouvaient avoir des attitudes négatives envers les personnes âgées (Moyle, Skinner, Rowe et Gork, 2003, Sung et al.). Une étude approfondie aux États-Unis sur 577 infirmières et aides - soignantes a permis de constater que ceux qui avaient des attitudes négatives envers les personnes âgées semblaient plus susceptibles de se comporter de manière inappropriée envers eux (Pillemer et Moore, 1989).</p>
Cadre de recherche	<p>Dans la présente étude, les attitudes à l'égard de la maltraitance envers les personnes âgées ont été évaluées en fonction du genre, de l'éducation et du revenu (variables démographiques), des facteurs de stress au travail et un contrôle perçu dans le travail. Les croyances comportementales n'ont pas été étudiées. Au lieu de cela, une variable d'épuisement a été ajoutée en raison de sa relation étroite avec les caractéristiques du travail (Barber & Iwai, 1996) et à l'abus des personnes âgées (Pillemer & Moore, 1989).</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>L'objectif de la présente étude est d'évaluer les attitudes maltraitantes des aides soignantes envers les personnes âgées, ainsi que la relation entre ces attitudes et leurs variables démographiques, les facteurs de stress au travail (conflit de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de travail), l'épuisement professionnel et le contrôle perçu, en fonction de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988).</p> <p>Selon le modèle d'étude (figure 1), les hypothèses principales de l'étude sont que, plus les niveaux de conflits de rôle, l'ambiguïté de rôle, la surcharge de rôle, l'épuisement professionnel, et plus le contrôle perçu par les aides – soignantes est faible, plus elles tiendront des attitudes tolérant les comportements abusifs. La deuxième hypothèse est que les aides - soignants (hommes), et ceux qui ont un faible niveau de scolarité et des revenus inférieurs, auront plus tendance à tolérer les comportements abusifs que les aides soignantes et ceux qui ont une éducation supérieure et des revenus plus élevés.</p> <p>La troisième hypothèse démontre que l'épuisement professionnel et le contrôle perçu serviront de médiation à la relation entre les variables démographiques et les contraintes professionnelles et les attitudes qui acceptent des abus infligés aux personnes âgées.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Les participants de cette étude étaient 208 aides – soignantes dans 18 EMS en Israël (environ 11 aides - soignantes dans chaque établissement). Comme montre le tableau 1, les participants avaient entre 18 et 65 ans.</p> <p>Dans les 18 EMS, 240 aides – soignantes ont été invités à participer à l'étude. 19 (7,9%) ont refusées, ce qui représente un total de 208 aides - soignantes (92,1%).</p> <p>Les années moyennes d'éducation étaient de 12,1. Plus de la moitié des participants étaient</p>

	<p>des femmes et plus de la moitié étaient mariés. Plus des trois quarts d'entre eux ont signalé que leur salaire brut était inférieur à la moyenne en Israël. Plus des trois quarts des participants ont travaillé à temps plein et environ la même proportion a travaillé le matin. Plus de la moitié des participants (57,2%) avaient d'autres diplômes telles que des électriciens, des médecins et des infirmières ; le reste n'avait aucune spécialité particulière. Ils ont travaillé en moyenne 6,73 ans comme aides - soignantes et en moyenne 4,66 ans sur le lieu de travail actuel. Les aides – soignantes étaient responsables d'une moyenne de 13 patients sur les quarts de travail du matin et pour un nombre similaire sur les quarts de soirée.</p> <p>Les données démographiques et professionnelles comprennent l'âge, le sexe, les années d'études, l'état matrimonial (marié, célibataire, divorcé ou veuf), nombre d'enfants, salaire (supérieur, moyen ou inférieur au revenu moyen en Israël), travail à temps plein ou à temps partiel, années d'ancienneté dans la profession et sur le lieu de travail, et le nombre de patients sur chaque quart de travail.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le Conseil d'éthique de l'Université de Haifa, qui a pour mandat d'approuver tout projet de recherche impliquant des sujets humains mené par des professeurs d'université.</p>
Devis de recherche	<p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour examiner les caractéristiques de l'échantillon. Des tests T ont été appliqués pour comparer les variables moyennes de l'étude selon le sexe, et les analyses ont été utilisées pour comparer les variables moyennes selon les variables démographiques de trois catégories ou plus.</p> <p>Les corrélations de Pearson ont été utilisées pour évaluer les associations entre les facteurs de stress au travail, l'épuisement professionnel, le contrôle perçu, l'âge et l'éducation avec des attitudes de tolérance chez les auteurs de</p>

	<p>maltraitance. Les corrélations de Pearson ont également été utilisées pour évaluer les associations entre les variables indépendantes de l'étude, telles que les conflits de rôles, l'ambiguïté des rôles, la surcharge de travail, l'épuisement professionnel et le contrôle perçu, les attitudes tolérant des comportements abusifs.</p> <p>Des régressions multiples ont été appliquées pour évaluer davantage la nature de ces relations, plus précisément, la contribution des variables de l'étude à la variance expliquée des attitudes tolérant d'abus des personnes âgées.</p> <p>Pour l'inclusion, les associations de caractéristiques démographiques et professionnelles avec des attitudes de tolérance d'abus ont été évaluées, mais seuls les revenus ont été trouvés significativement associés aux attitudes et inclus dans l'analyse de la régression.</p> <p>Le test de Sobel (Baron & Kenny, 1986) a été utilisé pour évaluer les effets de médiation entre les variables démographiques et le stress au travail, l'épuisement professionnel, le contrôle perçu, et les attitudes qui favorisent la maltraitance chez les personnes âgées. Les valeurs P de 0,05 ou moins sont considérées comme significatives.</p>
Modes de collectes de données	<p>Dans cette étude, 3 questionnaires ont servi à récolter des données et les réponses ont été marquées sur une échelle de 1 à 5 points (1= totalement en désaccord et 5 = complètement en accord)</p> <p>Des vignettes ont également été utilisées afin de récoltés des données et les auteurs ont utilisés une échelle de 1 à 4 items (1 = pas du tout et 4 = beaucoup) afin de notés les réponses.</p>
Conduite de la recherche	<p>Premier questionnaire :</p> <p>Le questionnaire sur le stress professionnel a été développé par Gonzalez-Roma et Lloret (1998) sur la base des échelles de conflits et d'ambiguïtés de Rizzo, House et Lirtzman (1970) et de l'échelle de Michigan Organology Assessment Questionnaire (Camman, Fichman,</p>

Jenkins, Klesh, 1979) qui a servi à évaluer les facteurs de stress au travail dans divers lieux de travail.

Le questionnaire a été testé pour la validité de la construction à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire (Gonzalez-Roma et Lloret).

Tous les éléments ont été marqués sur une échelle de 1 à 5 points (1 = totalement en désaccord et 5 = complètement d'accord).

Six éléments ont été rédigés de façon positive (plus le score est élevé, moins il y a de facteurs de stress au travail) et cinq éléments ont été rédigés négativement (plus le score est élevé, plus le facteur de stress au travail est élevé). Ensuite, les éléments ont été calculés et un score élevé dans chaque sous-échelle a indiqué des niveaux élevés de conflit de rôle, d'ambiguïté de rôle ou de surcharge de travail. Pour l'analyse de la médiation, un score moyen total des facteurs de stress au travail a été calculé.

Deuxième questionnaire :

Le Maslach Burnout Inventory a été développé par Maslach et Jackson (1981) pour évaluer l'épuisement professionnel chez les professionnels de santé. Il a été testé pour la validité (convergente, discriminante) et la fiabilité avec de grands groupes de diverses professions et emplois (Cordes & Dougherty, 1993 ; Maslach & Jackson; Maslach et al, 2001; Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap et Kladler, 2001).

Trois sous-échelles ont émergées de l'analyse des données : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réalisation personnelle (Maslach & Jackson, 1996).

Dans l'étude actuelle, seuls sept éléments de la sous-échelle de l'épuisement émotionnel (ex : « je suis épuisé par mon travail ») et quatre éléments de la sous-échelle de dépersonnalisation (ex : « je sens que je traite certains résidents comme s'ils étaient des objets ») ont été utilisés.

Les participants ont été invités à évaluer leur accord avec chaque élément sur une échelle de 5 points (de 1 = totalement en désaccord à 5 =

complètement d'accord). Le score moyen a été calculé et un score élevé indiquait des niveaux élevés d'épuisement professionnel. Maslach et Jackson ont signalé la cohérence de 0,90 pour la sous-échelle d'épuisement émotionnel et 0,79 pour la sous-échelle de dépression. Dans la présente étude, les chiffres respectifs étaient de 0,85 et 0,79. En raison de la forte corrélation entre les sous-échelles ($r = .71$), un score total d'épuisement a été de 87.

Troisième questionnaire :

Le questionnaire de contrôle perçu a été développé par Kushnir et Melamed (1991) pour évaluer les effets du contrôle perçu sur le bien-être psychologique des travailleurs en utilisant le modèle de demande d'emploi de Karasek (Karasek, 1979). Il se compose de sept éléments qui examinent le contrôle perçu dans un cadre de travail (par exemple : « mes opinions ont une influence sur ce qui se passe dans mon travail »). Chaque élément a été également évalué sur une échelle de 1 à 5 points (1 = totalement en désaccord et 5 = complètement accepté). Le score moyen a été calculé avec un score indiquant des niveaux élevés de contrôle perçu. Des études antérieures ont rapporté le score de la cohérence de 92 et 93 (Shirom & Melamed, 2006). La cohérence dans la présente étude était de 79.

Quatrième questionnaire :

Le questionnaire à l'égard des attitudes maltraitantes envers les personnes âgées a été composé pour la présente étude, en l'absence de questionnaires appropriés. Il utilise la technique de la vignette, dans laquelle les perceptions, les opinions, les croyances et les attitudes sont suscitées. Il est particulièrement utile d'explorer

	<p>des sujets potentiellement sensibles auxquels les participants pourraient trouver difficiles à répondre (Selwood, Cooper, et Livingston, 2007). L'instrument actuel reposait sur un questionnaire similaire, qui portait sur les connaissances et les pratiques concernant l'identification et la gestion des situations potentiellement abusives auprès des personnes âgées (Richardson, Kitchen et Livingston, 2002).</p> <p>Le questionnaire comprend sept vignettes avec des questions ouvertes sur ce que le personnel soignant devrait faire dans la situation décrite (Richardson et al.). En conséquence, les sept vignettes de la présente étude représentent des cas de comportement abusif exercés par des aides - soignantes envers des résidents dépendants. Chaque vignette fait référence à l'un des sept types d'abus : physique, psychologique, sexuel, financier, la négligence active ou passive (un exemple est donné en annexe).</p> <p>Le questionnaire a été évalué pour la validité du contenu par quatre experts dans le domaine de la maltraitance. Les auteurs ont demandés aux participants de répondre à deux questions à chaque situation décrite : dans quelle mesure les participants ont justifié le comportement décrit et dans quelle mesure ils ont perçu que ce comportement maltraitait la personne âgée.</p> <p>Chaque élément a été évalué de 1 à 4 (1 = pas du tout et 4 = beaucoup). Un score moyen a été calculé: plus le score était élevé et plus les comportements abusifs ont été tolérés.</p>
Analyse des données	<p>Toutes les réponses aux questions sont mentionnées dans le chapitre « conduite de la recherche »</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Le tableau 2 montre les moyens (SD) et les plages des variables de l'étude. Le score moyen des attitudes maltraitantes envers les personnes âgées est de 3,24 (SD = 0,59 / sur une échelle de 1 à 4), cela indique une tendance relativement élevée à avoir des comportements abusifs.</p> <p>Les scores moyens pour les facteurs de stress au travail et le burnout ont indiqué un niveau moyen de facteurs de stress et d'épuisement expérimentés, alors que le score moyen de contrôle perçu était relativement faible.</p> <p>Les associations parmi les variables de l'étude montrent que les attitudes qui tolèrent les comportements abusifs étaient négativement associées au revenu ($r = -.17$, $p < .05$) et positivement associées au conflit de rôle et au stress au travail ($r = 0,13$, $P < .01$), à l'ambiguïté du rôle ($r = .24$, $p < .01$), à la surcharge de travail ($r = .22$, $p < .01$) et aussi avec burnout ($r = .23$, $p < .01$) cependant, pas associées à l'éducation ($r = -.03$, $p > .05$) ou au contrôle perçu ($r = -.06$, $p > .05$).</p> <p>En conclusion, plus les revenus sont bas, et plus le conflit est important et plus l'ambiguïté des rôles, la surcharge de travail, l'épuisement physique et les comportements abusifs des aides – soignantes sont élevés. Les variables du stress au travail ont également été associées à l'épuisement professionnel : conflit de rôles ($r = .18$, $p < .01$), ambiguïté de rôle ($r = .19$, $p < .01$) et surcharge de travail ($r = .26$, $P < .01$).</p> <p>Ainsi, plus le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de travail sont élevés, plus l'épuisement professionnel est élevé. Le contrôle perçu a été associé à l'ambiguïté des rôles seulement ($r = -.31$, $p < .01$) par conséquent, plus l'ambiguïté est élevée dans le travail, plus le contrôle perçu est bas.</p> <p>Une série de régressions ont servies à examiner le modèle d'étude (tableau 3, figure 2). La première étape consistait à tester la contribution des variables démographiques à la variable du stress au travail, avec des résultats insignifiants</p>

	<p>pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le conflit de rôle, $F(3, 174) = 1,33, p > 0,05$ - L'ambiguïté de rôle, $F(3, 174) = .52, p > 0,5$ - La surcharge de travail, $F(3, 173) = 1,19, p > 0,05$ <p>La contribution des variables démographiques et des facteurs de stress au travail à la variable de l'épuisement professionnel et du contrôle perçu a été recherchée dans la deuxième étape. Les variables démographiques et les contraintes de travail ont expliqué que 17% de la variable de l'épuisement physique ($F(5, 178) = 6,77, p < 0,001$) et la contribution des conflits de rôles, l'ambiguïté des rôles et la surcharge de travail était statistiquement significative.</p> <p>Les variables démographiques et du stress au travail ont expliqué 8% de la variable du contrôle perçu ($F(6, 170) = 2,52, p < 0,05$) et la contribution de l'ambiguïté des rôles était significative.</p> <p>Dans la troisième étape, la contribution des variables démographiques, les facteurs de stress du travail, l'épuisement professionnel et le contrôle perçu a permis d'examiner la variable des attitudes maltraitantes à l'égard des personnes âgées. Ces variables expliquent 16% de la variable ($F(8, 168) = 4,16, p < 0,01$). Les prédicteurs importants étaient l'ambiguïté des rôles, les conflits de rôles et l'épuisement professionnel. En conclusion, plus les aides – soignantes sont stressées et épuisées, plus elles justifient les abus.</p> <p>Enfin, l'épuisement et le contrôle perçu ont été examinés en tant que médiateurs possibles entre la variable stress au travail et les attitudes d'abus. La variable du stress au travail était significativement associée à l'épuisement professionnel ($b = 0,38 ; p < 0,01$), et l'épuisement professionnel était significativement associé à des attitudes d'abus envers les</p>
--	---

	personnes âgées ($b = 0,33$; $p < 0,05$). La variable du stress au travail a également été associée aux attitudes maltraitantes ($b = 0,38$; $p < 0,01$).
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La présente étude atteste que des aides – soignantes dans les EMS manifestent une prévalence élevée de comportements abusifs envers les personnes âgées. Ces attitudes étaient fortement liées à des niveaux plus élevés de conflits de rôle, d'ambiguïté de rôle et d'épuisement professionnel.</p> <p>Les auteurs ont également constaté que l'épuisement professionnel a mis en cause partiellement la relation entre les facteurs de stress au travail et les attitudes d'abus. Cela indique que les facteurs de stress au travail peuvent augmenter l'épuisement professionnel, ce qui peut intensifier la maltraitance.</p> <p>Selon la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988) et les données empiriques (Glasman & Albarracín, 2006 ; Mcconville & Cornell, 2003), les attitudes sont des prédicteurs importants des comportements, il est donc impératif de les examiner. Ceci est particulièrement important en ce qui concerne les comportements abusifs du personnel des EMS (Shaw, 1998). La présente étude affirme que les facteurs situationnels et les éléments comportementaux jouent un rôle commun dans la création d'attitudes chez les individus. La théorie d'Ajzen augmente les conclusions des auteurs en disant que les personnes forment des comportements lorsqu'ils sont tolérés ou perçus comme normatifs par eux-mêmes et par d'autres membres de la même organisation. Des attitudes maltraitantes des aides – soignantes peuvent également prédire leur comportement avec les résidents. Notez également que dans l'étude actuelle, les facteurs de stress au travail et l'épuisement professionnel ont démontré des facteurs importants expliquant les attitudes de maltraitance envers des personnes âgées, alors que les caractéristiques démographiques, telles que le revenu et</p>

	<p>l'éducation étaient négligeables.</p> <p>Les résultats de l'étude appuient les études antérieures des États-Unis et de l'Europe, qui ont révélé que les facteurs de stress au travail et l'épuisement professionnel sont associés aux comportements abusifs envers les personnes âgées dans les EMS. Il soutient également les constatations selon lesquelles des niveaux élevés de conflits de rôle et de burnout pourraient être des facteurs de risque de maltraitance chez les personnes âgées (Evers, Tomic et Brouwers, 2002 ; Gibbs & Mosqueda, 2004; Pillemer & Bachman-Prehn, 1991). Bien que l'étude actuelle porte sur les attitudes et non sur le comportement réel, il semble que les facteurs de stress au travail et l'épuisement peuvent conduire à des comportements abusifs dans la pratique. Selon des études mondiales (Evers et al., Gibbs & Mosqueda, Pillemer & Bachman-Prehn), les facteurs de stress au travail et l'épuisement chez les aides – soignantes sont également des facteurs de maltraitance envers les personnes âgées. Les associations trouvées dans la présente étude sont conformes aux théories de la situation et des rôles (Anetzberger, 2005). Ils estiment que le rôle des aides - soignantes, qui consiste à soigner les personnes âgées dans un environnement de travail stressant avec des pressions exercées sur les rôles et d'autres facteurs, peut donner lieu à des comportements agressifs envers les personnes âgées.</p> <p>Il a été montré précédemment que l'épuisement peut être atténué par des interventions appropriées telles que la gestion du stress, les habiletés d'adaptation (Mimura & Griffiths, 2003) et les compétences interpersonnelles (Corcoran & Bryce, 1983). Cela peut être réalisé grâce à des formations (Cohen & Gagin, 2005) ou à une supervision continue (Cohen, Gagin et Peled-Avram, 2006).</p> <p>Parmi les variables démographiques, seul le faible revenu était associé à des attitudes d'abus. Cette</p>
--	---

	<p>constatation confirme celle d'une étude antérieure (Shaw, 1998) qui montre que le manque de rémunération et d'appréciation contribue à la colère et à l'hostilité des membres du personnel. Cependant, les revenus ont cessé d'être significativement associés à des attitudes maltraitantes.</p> <p>L'absence de relations entre les variables démographiques et les facteurs de stress au travail, l'épuisement professionnel, le contrôle perçu et les attitudes qui concilient les comportements abusifs va à l'encontre des résultats d'autres études (Bennett & Kingston, 1993 ; Cocco, Gatti, Lima et Camus, 2003; Karasek & Theorell, 1996). Ce contraste s'explique peut-être par le niveau de formation des participants que dans d'autres études (Mercer et al., 1993 ; Pillemer & Moore, 1989).</p> <p>La présente étude montre que la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988) peut être mise en œuvre dans l'étude des attitudes maltraitantes. Les auteurs ont approfondi leur compréhension des facteurs et des processus associés à ces attitudes, ce qui constitue également une étape essentielle vers la prévention des comportements abusifs. Cette étude contribue également à une compréhension plus approfondie de la théorie des comportements planifiés (Ajzen) en mettant l'accent sur l'importance des variables situationnelles (facteurs de stress au travail, etc.). Le modèle original ne se rapporte pas au rôle des états cognitifs et émotionnels dans la maltraitance. Il est donc suggéré d'évaluer davantage le rôle de l'épuisement professionnel dans la maltraitance et le rôle des états émotionnels dans l'élaboration des attitudes et comportements en général.</p> <p>Limites :</p> <p>Cette étude a plusieurs limites. Il s'agissait d'un échantillon simple et ne représentait pas toute la population d'aides soignantes en Israël.</p>
--	--

	<p>Les réponses des aides – soignantes auraient pu être biaisées en raison de l'opportunité sociale ou de la crainte de révéler leurs attitudes. Elles ont peut-être répondu au questionnaire de manière à faire une impression positive pour les autres aussi bien que elles - mêmes.</p> <p>Enfin, l'utilisation de la méthodologie des vignettes limite les conclusions aux réponses données qui peuvent ne pas être identiques aux réponses qui seraient données dans les situations réelles. Pourtant, la méthodologie de la vignette a été largement utilisée dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées car elle permet au candidat d'être confronté à un large éventail de problèmes rapidement (Richardson et al., 2002 ; Selwood et al., 2007).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Plusieurs conclusions peuvent être tirées pour les politiques et les pratiques. Tout d'abord, la lutte contre la maltraitance des personnes âgées dans les établissements à long terme devrait commencer par l'évolution des conditions de travail. L'objectif est de réduire les facteurs de stress au travail, dont les résultats montrent qu'ils sont très répandus parmi les aides-soignantes dans les EMS (Geiger-Brown et al., 2004 ; Sung et al., 2004). Ces changements devraient être sanctionnés aux niveaux des politiques et de la prise de décision (Yamada, 2002). L'augmentation du nombre d'aides – soignantes, la clarification des attentes et l'amélioration des conditions de travail et des salaires peuvent contribuer à leur bien-être, ce qui peut influencer leur attitude envers les résidents. Des efforts devraient également être investis pour s'attaquer directement au burnout en raison de son rôle central dans l'élaboration des attitudes maltraitantes. Pourtant, cette condition est modifiable par le soutien, l'éducation, la supervision (Cohen & Gagin, 2005 ; Cohen et al., 2006 ; Mimura & Griffiths, 2003) et d'autres moyens bien établis. Une politique claire devrait être formulée dans chaque institution pour signaler et arrêter la maltraitance envers les résidents (Liang, 2006).</p>

Grille de Fortin n°2

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>-Oui, le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude.</i></p> <p>Titre : Abus des aînés : Situation globale, facteurs de risque et stratégies de prévention</p>
Résumé	<p><i>-Oui le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche.</i></p> <p>Objectif, problème : la maltraitance chez les personnes âgées est maintenant reconnue internationalement comme un problème croissant, qui exige une certaine urgence, de l'attention de systèmes des services médicaux, des agences de protection sociale, des responsables politiques et du grand public. Dans cet article, nous fournissons une vue d'ensemble de questions globales dans le domaine de l'abus des personnes âgées, avec un accent sur prévention.</p> <p>Méthodes : Cet article fournit un examen de revue de problèmes dans le champ (domaine) d'une perspective internationale.</p> <p>Résultats : En se référant principalement sur des études sur la base d'une population, cette revue a fournie une synthèse valable et fiable des connaissances actuelles sur la prévalence et les facteurs de risque qui sont disponibles. Malgré le manque de recherches scientifiques à propos des interventions sur l'abus des aînés, la revue a aussi identifié 5 stratégies prometteuses pour la prévention.</p> <p>Discussion : les résultats mettent en évidence un consensus croissant à travers des études quant à la mesure et aux causes de maltraitance des aînés, aussi bien que le besoin de faire des efforts au niveau des programmes plus efficaces de prévention.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>-Oui le problème est clairement formulé.</i></p> <p><i>-Ce qu'il s'agit d'étudier :</i> Dans cet article, les auteurs fournissent une vue d'ensemble de questions globales (mondiales) dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées, avec un accent sur la prévention. Ce focus est approprié parce que la maltraitance est probablement le problème le plus répandu chez les personnes plus âgées qui est en grande partie évitable, contrairement à beaucoup de conditions de maladie de vieillesse.</p> <p>L'abus des personnes âgées est maintenant reconnu internationalement comme un problème vaste et sérieux, exigeant une certaine urgence et de l'attention des systèmes de services médicaux, des agences de protection sociale, des responsables politiques et du grand public.</p> <p>Avec une augmentation globale dans la population de personne âgée, il faut s'attendre à ce que l'abus d'aîné devienne un problème encore plus urgent, affectant des millions d'individus dans le monde entier. L'abus des personnes âgées est associé aux conséquences individuelles et des coûts sociaux, méritant de l'attention, puisque c'est une question de santé publique sérieuse.</p> <p>Donc, une meilleure compréhension de causes et de la prévention d'abus des personnes âgées devrait être une priorité majeure.</p> <p>Une littérature scientifique au niveau internationale s'améliore et permet de soutenir cette préoccupation croissante, y compris des études de fréquence dans un certain nombre de pays et des projets comparatifs internationaux. De plus, les stratégies de prévention sont de plus en plus documentées dans quelques pays.</p>

Recension des écrits	<p><i>-Oui une recension des écrits a été faite.</i></p> <p>Les rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé, les Nations Unies et d'autres organismes internationaux ont mis en évidence la maltraitance des personnes âgées et ont souligné la gamme d'activités nuisibles. Cette étude de revue est initialement tirée d'examens systématiques et complets existant de la littérature sur l'abus des aînés.</p> <p>Dans cette revue, les auteurs ont suivi le modèle écologique (Wallace et Le Bonnie, 2003) pour le rapport des facteurs de risque, se concentrant sur les niveaux de l'individu (la victime et l'abuseur), la relation, la communauté et la société qui est associé au risque de maltraitance. Les auteurs se sont concentrés sur des études basées sur la population, des études de comparaison de cas choisies et des examens (revues) systématiques pour identifier des facteurs de risque. Semblable à l'approche utilisée par Sethi et ses collègues (2011), les facteurs de risque ont été assignés à une de trois catégories basées en vertu de la preuve (l'évidence) :</p> <p>Selon le tableau p. 198 : (a) des facteurs de risque forts validés par la preuve (l'évidence) substantielle, (b) des facteurs de risque potentiels pour lesquels la preuve (l'évidence) est mélangée ou limitée et (c) des facteurs de risque contestés pour lesquels est là le manque de preuve(d'évidence) claire (la Table 1).</p>
Cadre de recherche	<p><i>-Oui les concepts sont mis en évidence mais ne sont pas défini sur le plan conceptuel.</i></p> <p>Les méthodes des examens de revue d'examen sont utilisées pour fournir une large vue d'ensemble d'un sujet et aider les communautés, les thèmes et les écarts dans la littérature. Les auteurs ont conduit un examen de revue pour gagner une vue d'ensemble de la littérature sur la fréquence d'abus envers les personnes âgées et</p>

	<p>les facteurs de risques.</p> <p>Les mots clés sont présents : personnes âgées maltraitées, model facteurs de risques, prévention</p>
Buts et question de recherche	<p><i>-La question n'est pas clairement posée mais le but de cette recherche oui.</i></p> <p>Le but de l'article est de fournir une vue d'ensemble de questions dans le domaine de l'abus des aînés, avec un accent sur prévention.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>-Non la population n'est pas définie de façon précise et peu détaillée.</i> Les auteurs ont seulement inclus des études de fréquence d'abus des aînés à base de population utilisant l'échantillonnage aléatoire ou exhaustif et cela afin de rassembler des données directement auprès de personnes âgées.</p>
Considérations éthiques	<p><i>-Pas de précisions à ce propos.</i></p>
Devis de recherche	<p>C'est une méthasynthèse. Les auteurs ont exclu des études basées sur la commodité, clinique, ou des échantillons d'agence de service sociaux, aussi bien que les études qui ont rassemblés des données du personnel soignant, des professionnels, ou des rapports d'agence pour identifier les cas de maltraitance. Ils se sont concentrés au niveau régional ou des études de niveau national à moins que cette échelle de recherche ne soit indisponible dans un pays donné (par exemple, dans certains cas, les seules enquêtes ont été conduites dans une ville individuelle). Ils ont limité l'examen aux études de fréquence d'abus de haute qualité pour synthétiser et avancer la connaissance la plus valable et fiable possible.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs ont seulement inclu des études de fréquence de maltraitance à base de population utilisant l'échantillonnage aléatoire ou exhaustif et</p>

	<p>cela a rassemblé des données de personnes âgées. Ils ont exclu des études basées sur la commodité, clinique, ou des échantillons d'agence de service sociaux, aussi bien que les études qui ont rassemblé des données du personnel soignant, des professionnels, ou des rapports d'agence pour identifier les cas d'abus. Ils se sont concentrés au niveau régional ou des études de niveau national à moins que cette échelle de recherche ne soit indisponible dans un pays donné (par exemple, dans certains cas, les seules enquêtes ont été conduites dans une ville individuelle). Pour récupérer des rapports, les auteurs ont conduit des recherches de résumé dans quatre bases de données majeures (PubMed, MEDLINE, PsycINFO, etc.) entre 2011 et 2014 avec les termes de recherche suivant : [(abus aîné OU négligence aînée OU mauvais traitement aîné OU mauvais traitement aîné) ET (incidence OU fréquence)].</p> <p>Cette recherche de base de données a abouti à 211 rapports en général qui ont été réduits à huit études après avoir omis des duplications et les rapports qui n'ont pas satisfait de critères d'inclusion/exclusion. Les 20 études, informant l'étude de revue de fréquences d'abus envers les personnes âgées et des facteurs de risque, sont décrites. De plus, les auteurs ont consulté des documents comparatifs internationaux quant à l'état de programmation d'abus dans des pays différents.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p><i>-Oui le processus de collecte de données est décrit clairement.</i></p> <p>Les données d'un certain nombre de pays, concernant la mesure d'abus des personnes âgées, justifient des tentatives urgentes d'aborder le problème. Bien que quelques enquêtes de population n'aient pas de définitions claires ou trop larges, la preuve est maintenant disponible dans un certain nombre d'enquêtes de population, à grande échelle d'individus,</p>

	<p>demeurant dans les communautés et cela dans un certain nombre de pays. La recherche concernant la maltraitance des personnes âgées a tendance à être subdivisée dans des typologies basées sur la communauté ou des populations de personne âgée résidants dans des institutions. Dans cette recherche suivante, concernant la fréquence d'abus envers les aînés, les auteurs se sont concentrés sur des enquêtes sur des communes. La fréquence d'abus dans des institutions n'est pas couverte à cause du manque de recherche dans cette zone. Aucune étude de fréquence fiable n'a été conduite dans les maisons de retraite à propos des mauvais traitements ou d'autres établissements de soins à long terme. Des taux de prévalence d'abus envers les personnes âgées se sont basés sur une synthèse de résultats de 18 études supplémentaires.</p> <p>Deux études ont été exclues parce qu'elles mesuraient la fréquence au cours d'une période différente, soit de 5 ans. Parmi les 18 études retenues, utilisant une période de fréquence d'1 an, quelques-unes n'ont pas rassemblés des données sur chaque forme d'abus. Donc, les taux de prévalence d'abus synthétisés ont été basés sur des études avec des données pertinentes.</p>
Analyse des données	<p><i>-Les facteurs susceptibles d'influencer sur les résultats ne sont pas considérés dans l'analyse</i></p> <p><i>-La méthode d'analyse n'est pas décrite dans cet article</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>-Les résultats sont présentés adéquatement</i></p> <p>L'abus physique</p> <p>L'abus physique chez les personnes âgées était le type de maltraitance le plus mesuré. Le dépistage était généralement basé grâce à l'Échelle de Tactique de Conflit (CTS) ou une version modifiée du CTS, comme développé dans Pillemer et</p>

	<p>Finkelhor (1988). Dans presque toutes les études, les cas d'abus physiques ont été définis comme un ou plusieurs événements dans une période de fréquence donnée. Le taux de prévalence d'abus physiques se sont étendues de 0.2 % à 4.9 % avec une moyenne de 2.8 %.</p> <p>Le Canada (0.5 %) et les États-Unis (1.4 %) ont rapportés les taux de prévalence les plus bas d'abus physique, suivi par l'Europe (1.67 %). Deux études de l'Asie ont rapporté des taux d'abus physiques quelque peu plus hauts (l'Inde : 4.3 %, la Chine : 4.9 %), tandis qu'une étude du Nigeria a trouvé de loin le taux le plus haut (14.6 %).</p> <p>L'abus sexuel :</p> <p>Bien qu'une étude soit incorporée CTS, les chercheurs développaient généralement leur propre ensemble de questions d'examen pour l'abus sexuel envers les aînés. Les résultats des études systématique de cas d'abus sexuel montrent plusieurs événements arrivant dans une période donnée. À travers des études, la fréquence d'abus sexuel s'est étendue de 0.04 % à 0.8 % (la valeur atypique 3.3 %), avec une moyenne de 0.7 %. Contrairement à l'abus physique, le Nigeria a rapporté la fréquence la plus basse d'abus sexuel (0.04 %), suivi par Les États-Unis (0.5 %), le Mexique (0.8 %) et l'Europe (1.0 %).</p> <p>L'abus financier :</p> <p>Les outils standardisés n'étaient pas disponibles pour examiner l'abus financier envers les personnes âgées. Donc, une vaste gamme d'approches de mesures a été employée à travers des études de fréquence pour évaluer ce type de maltraitance. Cependant, les études systématiques ont défini le cas d'abus financier comme un ou plusieurs événements de maltraitance dans une période de fréquence</p>
--	--

donnée. À travers des études, la fréquence d'abus financier s'est étendue de 1.0 % à 9.2 % (valeur atypique 13.1 % ; la figure (le chiffre) 1) avec une moyenne de 4.7 %. Les études du Nigeria et Israël ont rapporté la fréquence la plus haute d'abus financier à 13.1 % et 6.4 %, respectivement. Le Mexique avait la fréquence la plus basse d'abus financier (2.6 %), tandis que des taux (tarifs) moyens à travers l'Europe (3.8 %) et les États-Unis (4.5 %) sont tombés au milieu.

L'abus psychologique :

le CTS (ou une version modifiée) était l'outil le plus commun à la mesure de l'abus psychologique, bien que plusieurs études aient aussi développé leurs propres questions de dépistage.

En général les études ont rapporté une très vaste gamme de taux de prévalence d'abus psychologiques (0.7 %-27.3 %), avec une moyenne de 8.8 %. Cependant, les études devraient être subdivisées par ceux qui ont défini les cas d'abus psychologique selon des critères principaux de seuil et ceux qui ont défini les cas simplement comme un ou plusieurs événements.

Les études utilisant des critères principaux de seuil définissaient typiquement le cas d'abus psychologique comme 10 ou plus d'événements. Quelques études ont ajoutés un critère. Parmi les études qui ont utilisées des critères principaux de seuil, la fréquence d'abus psychologique sur 1 an se sont étendus de 0.7 % à 6.3 % (la valeur atypique 10.8 %), avec une moyenne de 3.3 %. Les études qui n'ont pas utilisé de critères principaux de seuil ont rapporté la fréquence de violence psychologique s'étendant de 4.6 % à 27.3 %, avec une moyenne de 13.6 %. Définissant le cas de violence psychologique comme un ou plusieurs événements (sans seuils)

sont probablement trop faibles parce qu'ils capturent les anciens scénarios qui ne doivent pas être caractérisés comme abus. Parmi les études qui ont utilisé des critères de seuil, l'Inde a rapporté la fréquence relativement haute de violence psychologique (10.8 %), tandis que le Canada, les États-Unis et l'Europe avaient des taux moyens inférieurs de 1.4 %, 1.5 % et 2.9 %, respectivement.

La négligence :

La majorité des chercheurs a produit leur propre ensemble de questions pour examiner la négligence envers les personnes âgées, bien que quelques études utilisent des outils standardisés (le Duc des AVIRONS, Katz ADL l'Index). Une étude de cas de négligence défini comme un ou plusieurs événements dans une période donnée ou selon des critères principaux de seuil basés sur la fréquence d'événements et l'auto-perçu des personnes âgées. Les études utilisant des seuils principaux définissaient typiquement la négligence positive comme 10 ou plus d'événements, tandis que quelques études ont ajouté le critère que les événements perçus comme très sérieux par la personne âgée. À travers toutes les études, la fréquence de négligence s'est étendue de 0.2 % à 5.5 % (la valeur atypique 15.8 %), avec une moyenne de 3.1 %. La différence dans la fréquence de négligence entre les études qui ont utilisés des critères de seuil (= 1.1 %) et ceux qui n'ont pas utilisés (= 5.7 %) n'étaient pas significatifs. Cependant, il faut noter que les cas de négligence définis comme un ou plusieurs événements est probablement trop faible parce qu'ils capturent d'anciens scénarios que la plupart des experts disent ne pas devoir être caractérisé comme abus.

Parmi les études qui ont fusionné des critères de seuil, le Canada a rapporté le taux le plus bas de négligence (0.4 %), suivi par l'Europe (0.5 %) et

	<p>les États-Unis (1.1 %), tandis que l'Inde a rapporté la fréquence de négligence la plus haute (4.3 %).</p> <p>Ensemble, plusieurs études ont rapporté une fréquence d'abus agrégée qui a incorporé toutes les formes de maltraitance. En général les études ont rapporté une étendue de fréquence d'abus envers les aînés agrégé à 2.2 % à 36.2 %, avec une moyenne de 14.3 %.</p> <p>À travers toutes les études, la fréquence la plus haute a été rapportée en Chine (36.2 %) et le Nigeria (30.0 %), suivi par Israël (pour 18.4 %), l'Inde (pour 14.0 %) et l'Europe (pour 10.8 %),</p> <p>Parmi ces études utilisant des critères de seuil de violence psychologique, l'Inde avait la fréquence d'abus la plus haute (14.0 %), suivi par Les États-Unis (7.6 %), l'Europe (6.03 %) et le Canada (4.0 %).</p> <p>Il devrait être souligné que les taux de prévalence d'abus rapportés sont probablement sous-estimés au niveau de la vraie fréquence de la population. Les personnes âgées ont tendance à minimiser des problèmes personnels comme la violence interpersonnelle (Wallace et le Bonnie, 2003). Ce qui est le plus important : des enquêtes, concernant la fréquence d'abus, ont porté un certain préjugé sur la participation à la recherche dans lequel ils excluaient généralement un groupe de personnes âgées qui est potentiellement le plus vulnérable au problème : les individus avec déficience cognitive.</p> <p>Un certain nombre d'études plus petites, utilisant la commodité des échantillons de service cliniques/sociaux ont été conduites auprès du personnel soignant s'occupant de personnes âgées démentes.</p> <p>Dans ces études, la fréquence d'abus physique s'est étendue de 1.0 % à 23.1 % avec une</p>
--	---

moyenne de 10.9 %. La fréquence de violence psychologique s'est étendue de 27.9 % à 62.3 % avec une moyenne de 39.5 %. Pour finir, la fréquence de négligence s'est étendue de 4.0 % à 15.4 % avec une moyenne de 11.1 %. Les études n'ont pas fait un rapport sur la fréquence d'abus sexuel ou l'exploitation financière.

Ainsi, il apparaît que la fréquence d'abus est beaucoup plus haute parmi des personnes âgées démentes comparées avec les personnes âgées cognitivement intactes.

Des études de fréquence de la maltraitance basées sur des individus dans des EMS montrent que les taux peuvent être plus hauts que dans la communauté.

Ces résultats suggèrent que l'abus envers les personnes âgées est élevé au niveau des services sociaux et de santé (les professionnels de santé sont souvent en contact avec les personnes âgées). Les professionnels de la santé sont susceptibles d'être maltraitant à cause de la routine.

En conclusion, comme la discussion sur les facteurs de risque ci-dessous le montre, certaines sous-populations qui sont présentées dans le système de service des personnes âgées (par exemple, les patients atteints de démence) ont un risque plus élevé de maltraitance. Si la prévalence des taux reste les mêmes, le nombre d'aînés abusés augmentera sur une croissance rapide.

Les cas de violence envers les personnes âgées diffèrent selon les taux de la croissance démographique. Néanmoins, des programmes de prévention dans tous les pays sont bien justifiés pour aider à réduire la prévalence et amortir l'effet d'une population vieillissante à l'échelle mondiale.

Les facteurs de risques :

Le développement de programmes de prévention est fondé sur une compréhension des facteurs de risque de la maltraitance.

Dans cette revue, les auteurs ont suivi le modèle écologique (Wallace et Le Bonnie, 2003) pour le rapport des facteurs de risque, se concentrant sur les niveaux de l'individu (la victime et l'abuseur), la relation, la communauté et la société qui est associé au risque d'abus. Les auteurs se sont concentrés sur des études basées sur la population, des études de comparaison de cas choisies et des revues systématiques pour identifier des facteurs de risque. Semblable à l'approche utilisée par Sethi et ses collègues (2011), les facteurs de risque ont été assignés à une des trois catégories basées en vertu de la preuve (l'évidence) :

Selon le tableau p. 198 : (a) des facteurs de risque forts validés par la preuve (l'évidence) substantielle, (b) des facteurs de risque potentiels pour lesquels la preuve est mélangée ou limitée et (c) des facteurs de risque contestés pour lesquels est là le manque de preuve claire (la Table 1).

Les facteurs de risque au niveau individuel (victime) :

Dépendance ou incapacité fonctionnelle :

À travers des pays, la personne âgée qui présente un handicap ou une dépendance physique, a systématiquement révélés un risque plus grand d'abus, y compris l'abus psychologique et financier aux États-Unis et en Chine.

Santé physique : Problèmes de santé :

Les problèmes de santé ont aussi été systématiquement associés à la maltraitance, y compris l'abus financier, la violence psychologique

	<p>et physique, sexuel et de négligence.</p> <p><u>Démence cognitive :</u></p> <p>Bien que la plupart des études basées sur une population avec une démence cognitive aient été exclues, d'autres recherches ont trouvé les taux relativement élevés de maltraitance induit par le personnel soignant s'occupant des personnes avec une démence. Il a été relevé que la démence cognitive est un fort facteur de risque.</p> <p><u>Santé mentale :</u></p> <p>Les études ont trouvé une relation entre la santé mentale/émotionnelle de la victime et de l'abus. La dépression ou des symptômes dépressifs ont été associés spécifiquement avec l'abus émotionnel et physique.</p> <p><u>Faible revenu :</u></p> <p>Le faible revenu prédit le risque d'abus des personnes âgées.</p> <p><u>Le genre :</u></p> <p>Des études internationales (Portugal, Inde, Irlande, Israël et le Mexique) indiquent que les femmes sont plus à risque d'avoir d'être maltraitées.</p> <p>Cependant, une étude conduite à Séoul (Corée du Sud, 2006) a constaté que les hommes ont été plus susceptibles d'éprouver de l'abus émotionnel et financier.</p> <p><u>La dépendance financière :</u></p> <p>La preuve d'études conduite en Europe, en Asie et en Afrique prouve que la dépendance financière soit liée à l'abus et à la négligence des personnes âgées.</p> <p><u>Appartenance ethnique</u></p> <p>Des conclusions liées à l'appartenance ethnique vient des États-Unis et du Canada. Ces pays</p>
--	---

suggèrent que les groupes raciaux/ethniques spécifiques aient des tendances à être plus à risque de maltraitance. Les personnes âgées afro-américaines peuvent être plus à risque d'abus financier et l'abus psychologique et des personnes âgées autochtones ont démontré le risque plus haut d'abus physique et sexuel, tandis que les personnes âgées hispaniques ont montré le risque inférieur de la violence psychologique, d'abus financier et de négligence.

Facteurs de risque de niveau individuel (abuseur)

Jusqu'à présent, des études d'abus envers les aînés ont rassemblés des données de personnes âgées. Sans produire un échantillon aléatoire des individus qui sont dans une relation confiante avec une personne âgée, il est difficile de vérifier les facteurs réels qui placent ces personnes de confiance face à un danger de commettre un abus. Les informations sur les auteurs disponibles dans les études sont aussi limitées par le cahier des charges qui est souvent mis en place pour protéger des personnes interrogées. Malgré ces limitations, plusieurs études décrivent des caractéristiques des abuseurs.

Maladie mentale :

La dépression et l'anxiété sont communes parmi les auteurs d'abus des personnes âgées. Aux États-Unis, les études montrent que la dépression chez le soignant est prédictive de maltraitance physique et de violence verbale.

Abus de substances toxiques :

Les drogues, l'alcool, etc. sont des facteurs de risque de maltraitance. Ces substances ont été liés avec l'abus verbal et financier au Canada et l'abus financier en Irlande et le Royaume-Uni.

	<p><u>Niveau de relation entre l'auteur d'abus et la victime :</u></p> <p>Aux États-Unis, en Israël et en Europe, l'auteur d'abus psychologique et physique le plus commun est un conjoint/le partenaire.</p> <p>Situation de famille</p> <p>Quelques études faites aux États-Unis, au Canada et en Europe indiquent que le fait d'être marié est associé à l'abus des aînés. D'autres études des États-Unis, de l'Europe, du Mexique et de la Chine ont constaté qu'étant séparé/divorcé, ou devenu veuf est associé au risque d'abus des aînés.</p> <p><u>Facteurs de risques au niveau communautaire :</u></p> <p>En plus des caractéristiques de la victime, des contextes communautaires peuvent aussi placer certains individus dans un risque de maltraitance.</p> <p><u>Emplacement géographique :</u></p> <p>Les études conduites au Canada et au Nigeria du Sud-Ouest ont rapporté que les individus vivant dans des zones urbaines étaient à risque de maltraitance. La résidence dans un pays spécifique peut aussi être un facteur de risque pour l'abus. Par exemple, une étude de fréquence faite dans 7 pays européens montre qu'en Grèce, la résidence a été associée au risque accru d'abus sexuel, tandis que la résidence au Portugal a été associée au risque accru d'abus financier.</p> <p><u>Les normes sociales et culturelles :</u></p> <p>Des études spéculent que la normalisation de violence peut perpétuer le comportement violent vers des personnes âgées.</p> <p><u>Les facteurs protecteurs :</u></p> <p>Les preuves empiriques quant aux facteurs qui peuvent protéger des individus de maltraitance sont limités. Cependant, un corps de recherche suggère que deux facteurs puissent conférer à la</p>
--	---

protection contre l'abus chez les aînés.

Études de support sociales conduites :

Aux États-Unis, en Europe, en Inde et en Israël, les études ont constaté que le support social et le fait d'être incorporé dans un réseau social baissent le risque de maltraitance.

Arrangement de vie :

L'étude sur l'arrangement de vie faite aux États-Unis et en Europe a montré qu'un cadre de vie partagé est un facteur de risque de maltraitance majeur pour la personne âgée plus spécifiquement, l'abus physique et financier.

Prévention

La sélection et l'évaluation d'options de prévention constituent un défi considérable, cependant, des données d'évaluation fiables n'existent sur aucune des options.

En effet, l'écart le plus grand dans la connaissance de la maltraitance se trouve dans la zone de prévention. Seulement, 10 études d'intervention ont été conduites avec des méthodes même imperceptiblement acceptables et les résultats de la plupart de ces efforts ont été négatifs ou équivoques. Aucune étude comparative internationale de programmes de prévention n'a été conduite.

Plus loin, aucunes informations n'existent sur la rentabilité des programmes ; en effet, il n'y a pratiquement aucune donnée descriptive des coûts encourus par n'importe quelles interventions pour la maltraitance.

Malgré le manque de données d'efficacité, le sérieux et la portée du problème de l'abus des aînés exigent que les pays et les communautés doivent agir au plus vite pour l'empêcher. **Les auteurs ont identifié cinq interventions**

	<p>basées sur la preuve d'études de cas multiples.</p> <p><u>Interventions de personnel soignant :</u></p> <p>Ces interventions fournissent des services pour soulager le fardeau des soins, comme l'économie domestique et la préparation de repas, l'enseignement (éducation), des groupes d'entraide et le service d'accueil du jour. Elles sont promues comme des stratégies de prévention d'abus. Il y a la preuve suggestive que ces interventions, quand elles sont dirigées spécifiquement au personnel soignant abusif, peut aider à empêcher la maltraitance. Plus loin, il y a une certaine indication pour le début d'abus qui peut être réduit par des interventions de support de personne fournissant des soins.</p> <p>Les interventions de personne donnant des soins sont donc une approche prometteuse à la prévention.</p> <p><u>Programmes de gestion d'argent :</u></p> <p>Des rapports d'étude de cas vastes suggèrent que l'on puisse aider des individus vulnérables à l'exploitation financière par des programmes de gestion d'argent. De tels programmes représentent de l'aide de gestion d'argent quotidienne, y compris l'aide avec le paiement de factures, les dépôts en banque, la négociation avec des créanciers et le paiement du personnel de soins à domicile. Ces programmes sont visés aux groupes au risque élevé d'exploitation financière et pour des individus ayant un certain degré de déficience cognitive et qui sont socialement isolés.</p> <p><u>Des lignes d'assistance :</u></p> <p>L'intervention la plus largement utilisée à travers les pays est "des lignes d'assistance" téléphoniques, qui permettent aux individus de chercher conseil et de l'aide quant à l'abus des aînés. Il y a une preuve d'étude de cas</p>
--	--

considérable suggérant que les lignes d'assistance facilitent la première intervention qui peut empêcher ou prévenir les mauvais traitements.

De telles lignes d'assistance sont typiquement pourvues en personnel par des volontaires formés ou des professionnels. Parce que beaucoup d'aînés éprouvent la honte de la situation abusive, les lignes d'assistance ont l'avantage de permettre aux interlocuteurs de rester anonymes. Dans d'autres pays, les lignes d'assistance ont été établies spécifiquement pour des victimes d'abus. Le système de ligne d'assistance le plus vaste est un réseau national de centres de ligne d'assistance créés par Alma France qui fournit conseil immédiat et un suivi à long terme (Sethi et d'autres, 2011). Les lignes d'assistance devraient être considérées comme une intervention prometteuse, étant donné les rapports de cas positifs et le manque de preuve de n'importe quels résultats défavorables.

Dans le cas d'une urgence, il existe des abris de secours pour des femmes battues, fournissant une zone de sécurité pour échapper à l'abus (Morocco et le Chou, 2009). Cependant, les abris sont sous-exploités par les femmes plus âgées, qui sont souvent inconscientes de l'abus (Straka et Montminy, 2006). De plus, les abris de femme battus ne sont pas typiquement conçus pour accueillir des femmes plus âgées avec des problèmes de santé physiques ou la démence. Donc, les programmes d'abri spécialisés pour les victimes (personnes âgées) ont été développés. Les études descriptives de programmes d'abri suggèrent des résultats positifs, indiquant que c'est une option de programme prometteuse.

Des équipes pluridisciplinaires

Dans tous les pays, la prévention d'abus des aînés efficace exige la coordination de services disponibles. Le système de réponse à cette

	<p>problématique : la justice pénale, des services médicaux, le soin de santé mentale, des services de victime, des services juridiques civils, des services protecteurs adultes, des services financiers, le soin à long terme et la prise de décisions de procuration. L'étude de cas et la preuve quasi-expérimentale montrent que les équipes pluridisciplinaires (des MDT) sont susceptibles d'être une réponse efficace à coordonner le soin et réduire la fragmentation, démultipliant des ressources, la connaissance professionnelle croissante et des résultats, s'améliorant. Comme une des pratiques les plus prometteuses du champ, les MDT devraient être mis en œuvre et testées internationalement. Cependant, il devrait être noté que les MDT sont à présent plus appropriés dans des nations de revenu élevé, étant donné que les services doivent d'abord être disponibles pour être coordonné.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>-Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre.</i></p> <p>Dans le résumé, étant donné tant une pénurie de ressources dans beaucoup de pays, il manque une base de preuve solide. Des différences substantielles existent parmi des nations ; il y a des systèmes de service d'abus des aînés beaucoup plus expansifs dans des pays à hauts revenus.</p> <p>Bien qu'il y ait un manque de données d'évaluation, il y a le consensus dans le champ international quant au besoin d'étendre la gamme des services pour le mauvais traitement des aînés. Cependant, il y a plusieurs options de prévention qui sont soutenues par la preuve préliminaire de leur efficacité et il y a aucun rapport de résultats défavorables. Les programmes avec la promesse la plus grande</p>

basée sur la preuve (l'évidence) d'étude de cas clinique, quasi-expérimentale ou seule sont : (a) Des approches (particulièrement dans des pays où le système de service est suffisamment développé pour exiger la coordination) ; (b) les lignes d'assistance pour victimes potentielles ; (c) gestion financière pour les aînés en danger d'exploitation financière; (d) la personne donnant des soins soutiennent des interventions; et les abris (e) de secours pour les victimes.

-Oui la conclusion est conforme à l'analyse des différents résultats :

La maltraitance envers les personnes âgées est un problème international croissant avec des manifestations différentes dans des pays différents et des cultures différentes. La variation substantielle d'approches légales et législatives au problème existe aussi entre les pays différents. De même les ressources disponibles préviennent et interviennent dans l'abus des aînés et le degré auquel ils sont coordonnés, varient considérablement dans le monde entier. La prévention prometteuse et des stratégies d'intervention sont développées principalement dans des pays de revenu plus haut qui peut avoir l'applicabilité à d'autres sociétés, mais ceux-ci devraient être testés dans le contexte de ressources disponibles et les manifestations locales d'abus des aînés.

Dans quelques pays, les campagnes de sensibilisation peuvent d'abord miser sur l'intervention et des efforts de prévention à la compréhension du public limitée à propos du problème. Sans tenir compte des stratégies locales employées, les cas d'abus des aînés augmenteront seulement pour cause du vieillissement de la population dans le monde entier, cela amènera à un problème de santé publique d'importance mondiale.

	<p>Le besoin le plus urgent à présent est pour une base de recherche largement étendue qui utilise des méthodes de haute qualité. Il y a un manque d'informations sur la nature et la mesure d'abus des aînés dans des pays à faible revenu et la plupart des études ont eu lieu dans des nations à revenus élevés. Les formes culturellement spécifiques d'abus des aînés et des attitudes culturelles vers la prévention et le traitement restent pratiquement inexplorés.</p> <p>L'applicabilité de transférer des modèles de service de pays à revenus élevés à faible revenu exige une étude sérieuse, comme les options intensives de ressource comme des services protecteurs d'adultes qui ne sont pas faisables dans des nations où le secteur de services vieillissant est sous-développé. Bien que les études aient eu lieu en Europe, ils devraient être étendus aux pays à faible revenu aussi. La connaissance scientifique améliorée sur l'abus aîné est la clé pour développer une prévention efficace et des stratégies de traitement et devrait être promue dans le monde entier.</p> <p><i>-Limites de l'étude – non relevée</i></p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><i>-Il est cité les conséquences des résultats des revues systématiques</i></p> <p><i>-Oui, l'auteur a fait des recommandations pour les recherches futures</i></p> <p>Conclusion</p> <p>Bien que la littérature sur les interventions d'abus ne soit pas suffisamment développées pour offrir des conseils aux pays, cette revue suggère un rôle important pour des praticiens dans la promotion et la prévention de maltraitance.</p> <p>Il est extrêmement nécessaire que les praticiens suivent des développements dans le domaine, les faisant capable d'adopter des approches basées sur des preuves comme ils sont testés. Les</p>

	praticiens peuvent aussi jouer un rôle d'une façon critique comme des collaborateurs dans des projets de recherche appliqués, fournissant des emplacements pour des études d'intervention et avoir accès aux participants. Dans des domaines où une telle défense d'intérêt est concertée.
--	--

Grille de Fortin n°3

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Maltraitance verbale auprès des personnes âgées : un regard auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches – aidant dans l'Etat de Floride
Résumé	<p>Objectif : cette étude examine la maltraitance verbale auprès des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer, en utilisant le modèle de risque et de vulnérabilité pour identifier les facteurs associés à la maltraitance verbale.</p> <p>Méthodes : les participants ont été recrutés grâce à leur association avec des cliniques de troubles de la mémoire dans l'Etat de Floride. Pour cette analyse, l'échantillon était de 254 soignants qui ont répondu à un questionnaire et à un entretien (de 1998 à 2002). La maltraitance a été mesurée à l'aide de la sous-échelle d'agressivité verbale de l'échelle tactique de conflit et, l'analyse de régression logistique a été utilisée pour examiner les facteurs associés à un risque accru de maltraitance.</p> <p>Résultats : 60.1% des soignants interviewés ont reconnus avoir utilisé l'agression verbale comme résolution de conflit/problème. L'analyse de la régression logistique montre que les facteurs à risque d'agression verbale par les soignants envers les personnes âgées atteints d'Alzheimer incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes - Le statut cognitif altéré - Les niveaux élevés de symptômes psychiatriques - La dépression <p>En conclusion, une interaction significative a été retrouvée entre la dépression chez les soignants et les symptômes de démence chez les</p>

	<p>patients, ainsi qu'entre les niveaux de symptômes psychiatriques des soignants et la dépression des bénéficiaires de soins.</p> <p>Cette étude souligne l'importance des risques et des vulnérabilités dans le résultat de maltraitance verbale et identifie que, dans de nombreux cas, la maltraitance verbale peut être un phénomène réciproque des soignants et des personnes atteintes d'Alzheimer</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Oui le problème/phénomène de l'étude est clairement formulé et circonscrit :</p> <p>La maltraitance comprend des actes qui nuisent ou menacent les personnes âgées. Cela représente un grave problème de santé qui affecte la vie de milliers de personnes âgées (Greenberg et al., 1999). Selon l'étude de Pillemer et Finkelhor (1988), la prévalence globale des abus envers les personnes âgées est de 32 personnes sur 1000 aux Etats – Unis. L'Etude national (1998) a examiné l'incidence des abus infligés aux personnes âgées et a constaté qu'en 1996, près de 551'000 personnes ont été identifiées comme maltraitées ou négligées. Cela indique que ce nombre peut augmenter jusqu'à 800'000.</p> <p>La maltraitance chez les personnes âgées entraînent des difficultés émotionnelles telles que la dépression (Dyer et al., 2000 ; Levine, 2003 ; Light & Lebowitz, 1994; Zarit, Todd et Zarit, 1986), la diminution de l'estime de soi (Barer, 1997; Comijs, 1998; Dong, 2005; Lewis, 1992; Metge, 1986, Saverman, 1994) et les sentiments d'impuissance (Metge, 1986; Lewis, 1992).</p> <p>Il a également été démontré que la maltraitance entraînait des difficultés cognitives, une détresse familiale (Barer, 1997 ; Dyer et al. 2000) et un fonctionnement de vie altérée (Zarit, Todd et Zarit, 1986).</p> <p>Les abus ont également été lié à des problèmes</p>

	<p>de santé tels que le dysfonctionnement immunologique (Barer, 1997 ; George & Gwyther, 1986 ; Light & Lebowitz, 1994; Saverman, 1994; Zarit, Todd et Zarit, 1986) et une mortalité accrue (Dong, 2005 ; Lachs et al. 1998).</p> <p>En dépit de 25 années de recherche, il existe encore des discussions considérables entre les experts sur les causes des mauvais traitements chez les aînés et sur les connaissances concernant les facteurs de risque de maltraitance qui peuvent être augmentés.</p> <p>Il s'agit d'étudier : cette étude examine la maltraitance verbale auprès des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer, en utilisant le modèle de risque et de vulnérabilité pour identifier les facteurs associés à la maltraitance verbale.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Oui, une recension a été entreprise :</p> <p>Plus récemment, plusieurs chercheurs ont entrepris d'étudier des formes individuelles ou des « composantes » de maltraitance et d'identifier des facteurs de risque spécifiques. L'abus physique a été lié à la relation et à l'âge des soignants (Pillemer & Suitor, 1992 ; Reay & Brown, 2001).</p> <p>La maltraitance psychologique ou verbale a été liée aux proches, les filles sont plus susceptibles de maltraiter verbale ou psychologiquement un parent tandis que les fils sont plus susceptibles de maltraiter physiquement (Pitteway & Westhues, 1993). La négligence a été liée à une altération de la santé mentale et à un manque de soutien social (Dyer et al., 2000 ; Reay & Brown, 2001).</p> <p>La maladie d'Alzheimer est un trouble lent et progressif qui affecte jusqu'à 4 millions des personnes âgées de 65 ans et plus aux États-Unis (Hurley & Volicer, 2002). Il commence par des difficultés cognitives comme l'oubli, et se termine par une perte totale de capacité à accomplir la plupart des activités de la vie</p>

	<p>quotidienne. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent être désavantagées non seulement par les facteurs de risque de maltraitance associés à un âge accru, mais ils ont également une probabilité accrue de dépendance, d'isolement cognitif et social, des difficultés de comportement et la dépression</p> <p>Les facteurs tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'histoire de vie (Kahan & Paris, 2003 ; Pillemer & Finkelhor, 1988; Schiamberg & Gans, 2000) - L'âge et le sexe de l'auteur (Block & Sinnott, 1979 ; Coyne, Reichman et Berbig, 1993 ; Holt, 1983; Sengstock, 1983; Tatara, 1993) - La pathologie de l'auteur (Bris- tole & Collins, 1989; Anetzberger, 1987) - La dépendance de la personne âgée (Kosberg & Garcia, 1995; Levine, 2003; Roberto, Teaster & Duke, 2004; Schiamberg & Gans, 2000; Wolf & Pillemer, 1997) - L'isolement social (Bendik, 1992; Livitin, 1992; Barer, 1992; Litwin & Zoabi, 2004; Shugarman et al., 2003) - La dépression (Anetzberger, 1987; Flaherty & Raia, 1994; Gallagher, Wrabetz, Lovett, Del Maestro, & Rose, 1990, Haley, 1987) - Les problèmes émotionnels des soignants (Anetzberger, 1987; Gioglio & Blake, plus 1982)
Cadre de recherche	Les concepts clés ne sont pas mis en évidence et définis sur le plan conceptuel

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>L'étude examine les facteurs de risque d'agression verbale dans un échantillon de personnes âgées atteints de la maladie d'Alzheimer dans l'Etat de la Floride en utilisant le modèle de risque et de vulnérabilité (voir la figure 1). Le modèle de négligence des aînés a également été utilisé (Fulmer, Paveza et Abraham, 2001) comme guide pour identifier les facteurs qui mettent les personnes âgées à risque.</p> <p>Le modèle de risque et de vulnérabilité proposé par Rose et Killian (1983) a d'abord été appliqué auprès des personnes âgées maltraitées en 1994 par Frost et Willette et, la négligence par Paveza et Fulmer (Fulmer & Paveza, 1998; Fulmer, Paveza, Abraham, 2001).</p> <p>Le modèle de risque fait référence à des dangers ou des facteurs de stress dans l'environnement de la personne âgée qui peut contribuer à la maltraitance, alors que le modèle de vulnérabilité se réfère à des caractéristiques chez une personne âgée qui peuvent influencer la maltraitance.</p> <p>Ce modèle postule que la maltraitance envers les aînés peut provenir de plusieurs domaines dans lesquels les personnes atteintes d'Alzheimer peuvent être susceptibles d'être maltraitées.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Les sujets ont été sélectionnés dans 5 cliniques de troubles de la mémoire dans l'Etat de Floride et dans des associations de maladie d'Alzheimer situées à Orlando ou Miami, en utilisant une procédure en 3 étapes (voir tableau 1).</p> <p>La 1^{ère} étape : sélection de personnes âgées atteints de maladie d'Alzheimer qui recevaient des traitements dans les cliniques de troubles de la mémoire (n=1'781) ou qui étaient membres d'associations entre 1998 et 2001 (n=5'648)</p>

	<p>La 2^{ème} étape : toutes les personnes intéressées (n=1'011) ont été contactées par l'équipe de l'étude pour vérifier si la personne âgée et le soignant ont satisfait aux critères d'inclusion. Ils ont ensuite reçu un questionnaire</p> <p>La 3^{ème} étape : des entretiens à domicile ont été effectués. Les entrevues ont été menées à l'aide d'une interview par ordinateurs portables.</p> <p>Les critères d'inclusion générale pour l'étude ont exigé que les personnes âgées aient 60 ans ou plus, qu'ils soient atteints de la maladie d'Alzheimer, qu'ils possèdent la possibilité de parler anglais et possèdent un téléphone. Un score de 16 ou plus dans l'examen mini – mental (MMS) devait faire des critères spécifiques pour les aînés.</p> <p>Les critères spécifiques pour les proches - aidants exigent qu'ils soient membres de la famille, parlent anglais et fournissent 20h/sem. ou plus des soins.</p> <p>Les familles ou les proches aidants qui n'ont pas satisfait aux critères d'inclusion sont exclus de l'étude mais des substituts peuvent être désigné pour fournir des réponses. Pour être qualifié de substituts, la personne doit se réunir au moins une fois par semaine avec la personne âgée dans l'année précédente l'inscription à l'étude.</p> <p>Le score MMSE requis a été réduit à 16 et la collecte de données a été limitée aux personnes diagnostiquées avec la maladie d'Alzheimer au cours de la période de 3 ans avant l'inscription afin de réduire le nombre de personnes âgées susceptibles d'avoir dépassé le seuil de déclin cognitif.</p> <p>À la fin, 76 aînés sur les 254 participants ont participé et 17 ont exigé l'utilisation d'informations de substitution. Les autres patients atteints de maladie d'Alzheimer ne pouvaient pas participer parce qu'ils ne satisfaisaient pas aux critères MMSE et aucun emprunt viable ne pouvait être identifié.</p>
--	---

Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants ne sont pas cités dans l'étude</p> <p>L'étude ne cite pas la manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants</p>
Devis de recherche	<p>Le choix des mesures utilisées pour déterminer les caractéristiques de la violence verbale est fondé sur des critères formels.</p> <p>Le choix des mesures devait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refléter les facteurs de risque ou la prévention de la violence et de l'agression en fonction des travaux antérieurs sur la maltraitance des personnes âgées dans la population générale ou un travail spécifique sur la violence et l'agression. <p>Les membres de la famille d'une personne âgée atteint de maladie d'Alzheimer représentent un indicateur conceptuel et logique de la construction évaluée ; (3) présentent une fiabilité et une validité fortes à modérées, comme en témoignent les tests formels; (4) être relativement court et facile à administrer avec une économie de temps; Et (5) ont des antécédents d'utilisation avec des échantillons diversifiés.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'échelle de tactique de conflit (CTS) a été utilisée pour mesurer le taux de maltraitance auprès des personnes âgées et la sous-échelle d'agression verbale a servi de mesure de résultat spécifique de cette étude.</p> <p>Le CTS a d'abord été développé par Straus et ses collègues pour être utilisés dans leur étude sur la violence dans les familles américaines (Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980). Cet instrument a été choisi en raison de sa fréquence d'utilisation (Pillemer & Finkelhor, 1988), ainsi que par des études qui ont examiné la violence dans les familles avec un membre atteint de la maladie d'Alzheimer (Paveza et al. 1992). Le CTS comprend des éléments conformes à la définition de la maltraitance verbale tels que les jurons, les insultes ou les menaces.</p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Dans la 2^{ème} étape de la mode de collectes de données : toutes les personnes intéressées (n=1'011) ont été contactées par l'équipe de l'étude pour vérifier si la personne âgée et le soignant ont satisfait aux critères d'inclusion. Ils ont ensuite reçu un questionnaire</p> <p>Dans la 3^{ème} étape : des entretiens à domicile ont été effectués. Les entrevues ont été menées à l'aide d'une interview par ordinateurs portables. Cette méthode de collecte de données a permis à améliorer la capacité de l'équipe de recherche à ajouter rapidement des données dans les bases de données principales.</p> <p>Les variables indépendantes de l'étude comprenaient des mesures du risque et de la vulnérabilité, comme indiqué dans la Figure 1. Les mesures de vulnérabilité de la personne âgée comprenaient des informations comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'âge, le sexe et la race - L'état cognitif de la personne âgée - L'état fonctionnel de la personne âgée, mesuré par la sous-échelle "niveau de dégradation" de la détermination de l'échelle de besoin révisée (DON-R; Paveza et al., 1990) - L'état psychologique de l'aîné mesuré par l'Échelle des symptômes psychiatriques de Langer (Langer, 1973) et l'échelle de dépression de Cornell (CDS, Alexopoulos et al., 1988a) - L'état de santé des personnes âgées mesuré par le nombre de médicaments prescrits. <p>Les mesures du risque comprenaient des informations démographiques sur les proches – aidants (soignants) telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'âge, le sexe et la race - Le statut cognitif des soignants mesurés par le MMSE (Folstein, Folstein et
--	---

	<p>McHugh, 1975);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fardeau mesuré par la sous-échelle de « non-besoin de soins» du DON-R (Paveza et al., 1990), l'échelle de fatigue (CHS, Kinney et Stephens, 1989b) et un rapport subjectif des soignants - Le statut fonctionnel des soignants mesurés par « niveau de sous-échelle de dégradation » du DON-R. - Parmi les facteurs de risque supplémentaires : le soutien social des soignants mesuré par l'échelle de soutien social de Norbeck (NSSS, Norbeck, Lindsey et Carrieri, 1983) - La santé psychologique des soignants mesurée par l'échelle des symptômes psychiatriques de Langer (Langer, 1973), le centre d'études épidémiologiques, l'échelle de dépression (CES-D, Radloff et Terri, 1986), Rosenberg Self Esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1965) et le test de dépistage de l'alcool américain (MAST; Selzer, 1971) - La prise en charge des soignants mesurés par le questionnaire sur les styles de coping (CSQ, Kiyak, 1986).
<p>Analyse des données</p>	<p>Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire postulé et d'un entretien à domicile. Les données recueillies lors de l'entretien à domicile ont été entrées immédiatement dans une base de données Epi-Info via un ordinateur portable. Ces données ont ensuite été transformées en une base de données SPSS à l'aide du logiciel Stat Transfer 6.0. Les données recueillies par courrier postal ont été saisies directement dans une base de données SPSS 11.0. Les données démographiques de l'échantillon global ont été</p>

	<p>calculées à l'aide de SPSS 11.0. Un modèle de régression logistique échelonné a été utilisé pour tester des variables significativement associées à la maltraitance verbale chez les aînés.</p> <p>Toutes les variables ont été testées avant le début des modèles de régression. Toutes les variables indépendantes ont été entrées dans le modèle à la première étape. Les variables ont été considérées comme des facteurs importants de protection ou de risque / vulnérabilité si elles ont été jugées significatives à la première étape et si elles restent significatives lorsqu'elles sont testées contre toutes les autres variables importantes du modèle à la deuxième étape.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Au total, 254 proches – aidants (soignants) (voir le tableau 2) et 76 personnes âgées (voir tableau 3) ont participé à l'étude.</p> <p>Les soignants avaient un âge moyen de 63,84 ans (13,07 ans) et étaient principalement des femmes (34,2%).</p> <p>Les personnes âgées avaient un âge moyen de 78,57 ans (8,41 ans) et étaient principalement des femmes (59,0%).</p> <p>68% des personnes âgées vivaient avec leurs soignants. Les revenus des ménages étaient en général supérieurs à 20 000 \$ par année (peu importe si la personne âgée vivait ou ne vivait pas avec l'aidant) (la personne vivant avec soignant, 84,8% et 64,5% ne vivaient pas avec un soignant).</p> <p>La majorité des soignants fournissaient des soins aux personnes avec plus de 11 symptômes de démence (74,5%).</p> <p>Une majorité considérait également que certaines personnes âgées nécessitaient d'un placement en EMS (68,6%).</p> <p>La majorité des soignants ont également signalé des symptômes dépressifs (82,6%),</p>

mesurés par le CES-D. La découverte de symptômes dépressifs était similaire chez les personnes âgées avec une maladie d'Alzheimer, et 74,1% ont signalé avoir une certaine symptomatologie dépressive (mesurée par l'échelle de dépression de Cornell).

La maltraitance verbale en tant que style de résolution des conflits a été déclarée par 60,1% des soignants et a été rapportée comme une technique utilisée par 74,8% des aînés atteints d'Alzheimer.

L'analyse de régression logistique comparait les proches - aidants agressifs et les personnes qui n'ont utilisé ni agressivité verbale ni violence comme stratégie de résolution des conflits (voir le tableau 4) L'analyse a constaté que les aidants étaient 2,73 fois plus susceptibles d'utiliser une agression verbale contre l'aîné ($p = 0,01$), et ceux qui fournissent des soins aux aînés verbalement agressifs étaient 8 fois plus susceptibles d'utiliser une agression verbale ($p = 0,001$).

Les aidants ayant un statut cognitif altéré ($p = 0,038$), des niveaux élevés de symptômes psychiatriques ($p = 0,046$) ou de dépression ($p = 0,047$) était presque deux fois plus susceptible d'être verbalement agressif envers les personnes âgées. En conclusion, une personne âgée plus jeune, avec un âge compris entre 60 et 70 ans ($p = 0,021$), ayant moins de symptômes de démence ($p = 0,043$) et un plus bas niveau de dépression ($p = 0,041$) était moins susceptible d'agression verbale de la part des proches – aidants.

Un effet d'interaction significatif a été trouvé entre les niveaux de dépression chez les soignants et les symptômes de la démence chez les personnes âgées ($p = 0,018$), ainsi qu'entre les niveaux de symptômes psychiatriques, le sentiment de contrariété chez les soignants et la dépression chez les bénéficiaires de soins ($P = .014$) et le risque de maltraitance verbale. Les proches - aidants souffrant de dépression,

	<p>qui fournissaient des soins aux personnes âgées présentant des symptômes élevés de démence, étaient 4x plus susceptibles d'utiliser une agression verbale. Les proches aidants ayant un niveau élevé de symptômes psychiatriques, qui connaissaient un grand degré de contrariété et qui fournissaient des soins à un aîné déprimé étaient 6,5x plus susceptibles d'utiliser une agression verbale contre l'aîné pour lequel ils fournissaient des soins.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cet article rapporte plusieurs facteurs tels que les niveaux de dépression, le nombre de symptômes de démence, le genre, les symptômes psychiatriques et le sentiment de contrariété des soignants qui augmentent le risque de maltraitance verbale auprès des personnes âgées. Bien que les antécédents cognitifs comme facteur de maltraitance chez les aînés ont été suggérés par d'autres chercheurs (Anetzberger et al. 1987; Fulmer et al., 1992; Haley & Coleton, 1992; Hamel, 1990), cette recherche a révélé que cette déficience cognitive a un impact sur le risque d'être abusé verbalement. Le fait d'avoir moins de symptômes de démence semble être protecteur contre les abus verbaux.</p> <p>La maladie d'Alzheimer est un trouble de dément progressif, qui entraîne progressivement des difficultés cognitives, une déficience fonctionnelle plus importante et plus de symptômes de démence. Alors que les personnes âgées peuvent être protégées contre les abus verbaux au début de leur maladie, il est probable que, à mesure que leur maladie progresse, le risque de maltraitance augmente. En effet, au fur et à mesure que la maladie progresse, les personnes atteintes d'Alzheimer peuvent ne pas reconnaître les êtres chers,</p>

perdre leurs liens sociaux et devenir plus dépendant verbalement et physiquement. En conséquence, ils courent un risque accru d'être abusés verbalement.

La dépression des proches - aidants a également été liée à la maltraitance envers les aînés (Anetzberger, 1987; Flahery & Raia, 1994; Gallagher et al. 1990; Haley, 1987; Paveza et al., 1992; Pillemer & Finkelhor, 1988) car la dépression entraîne souvent un isolement, une adaptation inadaptée et une déficience cognitive. Ce qui est unique dans cette étude c'est son analyse de la dépression comme facteur de risque de maltraitance et la découverte que l'absence de dépression chez une personne âgée sert à la protéger contre les abus verbaux.

Une autre explication potentielle est que les personnes atteintes d'Alzheimer qui sont moins déprimés peuvent également être moins susceptibles d'être maltraité verbalement et peuvent être plus disposés à se protéger pour ne pas être victimes d'un tel comportement.

Cette recherche est l'une des premières de son genre à examiner de manière empirique les variables en utilisant un modèle de vulnérabilité et de risque des mauvais traitements chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La force du modèle réside dans sa capacité à voir à la fois les vulnérabilités internes de la personne âgée et les risques externes à ceux-ci en contribuant à la probabilité que des abus se produisent. Bien que de nombreux composants du modèle aient été des prédicteurs significatifs de l'existence ou non d'abus verbaux, les effets d'interaction trouvés entre le niveau de symptômes de démence chez les personnes (risque) et les niveaux de dépression chez les soignants (vulnérabilité), ainsi qu'entre le niveau de dépression chez les aînés (risque) et le niveau de symptômes psychiatriques et les sentiments de contrariété des soignants

	<p>(vulnérabilité) ont entraîné une probabilité encore plus grande que des abus verbaux se produisent. Plus important encore, les résultats de l'interaction renforcent le modèle de risque et de vulnérabilité comme un moyen efficace d'examiner des facteurs importants dans l'abus verbal auprès des personnes âgées. Alors que les proches - aidants déprimés étaient 1,4x plus susceptibles de se livrer à des agressions verbales. La dépression chez les soignants mélangés à une personne atteinte d'un niveau élevé de démence a entraîné une augmentation presque triple du risque d'abus verbal par rapport à la personne qui est simplement déprimée. De plus, les problèmes de soignants associés à la dépression du patient et aux symptômes psychiatriques des soignants ont entraîné une augmentation de 4x la probabilité que des abus verbaux se produisent par rapport à la personne qui n'a que des problèmes.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette recherche met en évidence la nécessité d'interventions dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées, en particulier pour ceux qui souffrent d'abus verbaux. Il est important que les professionnels de la santé commencent à dépister les patients et les soignants pour les symptômes psychiatriques, l'état cognitif altéré, le nombre de symptômes de démence présents, la dépression et le niveau de déficience fonctionnelle.</p> <p>Il est intéressant de noter que si une dépression mineure a été signalée chez 29,6% des personnes âgées et que la dépression majeure probable ou définitive a été signalée dans 27,2% supplémentaires, jusqu'à 79,2% des personnes âgées ont déclaré ne pas prendre de médicaments antidépresseurs. Le comportement verbalement abusif de la part de l'aîné a également été significativement lié à</p>

	<p>l'abus verbal de la part de l'aidant et l'augmentation du répit, de l'éducation et de la formation en gestion comportementale peut aider à atténuer ce facteur.</p> <p>Les travailleurs de la santé devraient examiner les patients et leurs familles au sujet des problèmes de comportement et veiller à ce que des médicaments et des thérapies comportementales adéquats, ainsi que des supports, soient en place pour les aider à résoudre ces problèmes.</p> <p>Les efforts visant à comprendre les facteurs qui contribuent à l'utilisation par les soignants de stratégies négatives de résolution des conflits avec cette population à risque sont nécessaires pour assurer une plus grande protection aux personnes âgées atteintes d'Alzheimer à l'avenir.</p> <p>Bien que cette étude ait fait avancer le domaine de la recherche, elle se limite à l'utilisation des réponses des soignants en raison du niveau d'analyse effectué et du nombre limité d'aînés qui ont satisfait aux critères MMSE ou qui avaient des substituts disponibles.</p> <p>Les recherches futures pourraient être améliorées grâce à l'inclusion d'une région géographique plus vaste, à des sites d'échantillonnage supplémentaires et à l'utilisation d'une méthodologie aléatoire qui augmenterait la généralisation des études. En conclusion, cette recherche bénéficiera de l'analyse des changements dans l'utilisation de méthodes de résolution de conflits verbalement agressives ou violentes dans le temps. Grâce à cette méthode, il serait possible de déterminer si les stratégies de résolution des conflits restent importantes au cours d'une durée de vie, ou si des stratégies de résolution négative</p>
--	--

	<p>se développent en réponse aux comportements de l'aîné qui découlent de l'étiologie de la maladie. Des facteurs supplémentaires tels que l'exposition antérieure d'un soignant à la violence ou à l'agression et la colère devrait également être examinés comme des facteurs de risque de mauvais traitements.</p>
--	---

Grille de Fortin n°4

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre de l'article est : « Attitudes et connaissances du personnel médical et infirmier en matière de maltraitance envers les personnes âgées. »
Résumé	<p>Le but de cette étude est d'évaluer et de comparer les connaissances et les attitudes des médecins et infirmières en termes de maltraitance envers les aînés car le niveau de déclaration des cas de maltraitance est plus faible que l'incidence réelle.</p> <p>235 médecins et infirmières ont été invités à participer à l'étude mais seulement 100 infirmières et 57 médecins ont répondu aux questionnaires.</p> <p>En conclusion, les participants ont un faible niveau de connaissances concernant les abus envers les personnes âgées ainsi que sur les lois et règlements.</p> <p>Aucune différence significative n'a été trouvée dans les connaissances des médecins selon leurs spécialités médicales et leurs années d'expériences et l'expérience en gériatrie.</p> <p>Les infirmières auxiliaires ont moins de connaissances que les infirmières diplômées.</p> <p>Aucune différence significative n'a été trouvée entre les infirmières et les médecins concernant ce sujet, ni même entre les hôpitaux publics et gériatriques. Les médecins et infirmières ont tendance à avoir des attitudes neutres à l'égard de cette question. Cependant, le personnel soignant dans les hôpitaux gériatriques a de meilleures attitudes que le personnel soignant dans les hôpitaux publics.</p> <p>La plupart des participants estiment que la réticence à s'engager légalement a été la principale raison de ne pas signaler les cas de maltraitance.</p>

	<p>Cette étude montre la nécessité de prendre des mesures plus efficaces pour améliorer les connaissances du personnel médical et infirmier en matière de maltraitance envers les personnes âgées et les encourager à être plus concerné et impliqué dans ce sujet.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'abus envers les personnes âgées est un problème social et constitue un problème de santé publique majeure et de justice pénale. Bien que le taux d'abus et de négligence signalés soit significatif, le nombre de cas d'abus et de négligences non identifiés/non déclarées est plus élevé.</p> <p>Le but de l'étude est d'évaluer et de comparer les attitudes et connaissances des médecins et infirmières en matière de maltraitance envers les personnes âgées (en Israël) et d'analyser les résultats en fonction du lieu de travail, de la spécialisation, de l'expérience professionnelle et l'expérience gériatrique</p>
Recension des écrits	<p>Oui, une recension des écrits a été entreprise.</p> <p>Selon Krug et al. (2002), des actions sociales et des initiatives politiques visant à réduire les problèmes de maltraitance sont en voie de développement dans le monde. De nombreux pays ont mis en place des systèmes et des programmes pour résoudre ce problème mais seuls quelques pays, comme les Etats – Unis et l'Israël, ont légiféré des rapports obligatoires sur la maltraitance envers les personnes âgées (Clark – Daniels et al., 1990, Krug et al., 2002)</p> <p>Clark – Daniels et al. (1990) a exploré les attitudes des médecins et des infirmières à l'égard de cette question et a constaté qu'en général, ils étaient mécontents de la réponse des autorités aux cas d'abus signalés. En outre, le département des urgences avait tendance à ignorer les lois et les protocoles relatifs aux abus.</p>

	<p>Les médecins étaient plus prédisposés à réagir différemment aux déclarations relatives à la compréhension, la perception et au diagnostic d'abus que les infirmières auxiliaires (aides – soignantes).</p> <p>Une étude de McCreadie et al. (1998) appuie ces résultats constatant que les médecins britanniques ont du mal à reconnaître les cas présumés de maltraitance envers les personnes âgées.</p> <p>Au cours de la dernière décennie, des études ont révélé que les médecins et infirmières ignoraient les lois et les protocoles existants pour détecter et signaler d'abus (Clark – Daniels et al. 1990, Jones et al. 1997)</p>
Cadre de recherche	Non, les concepts clés ne sont mis en évidence
Buts et question de recherche	<p>Oui, le but de l'étude est d'évaluer et de comparer les attitudes et connaissances des médecins et infirmières en matière de maltraitance envers les personnes âgées (en Israël) et d'analyser les résultats en fonction du lieu de travail, de la spécialisation, de l'expérience professionnelle et l'expérience gériatrique.</p> <p>Les participants étaient des médecins et des infirmières travaillant dans des hôpitaux et dans des établissements gériatriques (hôpital et home).</p> <p>Chaque participant a été évalué selon les données démographiques, la profession, l'expérience professionnelle, le lieu de travail et l'expérience en gériatrie.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les participants étaient des médecins et des infirmières travaillant dans des hôpitaux et dans des établissements gériatriques (hôpital et home).</p> <p>Chaque participant a été évalué selon les données démographiques, la profession, l'expérience professionnelle, le lieu de travail et</p>

	<p>l'expérience en gériatrie.</p> <p>235 médecins et infirmières ont été invités à participer à l'étude. Seulement 165 ont accepté de participer (2 ont été exclus car leur lieu de travail n'était pas un hôpital ou un établissement gériatrique et 6 n'ont pas complétés certaines données)</p> <p>Au total, 100 infirmières et 57 médecins ont répondu aux questionnaires.</p>
Considérations éthiques	<p>Les questions ont été traduites en hébreu</p> <p>Le questionnaire était anonyme</p>
Devis de recherche	<p>Oui, le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but :</p> <p>Il s'agit d'une étude descriptive comparative. L'outil de recherche était un questionnaire basé sur trois questionnaires utilisés dans d'autres études publiées précédemment. Les questions choisies ont été sélectionnées parmi ces questionnaires (Clark – Daniels et al. 1990, Jones et al. 1997, Alon 2004).</p> <p>Oui, le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? Pas tout à fait, Clark – Daniels et al (1990) et Jones et al (1997) n'ont pas mentionnés la fiabilité et la variabilité des questionnaires. La fiabilité des questions pour l'étude était de 0,74 (Alon, 2004).</p> <p>Oui, la méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé</p> <p>Le temps passé auprès des participants n'est pas précisé.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'étude comprenait 5 sections, soit 28 questions au total :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 questions sur le niveau de connaissances générales sur la

	<p>maltraitance envers les personnes âgées. L'évaluation de 6 questions étaient basée sur une échelle de type Likert à 3 points allant de « pas vrai », « incertain » à « vrai ». les 4 autres questions étaient également basées sur l'échelle de Likert à 7 points allant de « fortement d'accord/utile » à « fortement en désaccord/ inutile »</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 questions concernaient le niveau de connaissances sur les lois et protocoles relatifs à la maltraitance des personnes âgées (échelle de Likert à 3 points) - 4 questions sur les attitudes envers la maltraitance des personnes âgées (partie A, échelle de Likert à 7 points) - 5 questions sur les attitudes envers la maltraitance des personnes âgées (partie B, échelle de Likert à 3 points) - Questions à choix multiples sur le fait de signaler les cas suspects d'abus. Les participants devaient choisir parmi une liste de plus de 5 raisons, pourquoi le soupçon d'abus envers les personnes âgées n'a pas été signalé. <p>Le questionnaire était anonyme et chaque participant a été évalué selon les données démographiques, la profession, l'expérience professionnelle, le lieu de travail et l'expérience en gériatrie</p>
Conduite de la recherche	<p>L'étude comprenait 5 sections, soit 28 questions au total.</p> <p>Chaque participant a été évalué selon les données démographiques, la profession, l'expérience professionnelle, le lieu de travail et l'expérience en gériatrie.</p>
Analyse des données	<p>Des statistiques descriptives (moyenne, NS, fréquence) ont été utilisées pour caractériser les résultats du sondage.</p> <p>Le test Pearson a été utilisé pour mesurer la</p>

	<p>différence des réponses, soit la relation entre le niveau de connaissance sur la maltraitance envers personnes âgées et les attitudes à l'égard de ceux-ci.</p> <p>L'ANOVA et le test T ont été utilisés pour comparer les différents groupes</p> <p>Non, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pris en considération dans les analyses</p> <p>Oui, le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>235 médecins et infirmières ont été invités à participer à l'étude. Seulement 165 ont accepté de participer (2 ont été exclus car leur lieu de travail n'était pas un hôpital ou un établissement gériatrique et 6 n'ont pas complétés certaines données)</p> <p>Au total, 100 infirmières et 57 médecins ont répondu aux questionnaires.</p> <p>24 médecins étaient des spécialistes de la médecine gériatrique.</p> <p>Parmi les infirmières, 22 étaient de infirmières auxiliaires, 24 des infirmières et 54 des infirmières diplômées/académiques.</p> <p>L'âge moyen des intervenants était de 41.9 ans.</p> <p>L'expérience professionnelle était de 16.9 ans</p> <p>114 des participants avaient 10.4 à 6.5 ans d'expérience en gériatrie et 82 travaillaient dans un établissement gériatrique.</p> <p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de graphiques</p> <p>Oui, les résultats sont résumés par un texte narratif :</p> <p>Questions concernant le niveau de connaissances :</p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives entre les médecins et infirmières concernant le niveau de connaissance sur la maltraitance envers les personnes âgées,</p>

	<p>Il n'y avait pas également de différences entre les employés parmi les différents groupes lieu de travail</p> <p>Cependant, les infirmières auxiliaires avaient moins de connaissances que les infirmières diplômées.</p> <p>39% sont en désaccord avec l'argument sur lequel très peu de personnes âgées sont maltraités</p> <p>17% pensent que les personnes âgées étaient plus à risque d'abus que les enfants</p> <p>10% savent que les personnes expérimentées dans leur profession ne peuvent pas diagnostiquer avec précision les cas de maltraitance</p> <p>Questions concernant les lois et protocoles :</p> <p>Les infirmières ont plus de connaissances concernant les lois et protocoles que les médecins. Les réponses correctes ont tendances à être plus élevées dans le groupe des infirmières contre les médecins</p> <p>Aucune différence n'a été trouvée entre les différents groupes de médecins.</p> <p>Les infirmières académiques ont continué à montrer une meilleure connaissance que les infirmières auxiliaires</p> <p>Aucune différence n'a été trouvée entre les employés des différents lieux de travail.</p> <p>45 médecins savent que c'est de leur responsabilité de signaler des cas d'abus. 92 infirmières pensent également ainsi.</p> <p>43% des infirmières et médecins savent que la plupart des personnes âgées peuvent bénéficier de l'aide/une assistance si nécessaire et en cas d'abus.</p> <p>41% savent que l'Etat d'Israël disposait de services suffisants pour répondre aux besoins des personnes âgées maltraitées. Seulement 14% savent qu'en Israël, il n'y a pas d'amendes si l'abus n'est pas signalé aux autorités.</p>
--	--

Il y a une corrélation entre les connaissances sur la maltraitance et les lois et protocoles. Les intervenants qui avaient un bon niveau de connaissance de la question possédaient également un bon niveau de connaissance des lois et des protocoles relatifs à la maltraitance des personnes âgées.

Aucune autre corrélation n'a été trouvée entre l'expérience professionnelle, l'expérience gériatrique, les connaissances et les attitudes à l'égard de la maltraitance des personnes âgées ou entre connaissances et attitudes.

Questions sur les attitudes (partie A) :

Une tendance générale des attitudes neutres à l'égard des mauvais traitements envers les personnes âgées a été trouvée. Cependant, les employés des hôpitaux gériatriques avaient de meilleures attitudes que les employés des hôpitaux publics.

Les infirmières ayant une expérience gériatrique ont eu des attitudes plus positives par rapport aux infirmières sans expérience gériatrique. Les infirmières diplômées ont montré des attitudes plus neutres que les infirmières auxiliaires enregistrées et autorisées.

Aucune différence significative n'a été trouvée entre les autres sous-groupes de l'échantillon.

Les médecins et les infirmières ont évalué le placement des victimes d'abus envers les aînés dans les maisons de soins infirmiers comme étant bénéfiques. Cependant, ils ne sont pas d'accord le fait de placer la victime de l'abus d'ainés dans une maison de retraite contre son gré

La plupart des participants ont jugé utile pour une personne âgée de délivrer un agresseur avec un ordre de restriction.

Questions sur les attitudes (partie B) :

Aucune différence significative n'a été trouvée quant au lieu de travail, à la spécialisation, l'expérience professionnelle ou l'expérience en gériatrie. Sur une échelle non vraie-incertaine-vraie, près de la moitié des répondants ont

	<p>répondu " incertain " à toutes les 7 questions. Seulement 40% des participants pensaient que l'État d'Israël disposait de services suffisants pour répondre aux besoins des personnes âgées maltraitées.</p> <p>Les résultats ont montré que 59% des répondants étaient sûrs que s'ils signalent un cas de mauvais traitements envers les aînés, leur relation avec le patient ne serait pas endommagée.</p> <p>Près d'un tiers des participants étaient certains que les victimes d'abus n'aient d'avoir été abusé.</p> <p>Questions sur les raisons de ne pas rapporter un cas d'abus :</p> <p>Les 6 raisons les plus fréquentes pour ne pas signaler un abus sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les médecins et infirmières ne voulaient pas être légalement impliqués (64%) - L'ignorance des lois (54%) - Les victimes n'ont pas signalé les actes d'abus - Cas d'abus pas reconnu/ détecté (49%) - Pas de connaissances sur les définitions de maltraitance et de négligence (41%) - 33% ne savent pas comment signaler un abus
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissance des infirmières et des médecins en matière de violence envers les personnes âgées et lois, sans différences significatives entre professions, entre employés dans des hôpitaux et établissements gériatriques ou années d'expérience ou expérience gériatrique - Niveau de connaissances supérieur des infirmières inscrites et académiques par rapport aux infirmières auxiliaires - Attitudes généralement « neutres » sur le problème de l'abus parmi les différentes professions.

Niveau de connaissances :

Selon les auteurs, les différences dans les résultats de la recherche sont attribuées aux différentes professions des participants. Les infirmières académiques de l'étude actuelle ont eu une meilleure connaissance des problèmes d'abus envers les personnes âgées et des lois que les infirmières auxiliaires.

Les infirmières et les médecins acquièrent de nouvelles connaissances au cours de leur pratique. Cependant, les cas de mauvais traitements envers les personnes âgées ne sont souvent pas reconnus parce que ces professionnels n'ont pas suffisamment de connaissances. McCreddie et al. (1998) ont signalés que les médecins ont déclaré un manque de connaissances et d'expérience des problèmes d'abus envers les personnes âgées. L'abus des personnes âgées en tant que problème social et politique n'a été reconnu comme un problème en Israël qu'au début des années 90, deux décennies plus tard que dans les États-Unis (Krug et al., 2002). Il semble que les infirmières et les médecins d'Israël ne soient toujours pas pleinement conscients de ce phénomène.

Lois et protocoles :

Les résultats ont démontré que les infirmières et les médecins ne connaissent pas complètement les lignes directrices légales sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, qui existent en Israël depuis 2003.

Des différences dans les attitudes à l'égard des mauvais traitements envers les personnes âgées ont été trouvées dans cette étude et dans d'autres recherches. L'un des principaux exemples est la satisfaction des services des autorités pour aider les victimes d'abus envers les personnes âgées. Près de la moitié des participants de l'étude de Clark-Daniels et al. (1990c), contrairement à 14% de l'étude actuelle, pensaient que leur état disposait de services suffisants pour répondre aux besoins des personnes âgées maltraitées. Dans les deux

études de Clark-Daniels et al. (1990b, c), deux fois plus d'intervenants que dans notre étude pensaient que les familles de victimes maltraitées supposeraient qu'elles étaient celles qui ont signalé l'abus. Nous supposons que ces différences sont probablement dues à des différences culturelles dans les échantillons.

Attitudes :

Le diagnostic et le taux de déclaration des mauvais traitements envers les personnes âgées sont faibles. L'étude actuelle décrit les attitudes des infirmières et des médecins qui influent sur le taux de déclaration. Cette affirmation est soutenue par McCreadie et al. (2000), qui a trouvé une corrélation entre les connaissances dans le diagnostic de la maltraitance des personnes âgées et le taux de déclaration.

Raisons de ne pas signaler des cas d'abus :

64% des répondants ont choisi de ne pas vouloir s'engager légalement en tant que principale raison de ne pas signaler de mauvais traitements envers les personnes âgées. Selon Clark-Daniels et al. (1990b), 60% des médecins généralistes et 36% des infirmières pensaient, en accord avec Jones et al. (1997) et Kennedy (2005) qui ont trouvé des raisons semblables pour ne pas signaler les cas suspects d'abus et de négligence envers les personnes âgées.

La moitié des participants de l'étude ont déclaré qu'ils signaleraient un abus seulement s'ils étaient absolument certains.

Dans une étude menée auprès des infirmières à domicile, des agents de soutien et des assistants de soins communautaires, 75% ont déclaré qu'ils ne signaleraient qu'un acte ou un événement de mauvais traitements envers les personnes âgées s'ils avaient des preuves concrètes, comme le témoignage (Taylor et Dodd, 2003).

Dans presque toutes les questions se composant de trois options ("pas vrai", "incertain" et "vrai"), la moitié des répondants ont choisi "incertain". Il

	<p>semble que de nombreux participants n'étaient pas sûrs de savoir comment gérer les mauvais traitements envers les personnes âgées. Le faible niveau de connaissances sur la maltraitance des aînés et les lois trouvées dans notre étude soutient cette affirmation.</p> <p>Les résultats de l'étude sont similaires dans la plupart des aspects à l'étude de Jones et al. (1997), qui a utilisé un outil modifié de Clark-Daniels et al. (1990c).</p> <p>Les résultats de l'étude concernant la connaissance des lois étaient similaires aux études de Clark-Daniels et al. (1990b, c). Les infirmières avaient tendance à avoir une meilleure connaissance des lois sur l'abus des aînés que les médecins,</p> <p>Oui, les limites de l'étude ont été définies : Certaines des limites de cette étude comprenaient des difficultés à généraliser les résultats en raison de la méthode d'échantillonnage. Les sous-groupes de l'échantillon étaient trop petits, en particulier dans le groupe des médecins.</p> <p>L'outil de recherche est une combinaison de trois questionnaires tirés de différentes études. Les répondants ont été invités à évaluer certaines questions sur une échelle de 1 à 7, tandis que d'autres questions n'avaient que trois options sur l'échelle de Likert. Une telle intégration pourrait avoir une influence négative sur la fiabilité et la validité. Nous recommandons de concevoir d'autres études avec des échantillons de groupes aléatoires et plus vastes et de rechercher des infirmières auxiliaires autorisées en tant que groupe distinct.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de l'étude révèlent que les infirmières et les médecins ont des connaissances insuffisantes concernant le problème de l'abus des aînés et des lois. C'est probablement l'une des principales raisons du faible niveau de reconnaissance et de déclaration des abus et</p>

	<p>pour les attitudes neutres à l'égard de cette question.</p> <p>Il est crucial de prendre des mesures plus efficaces et plus déclaratives contre ce phénomène pervers en augmentant les connaissances du personnel médical et non médical et en les encourageant à s'impliquer davantage dans le processus</p> <p>Oui, l'auteur a fait des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures : Il recommande de concevoir d'autres études avec des échantillons de groupes aléatoires et plus vastes et de rechercher des infirmières auxiliaires en tant que groupe distinct.</p>
--	--

Grille de Fortin n°5

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>- Oui le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude :</p> <p>Les innovations émergentes, les meilleures pratiques et la base de données probantes sur les pratiques en matière d'abus et de négligence envers les personnes âgées : une revue portant sur des récents développements sur le terrain.</p>
Résumé	<p>-Oui le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche.</p> <p>Dans cette revue systématique littéraire, les auteurs identifient et décrivent un certain nombre de pratiques novatrices, les meilleures pratiques fondées sur des preuves pratiques, des modèles et des programmes dans le domaine de la maltraitance chez les personnes âgées.</p> <p>Un total de 161 résumés et des rapports d'articles ont été examinés à l'aide de diverses bases de données, organisations nationales, des sites Web et d'autres références dans un journal d'articles et rapports. Des examens descriptifs et des articles informels ont finalement été exclus.</p> <p>67 articles se sont réunis sur des critères finaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28 pratiques fondées sur des données probantes • 22 sur les meilleures pratiques • 17 pratiques émergentes / innovantes. <p>Les résultats fournissent des approches de pratique à jour et des recherches sur la maltraitance des personnes âgées amenée par les professionnels.</p> <p>Les auteurs ont également mis en évidence un certain nombre de découvertes et des orientations pour les recherches futures. Cet article ajoute, à la connaissance générale, des pratiques pour enquêter, intervenir et atténuer les mauvais traitements envers les personnes âgées et la négligence.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>-Oui le problème de l'étude est clairement formulé et circonscrit :</p>

	<p>Ceux qui travaillent dans le domaine de la maltraitance et de la négligence envers les personnes âgées sont face à de nombreux défis pour identifier, enquêter, prévenir et traiter cette problématique qui est de plus en plus importante aux États-Unis. L'abus de personnes âgées et la négligence comprend toute action intentionnelle ou négligente par un soignant ou une autre personne qui nuit ou cause le risque de nuire à une personne vulnérable (administration du vieillissement, 2015).</p> <p>La maltraitance des personnes âgées peut prendre plusieurs formes notamment physiques, émotionnelle/psychologique, sexuelles ainsi que la négligence. Les estimations suggèrent que 500 000 incidences de négligence se produisant annuellement aux États-Unis, avec une étude constatant que 7,6 à 10% des participants à l'étude ont signalé un abus au cours de la dernière année (National Center on Elder abuse 2015; durée de vie de Greater Rochester, Inc 2011). En ce qui concerne la durée des abus, 1 personne sur 10, âgées de 60 ans et plus, a signalé un abus d'une durée de plus d'un an, avec des multiples formes d'abus (Acierno et al., 2010). Il y a des caractéristiques associées au complexe de la négligence et de la maltraitance des personnes âgées et des diverses comorbidités des victimes (conditions physiques et les conditions de santé mentale, les déficiences cognitives, la diminution de l'exécutif dans un établissement, etc.).</p> <p>Les caractéristiques des auteurs peuvent aider à la compréhension de la négligence et de la maltraitance des personnes âgées et cela peut aider à la création d'interventions préventives. Les travailleurs sociaux et les autres qui travaillent sur le terrain font face à de nombreux défis alors qu'ils s'efforcent d'aider les personnes âgées et leurs familles, compte tenu des ressources limitées dont disposent les victimes, qui sont les personnes âgées abusées, c'est-à-dire des logements inadéquats, soutien du revenu et santé et les services communautaires, par</p>
--	--

	<p>exemple.</p> <p>Par la suite, les efforts pour enquêter, prévenir et traiter les maltraitements des personnes âgées et la négligence nécessitent des connaissances, des compétences et des efforts collaboratifs de divers professionnels, tels que des gériatres, des travailleurs sociaux, des experts financiers, des psychologues, des avocats et la police.</p> <p>La nécessité d'une mise à jour et l'approfondissement des bases de connaissances d'approches innovantes, de meilleures pratiques et pratiques fondées sur des preuves pour les professionnels dans le domaine de la protection et de la sécurité des adultes n'a jamais été autant grande.</p> <p>Malgré une augmentation croissante de la maltraitance des personnes âgées et de la négligence, les données empiriques sur les pratiques de prévention et d'intervention, les modèles et programmes pour guider les professionnels restent limités (Mosqueda 2015).</p> <p>Les examens de la littérature antérieure ont décrit une gamme d'études de programmes d'interventions pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées mais cela fournit des informations d'évaluation limitées (Alt et al. 2011; Daly et al. 2011). Un examen a porté sur les interventions avec un groupe témoin où il a été comparé deux ou plusieurs interventions ; des chercheurs ont conclu que peu de gens pourraient être définis comme fondés sur des données probantes (Ploeg et al., 2009).</p> <p>Dans cette revue, les auteurs fournissent un aperçu complet des pratiques fondées sur des données probantes actuellement employées par les agences et les professionnels, mais ils ont aussi examiné celles qui peuvent être considérées comme émergentes et novatrices qui sont plus récemment développées dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées et de la négligence. Ils espèrent engager les professionnels dans de nouvelles discussions</p>
--	--

	<p>autour de leur pratique et encourager davantage des recherches scientifiques sur la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées. Les auteurs terminent avec une réflexion finale sur les orientations politiques et de recherche.</p>
Recension des écrits	<p>-Oui une recension des écrits a été entreprise. N'importe qui peut être à risque de maltraitance et de négligence, bien que des études suggèrent que certaines populations sont plus à risque que d'autres. Ernst et ses collègues (2013) ont constaté que les victimes de maltraitance sont le plus souvent les personnes de couleur, les femmes et envers les personnes avec des déficiences cognitives et celles qui ont besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Les facteurs de risque pour les auteurs de maltraitance sont : la toxicomanie, maladie mentale et antécédents criminels (Ernst Et al. 2013). Les aidants qui luttent contre la toxicomanie commettent des formes de maltraitements physiques et émotionnelles (Ernst et al., 2013). En outre, le fardeau des soignants est plus associé à la négligence que l'abus physique.</p> <p>La démence est le facteur le plus important dans les cas d'exploitation financière et dans la négligence des soignants (Heath et al., 2005). Plusieurs défis continuent d'avoir un impact sur l'état actuel des recherches à propos de la maltraitance des personnes âgées et dans la négligence avec des certaines implications pour ceux sur le terrain.</p> <p>Les professionnels sur le terrain, face aux limitations des ressources structurelles, il est difficile de maintenir les coûts actuels. Des développements récents pourraient fournir des conseils, de prise en charge et suggérer de nouvelles orientations pour différents sites régionaux. Afin de répondre aux besoins grandissants des professionnels qui sont le fait de vouloir avoir plus d'information, trois centres de ressources tentent de répondre à ce besoin.</p> <p>Un projet de l'université de San Diego en travail</p>

	<p>social (SDSU), vise à fournir un soutien à la communauté de la santé et des services humains avec une formation en assistance technique, en développement organisationnel, en recherche et en évaluation.</p> <p>Le National Adult Protective Services Association (NAPSA) et le National APS Resource Centre, fournissent également des webinaires et Webcasts spécifiques aux professionnels travaillant avec les personnes âgées maltraitée et négligées.</p> <p>Le Centre d'excellence pour les mauvais traitements envers les aînés et la négligence a créé l'Institut de formation pour les mauvais traitements envers les aînés. Cet institut de formation offre une formation pluridisciplinaire qui explique comment travailler efficacement avec d'autres professions et agences, comment effectuer des évaluations de maltraitance et comment enquêter sur des cas complexes d'abus. Ces centres sont d'excellentes ressources pour l'éducation et la formation des professionnels issus de disciplines multiples. Il y a toujours des limites à une compréhension uniforme des bases fondées de la prévention et sur les méthodes d'intervention pour ceux sur le terrain qui visent à aider les victimes et les auteurs. Parmi les chercheurs et les praticiens, ils se sont mis d'accords pour dire que ce manque de méthodes basées sur la recherche pour répondre à la maltraitance limite sévèrement les aptitudes professionnelles pour aider les personnes concernées (Mosqueda 2015). Dans cette revue, les auteurs espèrent éclairer les ressources et les recherches qui sont actuellement disponibles pour les professionnels, ainsi que l'expansion de la recherche et d'établissements de procédures nationales d'évaluation unifiées, d'enquête, d'intervention, de prévention et d'atténuation de maltraitance.</p>
Cadre de recherche	<p>-Oui les concepts clés sont mis en avant et sont mis en lien avec le but de l'étude.</p> <p>Mots-clés : Abus chez les personnes âgées. Négligence des aînés. Maltraitance des personnes âgées. Revue systématique de la littérature.</p>

Buts et question de recherche	But de l'article : Cet article ajoute, à la connaissance générale, des pratiques des éléments pour enquêter, intervenir et atténuer les mauvais traitements envers les personnes âgées et la négligence. Il fournit également un aperçu complet des pratiques fondées sur des données probantes actuellement employées par les agences et les professionnels, mais aussi examiner celles qui peuvent être considérées comme émergentes et novatrices qui sont plus récemment développées dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées et de la négligence.
METHODE	
Population et échantillon	Des recherches entreprises par rapport à des professionnels ou personne s'occupant de personnes âgées.
Considérations éthiques	Ne figure pas de moyens pris pour sauvegarder les droits de participants
Devis de recherche	C'est une revue systématique de la littérature.
Modes de collectes de données	-Les outils sont clairement indiqués : Les bases de données électroniques suivantes ont été recherchées : CINAHL (Index cumulatif des soins infirmiers et de la santé alliée Littérature), Psych INFO, PubMed, Social Work, Sociological Abstracts, EBSCO Host et Science Direct. Les rapports des organisations nationales, des centres de sites Web pour les références dans d'autres articles et des rapports de revues ont également été visités. Les recherches ont été effectuées à l'aide des éléments suivants : mots clés et combinaisons de mots-clés : personnes âgées abusées, personnes âgées négligées, personnes âgées maltraitées, détection outils des abus des personnes âgées, la violence contre les personnes âgées, l'abus financier, exploitation financière et services de protection de l'adulte.
Conduite de la recherche	-Oui, le processus de collecte de données est décrit clairement. Les auteurs ont procédé à une étude systématique d'études évaluant les outils d'évaluation de maltraitance, les pratiques, les interventions, les modèles et les programmes. Les critères généraux pour l'exclusion ou l'inclusion de cette revue de la littérature étaient :

	<p>1) une pratique, une intervention, un outil d'évaluation, un modèle ou un programme qui traite des aspects physiques, psychologiques, des abus sexuels ou financiers, ou de la négligence.</p> <p>2) une pratique, une intervention, un outil d'évaluation, un modèle ou programme qui est fournie à des clients individuels (personnes maltraitées ou auteurs), à des professionnels et à des personnes qui s'occupent des personnes âgées, ou à la communauté.</p> <p>3) l'évaluation du client, professionnel et / ou les résultats de la communauté (ou des plans pour l'évaluation de résultats)</p> <p>4) Les recherches ont été rédigées en anglais.</p> <p>Les recherches exclues sont : les examens de la littérature, les études de non-intervention (c.-à-d. des études sur la prévalence) et des études internationales dans une autre langue. Le but de cette revue était d'explorer les pratiques établies, les interventions, les outils d'évaluation, les modèles et les programmes, ainsi que des innovations émergentes dans le domaine de la maltraitance.</p> <p>Au total, 161 études ont satisfait aux critères généraux. À partir de ces critères d'étude et à partir de la littérature sur la recherche et la pratique fondées sur des preuves et des examens antérieurs, l'équipe de recherche a été conceptualisée et divisée sur la littérature sur les pratiques, les interventions, les outils d'évaluation, les modèles ou des programmes en trois catégories distinctes: Les pratiques fondées sur des données probantes, les meilleures pratiques et les pratiques émergentes/pratiques novatrices. La définition de la preuve est encore débattu dans les domaines interdisciplinaire et international communauté scientifique (Cook 1998; Lilienfeld et al. 2013; Piele 2004; Sackett et al. 2000; Stetler et al. 1998; Titler et al. 2001) et qu'il existe une variété de définitions pour les pratiques fondées sur des données probantes (EBP). Bien que les essais cliniques randomisés (ECR) soient généralement considéré comme l'étalon-or pour les données probantes, ce qui est également reconnu c'est que cette hiérarchie du</p>
--	--

	<p>niveau de preuve peut être difficile à appliquer dans tous les milieux sociaux et de santé publique (Petticrew et Roberts 2003; Trochim 2002). En définissant les catégories pour cette revue, les auteurs ont tirés de Sackett et Collège '(2000) la définition que EBP est l'intégration de la meilleure recherche disponible avec expertise des valeurs clinique.</p> <p>Ainsi, EBP sont ceux qui, en plus des conceptions de RCT, utilisent des preuves d'autres types d'études scientifiques (c.-à-d., des conceptions quasi expérimentales). Les auteurs définissent les pratiques fondées sur des données probantes telles que les pratiques, les interventions, des modèles ou des programmes évalués avec des méthodes de recherche rigoureuses (par exemple, conceptions expérimentales, quasi que des modèles expérimentaux, les groupes de comparaison), en plus d'avoir des résultats significatifs validés pour prévenir ou intervenir dans l'abus et la négligence. À partir du travail de Kauffman, le projet sur les meilleures pratiques, les auteurs ont définis les meilleures pratiques comme celles qui décrivent des pratiques, des interventions, des modèles ou des pratiques nouvelles et des programmes innovants / et / ou études ayant une base solide théorique, des résultats identifiés et des rapports ou plans d'évaluation anticipés pour les données d'évaluation, en plus d'avoir une validation par un. Bien que de nombreux outils partagent un contenu commun et visent à faciliter l'identification de diverses formes d'EAN, les principales différences sont évidentes dans la mise au point, le format, la structure et le type de données collectées. L'Université d'Iowa Elder Abuse Center fournit des distinctions de définition (University of Iowa Carver College of Medicine 2015). Par exemple, la fiabilité est définie comme une mesure statistique de la reproductibilité ou la stabilité des données recueillies par l'instrument d'enquête, alors que la validité est une mesure de la précision d'un instrument.</p>
Analyse des données	-Les études ont été analysées selon ces

	<p>critères déjà cités auparavant :</p> <p>Les critères généraux pour l'exclusion ou l'inclusion de cette revue de la littérature étaient:</p> <p>1) une pratique, une intervention, un outil d'évaluation, un modèle ou un programme qui traite des aspects physiques, psychologiques, des abus sexuel ou financier, ou de la négligence 2) une pratique, une intervention, un outil d'évaluation, un modèle ou programme qui est fournis à des clients individuels (personnes maltraitées ou auteurs), à des professionnels et à des personnes qui s'occupent des personnes âgées, ou à la communauté; 3) l'évaluation du client, professionnel et/ou les résultats de la communauté (ou des plans pour l'évaluation de résultats); 4) les recherches rédigées en anglais.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>- Oui les résultats sont adéquatement présentés, à l'aide de tableaux.</p> <p>Au total, 161 résumés et articles ont été revus. De cette liste, les chercheurs ont exclu les articles qui ne comprennent pas les critères d'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 29 articles de revue - 19 descriptifs ou des articles d'information - 39 études de non-intervention (c.-à-d. Études sur la prévalence et l'incidence). <p>Sept rapports nationaux n'ont pas non plus respecté les critères et ne figurent pas dans la liste finale. Cependant, les données de ces rapports ont été lues et les points forts sont intégrés en tant que documentation antérieure plus tôt dans ce rapport.</p> <p>La liste finale comprenait 67 articles: 28 pratiques fondées sur des preuves, 22 meilleures pratiques et 17 pratiques émergentes et novatrices (Voir la figure 1).</p> <p>Outils d'évaluation des risques et d'atténuation</p> <p>Des outils d'évaluation et d'atténuation des risques sont utilisés pour examiner les situations actuelles des victimes, pour déterminer si la</p>

	<p>victime est à risque d'abus et pour décider quelles actions peuvent être prises pour diminuer ces risques. Ces outils peuvent être utilisés pour informer les professionnels d'un besoin de faire un renvoi à la protection des adultes, évaluer la capacité ou déterminer s'il y a lieu de intervention.</p> <p>L'évaluation des risques multiples pour le dépistage et le diagnostic ont été créés (instruments CLOX, MINI MENTAL STATE examination, the Montreal Cognition assessment Scale, Elder Psychological Abuse Scale, Elder Assessment Instrumentz, Modified CONflict Tactics Scale, Financial Managment Sibscale of the Independent Living Scale) pour mesurer divers indicateurs d'abus potentiels des victimes, ainsi que les auteurs d'abus.</p> <p>Le test de diagnostic ou de validation, d'autre part, cherche à fournir un diagnostic d'abus de personnes âgées basés sur des indicateurs (Perel-Levin 2008). Les deux types d'évaluations des risques permettent aux professionnels de mieux identifier les principaux domaines de besoins particuliers.</p> <p>Ils permettent également la catégorisation des individus en groupes à faible risque, risque modéré et risque élevé de mauvais traitements ou de négligence - ce qui peut aider à l'atténuation des risques. Par conséquent, les personnes identifiées comme à haut risque peuvent espérer recevoir le plus de soins. Huit outils d'évaluation et d'atténuation des risques ont été identifiés, réparti uniformément entre ceux développés pour évaluer pour l'abus et la négligence et ceux qui évaluent la cognition et le fonctionnement.</p> <p>Programmes d'éducation</p> <p>Des études sur l'efficacité des programmes éducatifs avec ceux qui travaillent dans le domaine de la gérontologie restent restreintes (petites tailles d'échantillon, études avec une</p>
--	--

généralisation limitée) mais l'efficacité des programmes d'éducation et de formation axés sur les rapports, les enquêtes, la prévention et le traitement avec une population spécifique a été testé. Les auteurs ont identifié 14 études fondées sur des données probantes de programmes ciblant chacune des populations ; c'est à dire, l'éducation pour les personnes âgées, pour les professionnels (la communauté et basé sur les institutions) et les auteurs. Bien que ça ait répondu aux critères des auteurs pour les programmes fondés sur des données probantes, un petit échantillon en est ressorti mais les dimensions continuent de limiter la généralisation de chaque étude.

Education et personnes âgées

Deux études antérieures ont examiné l'impact des programmes d'éducation ciblant les personnes à risque de mauvais traitements. Les interventions n'ont eu aucun effet sur la connaissance de la maltraitance, la connaissance ou l'utilisation des services sociaux. Cependant, les personnes qui ont reçu les deux : l'éducation publique et les interventions de visites à domicile étaient plus susceptible de signaler de nouveaux cas d'abus à la police.

Brownell et Heiser (2006) ont examiné l'efficacité d'une intervention psycho éducative avec des personnes atteintes de troubles cognitifs et des femmes plus âgées. L'affectation aléatoire était utilisée pour la sélection des groupes de contrôle et d'intervention, ainsi que les résultats mesurés avant et après le test. Il n'y avait aucune différence significative entre le contrôle et l'intervention des groupes avant et après l'intervention du groupe de soutien pédagogique sur les résultats de l'étude (c'est-à-dire les mesures pour la dépression, l'estime de soi et la culpabilité). Cependant, les participants à l'étude ont identifié le groupe comme utile pour augmenter leur estime de soi et les sentiments de bien-être.

Éducation pour les professionnels en milieu communautaire

Six des études ont examiné l'efficacité des programmes éducatifs avec des professionnels pour détecter, déclarer ou traiter la maltraitance. Ceux-ci ont trouvés des résultats positifs à court terme (Jogerst et al. 2008; Jogerst et Ely 1997; Seamon et al. 1997; Uva et Guttman 1996; Liu et al. 2010; Sugita et Garrett 2012). Les cinq autres des six études axées sur l'éducation des médecins et d'autres membres du personnel médical, ont de bons résultats. Jogerst et Ely (1997) ont testé l'efficacité d'un programme d'éducation conçu pour enseigner aux résidents de la pratique familiale comment évaluer les patients pour les abus et la capacité des personnes âgées.

Il a été constaté que les médecins plus âgés n'avaient pas reçu une formation gériatrique dans une école de médecine. Les participants ont évalué leur capacité à diagnostiquer les abus envers les personnes âgées et à évaluer l'environnement domestique. Dans deux études différentes, l'éducation sur la prévention dispensée au personnel médical d'urgence a également produit des résultats positifs dans la reconnaissance des abus, y compris les indicateurs d'abus sexuel et dans la compréhension des procédures de rapport correctes (Seamon et al. 1997; Uva et Guttman 1996).

Une autre étude a testé un cas d'intervention éducative en gestion avec les infirmiers de santé publique à travers une conception d'essai contrôlée randomisée; Les chercheurs ont trouvé des différences statistiquement significatives entre le groupe d'intervention qui a reçu des séances d'éducation sur la gestion des cas, le processus et les activités pratiques par rapport au groupe témoin (Liu et al., 2010). Sugita Et Garrett (2012). Les résultats de l'utilisation de mesures répétées a constaté une augmentation de la prise de conscience du processus de déclaration, de connaissance/sensibilisation à l'abus des personnes âgées, connaissance du mandat, les

exigences des journalistes et les niveaux de confort accrus en reconnaissant des signes et symptômes d'abus et de négligence.

Éducation en milieu institutionnel :

Quatre études ont été étudiées, la valeur des interventions éducatives pour prévenir la maltraitance des personnes âgées dans les milieux institutionnels par le personnel. Hsiu-Fang Hsieh et ses collègues ont examiné un groupe de soutien éducatif ciblant les facteurs de comportement psychologiques abusifs du personnel en milieu institutionnel en Chine (Hsieh et al., 2009). L'utilisation d'une conception quasi expérimentale avec une préposition de contrôle de cas d'approche de test, 100 participants avec 50 aidants dans chaque groupe ont été évalués à l'aide de l'échelle psychologique des comportements d'abus d'aînés (CPEAB), de l'inventaire des stress au travail et la connaissance d'échelles de soins infirmiers en gériologie. L'intervention a eu des effets significatifs dans le groupe expérimental sur l'allègement des soignants par rapport aux comportements psychologiquement abusifs, augmentation des connaissances sur vieillissement, facilitation du soutien mutuel, soins contre les abus envers les personnes âgées et la gestion du stress et amélioration des connaissances professionnelles en soins infirmiers en gériologie.

Une seconde étude de Richardson et al. (2002) a testé les effets de l'éducation sur la connaissance et la gestion de la maltraitance des personnes âgées chez les infirmières, les assistants de soins et les travailleurs sociaux dans un home. Cette étude de contrôle aléatoire a comparé l'efficacité d'un cours sur le matériel pédagogique lors de l'évaluation et de gestion dans l'amélioration de l'évaluation, de la documentation et de la déclaration des abus.

L'éducation a été une intervention positive pour améliorer les rapports de maltraitance. Une

troisième étude, de Richardson et ses collègues, a également examiné les connaissances du personnel sur des mauvais traitements envers les personnes âgées avec des personnes âgées diagnostiquées d'une démence (Richardson et al., 2004). Le personnel était plus en mesure de gérer des comportements stimulants associés avec la démence suite à la formation. Des chercheurs ont recommandé un environnement adéquat, des ressources humaines et des ressources, ainsi qu'un système confidentiel de déclaration de maltraitance suspectée avec un processus disciplinaire.

La dernière étude portait sur les mauvais traitements infligés de résidents à résidents, un domaine négligé de la recherche. Teresi et ses collègues (2013) ont évalué l'impact d'une intervention éducative sur un nouveau résident (R-REM) et pour le personnel infirmier sur la connaissance, la reconnaissance et les rapports de R-REM. En utilisant un essai randomisé prospectif avec randomisation au niveau de l'unité, ils ont échantillonné 1405 résidents de près de 50 établissements à New York City. Plus haut, les niveaux de reconnaissance et de déclaration de R-REM ont été trouvés dans ceux qui ont reçu les protocoles de formation et de mise en œuvre, soulignant le bénéfice d'une éducation éducative bien conçue et testée.

Education pour les autres

Les auteurs espèrent trouver plus d'études axées sur les programmes de formation éducative développés pour les auteurs, mais n'ont pu identifier que deux études.

Le premier a trouvé un programme de formation pour les aidants qui a conduit au développement d'un modèle pour l'abus de personnes âgées ou intervention pour les soignants (Scogin et al., 1990). Les aidants qui étaient à risque d'abus ont eu des formations par des centres communautaires de santé mentale sur un nombre des problèmes liés au vieillissement, y compris physiques et sociaux, sur les changements avec

l'âge, les raisons de l'augmentation du stress et les techniques de gestion du stress et des informations sur la façon d'accéder et d'utiliser les ressources de la communauté. Les participants à l'étude ont été comparés avec des soignants similaires sur les mesures psychosociales du bien-être. Les résultats, bien que non statistiquement significatifs, ont trouvés que les participants ont connu une réduction des symptômes de détresse psychologique et du sentiment de fardeau de l'aidant, tandis que les symptômes s'aggravent ou restent les mêmes pour les non-participants.

Dans la deuxième étude, Campbell Reay et Browne (2002) ont évalué l'efficacité d'un programme d'éducation et un programme de gestion de la colère pour les soignants qui avaient physiquement abusé ou négligé d'une personne âgée. Les participants au programme d'éducation ont eu des informations sur la nature des maladies, services et ressources et les effets des soins qui peuvent entraîner un soignant à l'isolement et au stress. Le cours de la gestion de la colère a enseigné à propos de la nature de la colère et de la meilleure façon de la gérer. Les deux groupes d'abus physique et de négligence ont montré des diminutions significatives dans la dépression et de l'anxiété suite à l'éducation d'intervention. Les résultats ont révélé une diminution au niveau des conflits qui ont été maintenus durant des mois. En outre, des différences significatives ont été documentées entre base de pré-intervention, éducation, gestion de la colère et le suivi.

Approches communautaires : gestion des cas, service social et juridiques

Peu d'études ont comparé les résultats des deux stratégies communautaires pour détecter, déclarer et traiter la maltraitance. Brownell et Wolden (2003) ont utilisé un modèle non expérimental pour comparer des victimes d'abus fait par la Walk STEP Crime Programme (système de justice pénale) avec ceux fait par le programme de service aux personnes âgées (gestion de cas et sociale prestations de service).

	<p>Les résultats ont été mitigés. Ils n'ont trouvé aucune différence importante dans le nombre de renvois aux services sociaux et un nombre égal de cas résolus. Cependant, en réponse à la question, il y a des différences dans les résultats de sécurité des clients liés au type d'abus dans l'exploitation financière.</p> <p>Dans une étude antérieure, Sengstock et al. (1991) l'analyse les résultats de la disposition de quatre projets modèles qui ont été regroupés soit comme une prestation de modèles légaux de services sociaux intensifs. Les raisons suggérées pour ces résultats comprennent les besoins des clients, la formation professionnelle et une orientation professionnel du travailleur, caractéristiques et ressources du l'agence et les ressources disponibles dans la communauté. L'attention accrue de la recherche se concentre sur les centres médico-légaux (FC), en partie en raison d'une attention accrue à la maltraitance des aînés en tant que problème des droits de l'homme.</p> <p>En plus des discussions sur les cas et en équipe la résolution de problèmes, les membres de l'équipe fournissent généralement des services (par exemple : l'évaluation du client, la compilation et l'examen des preuves, un examen des dossiers médicaux, etc.) dans leur champ d'application de la pratiquer et respectent les contraintes des rôles des organisations impliqué (Schneider et al., 2010).</p> <p>Des études de cas documentent l'efficacité des équipes judiciaires en soumettant leurs affaires au procureur de district et à poursuites, notamment en cas d'exploitation financière (Wiglesworth et al., 2006). Dans la deuxième étude, Navarro Et al. (2013) a analysé les rapports de cas, en trouvant que le programme a augmenté les taux de poursuites pour l'exploitation financière en facilitant la coopération et résolution de problèmes de groupe parmi APS, application de la loi et le procureur de district, en plus de fournir des ressources, telles que tests neuropsychologiques et accès direct au bureau du gardien public.</p>
--	---

Équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires

Les auteurs ont trouvé deux études qui répondent aux critères de preuve pratique basée sur MDT et IDT. En 1998, l'Association for Services for the Aged a établi un programme, une approche innovante pour prévenir et aider les cas d'EAN qui ont utilisé un modèle de travail social / avocat (JASA-LEAP). Dans La première étude, Schecter et Dougherty (2009) ont révélé que les aînés les plus vulnérables sentent de la honte et n'ont pas envie d'entreprendre des actions contre leurs agresseurs qui étaient membres de la famille. Le programme LEAP a réussi à aider les victimes à prendre des mesures contre leurs agresseurs. Dans une autre étude de LEAP, Rizzo et al. (2013) ont développé leur conception d'étude fondée sur un fort processus d'évaluation systématique basé sur les concepts et techniques multi variées. Des analyses de régression logistique ont été utilisées avec un échantillon aléatoire de dossiers de trois interventions des sites. La rétention du client, la fidélité du programme et l'exposition à l'équipe multidisciplinaire, les services étaient significativement liés à la réduction de risque de mauvais traitements lors de la fermeture de l'affaire. Un certain nombre de variables des résultats défavorables ont été significativement prédits: genre féminin, statut de conjoint et vieillesse. Rizzo et ses collègues ont trouvé des résultats plus favorables pour les résidents en utilisant MDT par rapport à l'intervention du plan de travail social, soutien à un travail social intégré.

Les meilleures pratiques :

Les 22 meilleures pratiques identifiées incluent l'évaluation des risques, par des outils de validation/atténuation, des interventions et des programmes d'éducation, des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, des cas de gestion et de nouveaux protocoles et modèles.

Outils d'évaluation et de validation des risques

Les chercheurs continuent de se concentrer sur le développement et variété d'outils pour identifier les personnes à risque de maltraitance dans ses diverses formes. Un certain nombre d'outils d'évaluation gériatrique non spécifiques aux abus envers les personnes âgées ont été validés et sont utilisés par des professionnels avec des personnes âgées pour une évaluation complète. Avec de bonnes propriétés psychométriques, ils évaluent un certain nombre de facteurs de risque connus liés à l'auto-négligence et à l'abus, à savoir : cognitif Statut (MMSE, MoCA) et santé psychologique (GDS) (Dong et al. 2011). Pourtant, la majorité des outils spécifiques pourraient être mieux classés en tant que pratiques émergentes ou meilleures plutôt que des pratiques fondées sur des données probantes en raison du manque de rigueur dans les tests.

Interventions et programmes d'éducation

La plupart des programmes et interventions éducatifs identifiés comme les pratiques les meilleures étaient destinées à des professionnels, tels que les infirmières et les gestionnaires de cas. Un exemple était un 2- Projet collaboratif d'une année entre une unité APS et un Association de la maladie d'Alzheimer qui a développé et testé des programmes éducatifs d'études, outils de dépistage et protocole de référence pour le personnel de l'APS et des infirmiers pour identifier à la fois les facteurs de risque d'abus envers les aînés et interventions appropriées pour prévenir les abus.

Les résultats de la formation ont montré une augmentation significative de la compréhension de la maltraitance, des outils de dépistage qui identifient une déficience cognitive et une plus grande volonté pour collaborer avec l'Association de la maladie d'Alzheimer. Desy et Prohaska (2008) a testé le cours d'éducation infirmière sur la gériatrie en urgence (GENE) sur les connaissances des infirmières sur les meilleures

pratiques gériatriques en cas d'urgence. Cela a entraîné une connaissance accrue des concepts gériatriques et la capacité de fournir des soins dans des domaines tels que la dépression et la démence, ainsi qu'une plus grande utilisation d'outils d'évaluation de maltraitance.

Finalement, deux études (Goodridge et al., 1997; Pillemer et Hudson 1993) ont mesuré l'impact des programmes de formation des infirmières auxiliaires autour de la gestion des conflits et de la connaissance sur la maltraitance des personnes âgées. Dans la première étude, Goodridge et ses collègues (1997) ont constaté qu'un programme de formation à la prévention des abus envers les personnes âgées pour les infirmières auxiliaires a entraîné une baisse des maltraitements, de conflit des résidents. Dans la deuxième étude, Pillemer et Hudson (1993) ont évalué un programme de prévention des abus conçu pour les assistants infirmiers en établissements de soins de longue durée.

Les chercheurs ont découvert que le programme d'éducation a entraîné une plus grande capacité pour les assistants infirmiers d'éviter et désamorcer les cas de maltraitance. Les résultats ont également mis l'accent sur l'importance cruciale d'un environnement sûr dans lequel divulguer ces cas.

Gestion des cas et nouveaux protocoles et modèles

La littérature sur l'efficacité de la gestion des cas avec les personnes âgées est mélangée, mais suggère un certain nombre d'avantages potentiels, tels que la satisfaction des clients et de la famille avec les soins, ainsi que les aînés et la connaissance familiale des options et des services (Hooyman et Kiyak 2012). Vladescu et al. (2000) a conçu et testé un programme de gestion qui fournit des services aux aînés qui ont été victimes d'une personne à qui ils ont fait confiance. Il y a une attention croissante à la prise de décision structurée (SDM), un protocole relativement nouveau basé sur la recherche qui

s'étend sur la gestion traditionnelle des cas en utilisant une évaluation des risques fondée sur des données probantes et des outils pour classer valablement les adultes étudiés par leur risque futur de mauvais traitements. Cela permet aux agences APS de gérer plus efficacement leurs ressources limitées de la protection de la sécurité des clients. Le modèle SDM est en cours de test par le NCCD au Texas, au New Hampshire et à Norfolk, Virginie. SDM peut permettre aux soins à domicile de faire en sorte au niveau politique et pratique sur la façon de diriger et d'utiliser des ressources limitées pour le compte des adultes qui en ont le plus besoin (Park et al., 2010; Johnson et al., 2008). Parmi ces modèles, deux sont considérés potentiellement dans les meilleures pratiques en raison de leur état actuel des données d'évaluation et recherche: APS-TRIO et EADSS. APS-TRIO est basé sur le Web Protocole pour aider les agents de terrain à conclure avec succès les cas. Ils utilisent des outils standardisés pour documenter les facteurs de risque, les interventions et les résultats, en mettant l'accent sur l'élimination.

Équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires

Un seul MDT a été classé en tant que meilleure pratique. Lune Et al. (2006) ont constaté que les victimes d'abus financiers avaient bénéficié le plus d'interventions de l'équipe.

Pratiques innovantes et novatrices

Comme indiqué dans les premières sections de cette revue, émergentes et innovantes les pratiques offrent de nouvelles approches et des domaines, bien qu'ils soient généralement moins étudiés empiriquement. La suite à des modèles, pratiques, outils d'évaluation, programmes et les interventions examinées ont donné des résultats précis qui ont signalé des données d'évaluation précoces ou ont noté l'évaluation des données, bien qu'il y ait un manque de tiers d'évaluation. Par conséquent, nous insistons sur l'interprétation prudente et des tests plus importants pour créer

	<p>une meilleure compréhension scientifique des méthodes de prévention, d'évaluation et d'intervention.</p> <p>Les participants des deux études ont évalué les séances avec des demandes d'informations supplémentaires.</p> <p>Le cour APS est nommée et les modèles judiciaires abusifs envers les aînés que nous avons précédemment défini des programmes axés sur les tribunaux comme ceux créé pour aider les aînés maltraités à travers le processus légal, tandis que les centres médico-légaux d'aide à l'enfance (EAFC) se concentrent sur la PCT Collaboration pour l'enquête et la poursuite de l'aîné Maltraitance (Kupris 2013). Kupris (2013) a enquêté les programmes judiciaires et ceux qui se partagent l'Alaska tribunaux. Les résultats suggèrent que les deux types de programmes sont là pour améliorer l'accès des clients à la justice et à la sécurité d'éducation et de sensibilisation.</p> <p>Dans l'ensemble, ces projets mettent l'accent sur l'éducation et la formation, ainsi que sur collaboration multidisciplinaire, encourageant une coordination accrue dans la lutte contre les mauvais traitements envers les personnes âgées.</p> <p>Hotlines</p> <p>Une autre pratique émergente pour éliminer les obstacles et augmenter l'accessibilité du service est la pratique de l'utilisation de lignes directes visant à la prévention ou atténuation des abus envers les aînés. Une étude de Floride a mesuré les effets des Hotlines sur les abus d'aînés (Schonfeld et al., 2006). Dans l'ensemble, l'utilisation des comportements des services de santé après avoir appelé la hotline était plus élevée.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>-Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche.</p> <p>Les résultats de cette revue soulignent des</p>

	<p>preuves empiriques limitées pour des interventions basées sur la recherche et documentent également l'attention accrue des praticiens et des chercheurs au développement et l'essai d'une variété de programmes, de modèles et services dans l'EAN. Les pratiques fondées sur la preuve ont fourni un soutien pour un certain nombre d'interventions éducatives et programmes communautaires. Les meilleures pratiques comprenaient un certain nombre d'instruments d'évaluations, ainsi que la gestion de cas et la structuration de modèles de prise de décision. Un certain nombre de modèles produisent plus de recherche et offrent un grand espoir à ceux qui sont sur le terrain. Modèles : APS-TRIO, EADSS et Structured Decision Making. Les programmes émergents / innovants mettent l'accent sur les approches tels que les lignes directes et les conférences de groupe familial, ainsi que de nouveaux modèles et outils d'évaluation qui sont actuellement testés pour leur efficacité dans les rapports, enquêtes, prévention et intervention pour le compte des aînés et les familles en cas de maltraitance.</p> <p>Les résultats aideront à guider les travaux futurs menés sur le terrain. L'établissement de trois centres de recherche et d'éducation s'engage à progresser dans les connaissances sur la maltraitance des personnes âgées, ce qui constitue un énorme pas en avant. Les auteurs encouragent les professionnels sur le terrain à utiliser ces derniers centres et modèles comme moyen d'accéder à la connaissance et aux ressources dans leurs communautés, aide à l'adoption de normes, définitions et protocoles et rester à jour avec les évolutions récentes sur le terrain.</p> <p>Au niveau des politiques, les auteurs voient des progrès avec la justice sur la loi des aînés, une disposition de la protection des patients et des soins en 2010, qui fournit des fonds fédéraux pour mieux comprendre, prévenir et traiter l'abus, la négligence et l'exploitation des personnes âgées. En outre, les travaux récents du département de la justice des États-Unis et le</p>
--	---

	<p>ministère de la Santé et des Services sociaux ont mis au point une feuille de route pour les personnes âgées, fournissant des conseils supplémentaires et une réflexion stratégique au niveau de la pratique et de la politique (États-Unis Ministère de la Justice et ministère de la Santé et de l'Homme Services 2014). Et enfin, à la Maison Blanche, en 2015, la conférence sur le vieillissement a identifié la maltraitance des aînés comme l'un de ses quatre grands thèmes pour la conférence (Pillemer et al., 2015). Ce sont tous des développements importants sur le plan critique qui ont élevé le problème de la maltraitance des aînés comme digne des droits nationaux. Néanmoins, il reste encore du travail à faire et les auteurs proposent ces quatre points pour une considération supplémentaire. Premier, Le manque de bonnes preuves scientifiques sur ce qui fonctionne réellement sur la prévention des mauvais traitements et aider l'aîné avec des soins post-abusifs. Il est nécessaire d'avoir une recherche plus rigoureuse.</p> <p>Deuxièmement, il existe des connaissances limitées sur les auteurs d'EAN et quelles pratiques et approches peuvent prévenir les abus et leur réapparition.</p> <p>Troisièmement, et compte tenu de la démographie changeante du pays, il est nécessaire d'aborder les problèmes de diversité culturelle dans l'EAN. Les auteurs ont trouvé très peu d'études qui ont examiné les besoins de diverses cultures. Enfin, malgré les bonnes intentions et la dédicace de nombreuses recherches sur le terrain, trop peu de recherche est en cours de traduction et très peu sont diffusées auprès des professionnels qui travaillent avec les personnes âgées tous les jours. Il est nécessaire de mieux comprendre les obstacles et s'assurer que la recherche n'est pas seulement de bonne qualité, mais qu'elle est traduite et diffusée à ceux qui peuvent l'utiliser le plus. Bien qu'il existe une connaissance scientifique limitée de la prévention, l'évaluation et les méthodes d'intervention, les professionnels peuvent utiliser</p>
--	--

	<p>la recherche croissante actuellement disponible pour eux. Cette recherche peut être utilisée pour piloter de nouveaux modèles et les programmes dans les communautés locales qui peuvent mieux parler d'un profil historique, culturel et économique de la communauté.</p> <p>En outre, les programmes pourraient collaborer avec des professionnels variés, encourager la collaboration communautaire dans le but de prévenir et éradiquer la maltraitance.</p> <p>L'étude a un certain nombre de limitations. Tout d'abord, il existe un nombre limité d'études qui appliquent des méthodes de recherches rigoureuses pour prévenir et intervenir dans le cas de maltraitance. Malgré les efforts pour rechercher et capturer les protocoles, les programmes et les services existants, il se peut qu'il y en ait des qui ait manqué. Les définitions variables de maltraitance et peu d'accord sur les procédures et les normes qui différaient selon les États rend difficile l'analyse des données. Enfin, bien que nous avons tiré des définitions d'autres chercheurs pour EBP, en fin de compte les critères pour les pratiques émergentes, meilleures et mises en évidence était notre tentative de fournir un cadre à la littérature qui serait utile pour ceux sur le terrain.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Conclusion</p> <p>Cette synthèse littéraire étend le travail par les examens précédents en examinant ce qui est actuellement connu de l'émergence, les meilleures approches et modèles basés sur des preuves. Des avis comme celui-ci continue d'être entravés par le nombre limité de travaux scientifiques, le manque d'études basées sur la population, comme bien que de petites tailles d'échantillons, ce qui limite la généralisation à fournir des conseils à ceux sur le terrain. Néanmoins, l'existence de ces programmes illustrent également l'engagement accru par les chercheurs, les décideurs et les praticiens pour arrêter les abus et souligne le besoin urgent des professionnels d'avoir accès à des informations à jour pour guider leur travail avec cette population</p>

	<p>vulnérable.</p> <p>Application pour la pratique : Les auteurs espèrent engager les professionnels dans de nouvelles discussions autour de leur pratique et encourager davantage des recherches scientifiques sur la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées.</p>
--	--

Grille de Fortin n°6

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Maltraitance envers les personnes âgées : revue systématique et applications pour la pratique
Résumé	L'article ne comprend pas de résumé qui synthétise clairement le résumé de la recherche
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Oui le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit :</p> <p>La maltraitance envers les personnes âgées est un problème mondial de santé publique et de droits de l'homme qui traverse les domaines socio-démographiques et économiques. La maltraitance existe sous plusieurs formes notamment : physique, psychologique, financière, sexuelle et la négligence.</p> <p>Bien que la violence envers les personnes âgées soit un domaine plus récent de la recherche, celle-ci indique que la maltraitance des personnes âgées est une condition courante, mortelle et coûteuse, mais peu étudiée. Environ 10% des personnes âgées américaines ont connu une certaine forme d'abus, mais seulement une fraction est signalée aux services de la protection des adultes.</p> <p>Pendant des décennies, les professionnels de la santé et le public ont considéré que la maltraitance infligée aux personnes âgées est un problème essentiellement social ou familial. Depuis la première littérature scientifique, les professionnels de la santé, les services sociaux, de la santé, de la justice et de la justice pénale ont accordé une attention croissante. En 2003, le Conseil national de la recherche a réuni des experts nationaux pour examiner l'état de la science sur la maltraitance envers les personnes âgées et a recommandé des stratégies prioritaires pour faire avancer la recherche. Cependant, malgré les efforts pluridisciplinaires</p>

	<p>visant à dépister, traiter et prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, les recherches n'est pas suffisantes ni adéquates.</p> <p>Oui le problème/phénomène est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles</p>
Recension des écrits	<p>Oui, une recension a été entreprise :</p> <p>Selon un rapport du gouvernement et des experts le manque d'éducation, de formation et de stratégies de prévention a été souligné. Le gouvernement a estimé que, en 2009, les dépenses nationales des organismes fédéraux étaient de 11,9 millions de dollars pour toutes les activités liées à la maltraitance des personnes âgées (1,1 million de dollars selon les instituts nationaux de la santé), soit beaucoup moins que le financement annuel des programmes de violence contre les femmes (649 millions de dollars) et les enfants (7 milliards de dollars).</p> <p>Le 14 juin 2012, la commémoration mondiale de la Journée de sensibilisation aux personnes souffrant d'abus a eu lieu à la Maison-Blanche et le président Obama a proclamé l'importance de faire avancer le domaine de la maltraitance des personnes âgées.</p> <p>En mars 2013, les assurances-maladies ont tenu une conférence nationale pour mettre en évidence la maltraitance envers les personnes âgées pour promouvoir le dépistage dans les établissements médicaux-sociaux.</p> <p>En avril 2013, L'Institut de médecine a organisé un atelier de 2 jours consacré à la prévention de la maltraitance, réunissant des experts mondiaux pour faire avancer la recherche. En octobre 2013, le Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis a recommandé la maltraitance en tant que domaine prioritaire de la recherche dans son rapport au Congrès.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés ne sont pas mis en évidence dans l'article.</p>

Buts et question de recherche	<p>Oui, le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise :</p> <p>Cette étude souligne l'épidémiologie mondiale de la maltraitance des personnes âgées en termes de prévalence, de facteurs de risque et de conséquences. Il couvre les lacunes majeures dans les domaines de la recherche et politique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	L'étude ne comporte pas d'échantillon ni de population. La recherche pour l'étude a été effectuée sur des bases de données, les auteurs ont recherché des articles concernant la maltraitance.
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Non, vu que l'étude ne comporte pas de participants</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Non car l'étude ne comporte pas de participants.</p>
Devis de recherche	<p>Selon nous, le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but et que la méthode de recherche choisie soit conciliable avec les outils de collecte des données proposés :</p> <p>Les auteurs ont effectué des recherches d'articles sur des bases de données et ont sélectionné des études de cas et qualitatives.</p> <p>Oui, le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses :</p> <p>Les termes de la recherche comprenaient : la maltraitance envers les personnes âgées, la prévalence, l'incidence, les facteurs de risques, les facteurs de protection, les résultats et les conséquences.</p> <p>Non, le choix du devis ne permet pas de respecter les critères scientifiques (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p>

	<p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Plus ou moins</p> <p>Le temps passé sur le terrain n'a pas été mentionné</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, les outils de mesure sont clairement décrits : L'échelle de tactique de conflit (CTS) a été utilisée pour mesurer les abus physiques, psychologiques et sexuels. - Non, l'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, le processus de collecte des données est décrit clairement : Les auteurs de l'étude ont effectué des recherches sur des bases de données (Cochrane, PsychInfo, Medline, etc.). Les termes de la recherche comprenaient : la maltraitance envers les personnes âgées, la prévalence, l'incidence, les facteurs de risques, les facteurs de protection, les résultats et les conséquences. Les articles ont été identifiés à l'aide des méthodes de recherche et les études ont été sélectionnées selon les critères. Des études de cas et qualitatives ont été incluses pour la recherche. Les publications non anglophones ont été exclues. Les auteurs ont également inclus des études effectuées dans les pays développés et en voie de développement. Ils ont également sélectionné des études comportant : <ul style="list-style-type: none"> - La diversité culturelle - La diversité des définitions - Des tests psychométriques - Des études épidémiologiques à grande échelle - Les facteurs de risques

	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais : <p>La recherche d'articles a été limitée aux études publiées en anglais. Les auteurs ont identifié et examinés les listes de références des articles trouvés afin de sélectionner les plus pertinents.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, les méthodes d'analyse sont décrites - Non, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas pris en considération dans les analyses - Oui, le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures. - Oui, les thèmes ou les modèles sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène - Oui, les résultats sont résumés par un texte narratif - Non, les auteurs n'ont pas fait évaluer les données par les participants ou par des experts
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses : <p>La prévalence : La prévalence de la maltraitance varie en fonction de la population, des caractéristiques, des définitions et des méthodes de recherche (tableau 1, figure 2). En Amérique du Nord et du Sud, la prévalence de la maltraitance varie de 10% chez les personnes âgées sans aucune atteinte cognitive et, 47.3% chez les personnes âgées atteints de démences.</p>

La prévalence en Europe : varie de 2.2% en Irlande à 61.1% en Croatie.

En Asie : la prévalence la plus élevée est en Chine avec 36.2% et la plus faible en Inde avec 14%

En Afrique : varie entre 30% à 43.7%

Malgré l'utilisation de l'échelle de conflit, les résultats diffèrent selon les études, ce qui entraîne de fortes variations dans les estimations de la prévalence.

Les maltraitements :

L'exploitation financière est 3x plus élevée et l'abus psychologique est 4x plus élevés dans les populations noires. Dans l'étude effectuée à Chicago, la négligence envers les hommes âgés noirs était 3x plus élevée qu'envers les hommes blancs et 2x plus de femmes noires âgées étaient susceptibles d'être maltraitées que les femmes blanches.

Les auteurs ont constaté que divers facteurs de risques étaient associés à la violence envers les personnes âgées notamment les troubles cognitifs et physiques ainsi que la détresse psychosociale.

La maltraitance envers les aînés peut entraîner des effets néfastes pour la santé et augmenter les besoins de santé (services de santé).

Les facteurs de risques :

Les facteurs de risques sont mis en évidence dans le tableau n°2, figure 1.

Les associations entre les caractéristiques socio-démographiques et économiques et la maltraitance des personnes âgées ont été incohérentes.

La dépendance physique a été liée à la maltraitance ainsi que les troubles cognitifs et l'isolement social.

Parmi les autres facteurs de risques, les troubles cognitifs semblent être associés à un risque accru de maltraitance. Par exemple, dans une étude où 254 soignants et 76 personnes âgées (atteints de démences) ont été interrogés, il a été constaté

	<p>que les personnes âgées atteints de la maladie d'Alzheimer étaient 4,8x plus susceptibles d'être maltraitées. Une autre étude a montré que la déficience cognitive a été associée à une négligence envers les personnes âgées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, les auteurs ont fait cette étude à partir d'études antérieures - Oui, les limites de l'étude ont été définies : Une limitation particulière est qu'aucun instrument cohérent n'a été utilisé pour mesurer l'abus envers les personnes âgées, ce qui rend difficile la comparaison de la prévalence et la compréhension des facteurs de risque entre les études. <p>Le seuil de sévérité varie grandement selon les études. Beaucoup d'études ont utilisé une approche positive (tous les éléments étaient positifs) tandis que d'autres ont systématiquement considéré l'hétérogénéité des définitions et ont été plus strictes dans la catégorisation des cas de violence envers les personnes âgées. En conclusion, certaines études ont utilisé une version étendue de l'instrument de dépistage, alors que d'autres ont choisi une version plus courte qui ne peut contenir qu'une seule question.</p> <p>La présente étude a fourni d'importantes preuves empiriques de l'effet de différents instruments sur la prévalence, mais des études futures devraient élargir les efforts pour développer un instrument plus uniforme et un score de coupure.</p> <p>Une autre limitation de cette recherche est que la plupart des études existantes ne fournissent pas d'informations de fiabilité et de validité pour l'instrument. Le manque de cohérence et de précision dans l'évaluation de la maltraitance des personnes âgées peut empêcher une compréhension claire de la prévalence précise et des facteurs de risque et de protection et empêcher le développement de programmes de prévention et d'intervention.</p> <p>En conclusion, le nombre et la qualité des études</p>
--	--

	<p>variaient considérablement en fonction de la région et du groupe culturel.</p> <p>La majorité des études ont été menées en Amérique du Nord (Etats – Unis), en Europe et en Asie (seules 2 études ont été menées en Afrique). Le manque d'études dans certains pays (Afrique, Canada, Australie, Amérique du Sud) a empêché la comparaison et la compréhension de la prévalence de la maltraitance des personnes âgées à travers les continents.</p> <p>La majorité des études sur les facteurs de risques ont utilisés une conception transversale (les études ont principalement portées sur les caractéristiques des victimes et des auteurs d'abus), ce qui entrave la capacité de déterminer le lien de causalité entre les facteurs de risque de vulnérabilité et les abus envers les personnes âgées.</p> <p>Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? Oui, les auteurs ont précisé les conséquences des résultats</p> <p>Oui, les auteurs font des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures :</p> <p>Etudes longitudinales : Les auteurs disent que des études sont nécessaires pour examiner l'incidence sous – types d'abus dans divers contextes ainsi que les facteurs de risque associés. Ces études peuvent également aider à comprendre quels sont les caractéristiques, les relations et les contextes dans lesquels l'abus est présent. Les auteurs mettent en évidence de la complexité de la recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Selon eux, des études plus rigoureuses sont</p>

nécessaires pour mieux comprendre le problème. Des analyse coûts-avantages et coûts-efficacité sont également nécessaire pour examiner les coûts associés aux abus et aux services publics (programmes d'interventions, etc.).

Etudes sur la maltraitance dans différentes cultures :

Pour les auteurs : des recherches pour mieux comprendre les facteurs culturels liés aux abus envers les personnes âgées dans les populations ethniques et raciales devraient être établies.

Etudes sur la prévention et les interventions :

Les futures recherches devraient promouvoir et soutenir la collaboration entre les organismes communautaires et les établissements afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées. D'autres études sont nécessaires pour examiner l'efficacité et la durabilité des programmes d'intervention dans divers contextes.

Applications pour la pratique :

L'évaluation du bien-être physique, cognitif et psychosocial des professionnels est importante pour comprendre les facteurs de risque associés à la maltraitance envers les personnes âgées.

Pour les auteurs, des dépistages et des interventions devraient être instaurées dans les EMS. Les soins ambulatoires, les hospitalisations, les plans de sortie et les soins à domicile pourraient jouer un rôle essentiel dans l'identification de situations d'abus.

Cette étude met en évidence l'épidémiologie de la maltraitance des personnes âgées et la complexité de la recherche et de la pratique. Les auteurs suggèrent des recherches longitudinales pour mieux définir l'incidence, les facteurs de risques et les conséquences de la maltraitance des personnes âgées dans diverses populations ethniques.

Selon les auteurs, les professionnels de la santé devraient envisager d'intégrer le dépistage de la

	<p>maltraitance dans la pratique, en particulier dans les populations à haut risque. Des stratégies de traitement et de prévention centrées sur le patient devraient être instituées pour protéger les populations vulnérables.</p> <p>Les auteurs recommandent de préserver et protéger les droits de l'homme des personnes âgées vulnérables.</p> <p>Oui, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions</p>
--	---

Grille de Fortin n°7

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>-Oui le titre précise clairement les concepts clés et la population :</i></p> <p>Stratégies d'intervention les plus réussies pour les personnes âgées maltraitées</p>
Résumé	<p><i>-Le résumé synthétise la méthode, les résultats et la discussion, cependant le problème n'est pas clairement expliqué.</i></p> <p>Méthode : Dans cette étude Projet CARE, des plans d'interventions pour 83 cas, avec un total de 473 stratégies, sont analysés dans une méthode d'analyse qualitative. Les 473 stratégies sont conçues et mises en œuvre pour être formé dans l'abus, par une agence de services sociaux, sanitaire et social et une équipe de soins à domicile. Chaque stratégie est évaluée par l'équipe pour l'accepter / ou refusée et par des clients.</p> <p>Résultats : Les stratégies les plus acceptées et avec le plus de réussite pour les personnes âgées maltraitées sont concrètes: les soins infirmiers et autres soins médicaux et aide familiale, stratégies de suivi de l'autonomisation, comme les groupes de soutien pour les personnes âgées maltraitées, les informations sur les droits et les ressources et les bénévoles / avocats. Celle avec moins de succès pour les personnes maltraitées sont des renvois à la communauté générale au niveau des activités et des programmes. Les stratégies pour les agresseurs de soins, le plus réussies et les interventions acceptées sont : des conseils individuels de soutien pour réduire l'anxiété, le stress, la dépression, l'éducation et la formation.</p> <p>Discussion : Les stratégies sur l'orientation par rapport à la maltraitance sont les plus acceptées et réussies dans l'étude. Ainsi, il semblerait pertinent pour les intervenants de se concentrer sur les services et les stratégies sur les agresseurs et non seulement sur les personnes âgées, en particulier en offrant des conseils individuels de soutien pour réduire l'anxiété, le stress et la dépression. Pour les receveurs de</p>

	<p>soins abusés, les services de soins à domicile peuvent offrir le soutien nécessaire pour sortir de leur situation d'abus avec l'aide des bénévoles et des activités de groupe de soutien.</p> <p>Mots clés : Abus, aînés, soignants, stratégies d'intervention, autonomisation, Conseil de soutien.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>-Oui le problème est clairement formulé et circonscrit. Le problème est pertinent par rapport aux connaissances actuelles.</p> <p>Environ 4% des personnes âgées d'Amérique du Nord sont victimes d'abus et / ou négligence. Cette étude de Montreal, appelée Project CARE évalue les stratégies d'intervention pour 83 cas d'abus et de négligence envers les personnes âgées vivant dans la communauté. Des études ont révélé que l'abus des personnes âgées vivant dans la communauté est souvent perpétré par des personnes responsables de l'aide régulière. Cette conclusion peut être due au fait qu'un plus grand nombre de personnes âgées vivent plus longtemps dans la communauté en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et des maladies chroniques dégénératives, les faisant dépendre de la famille des membres et d'autres personnes de soins et des services. Dans l'étude Project CARE, les aidants naturels sont définis dans un contexte général comme personne offrant de l'aide à une personne âgée, régulièrement. Ils peuvent ou pas vivre avec les adultes plus âgés. Les soignants sont généralement des membres de la famille mais pourrait aussi être un ami, un voisin, un concierge ou même une personne, qui jusqu'à récemment, avait été un étranger mais a commencé à offrir des services sur une base non rémunérée pour la personne âgée au cours des semaines ou des mois passés.</p> <p>De plus, un plus grand nombre de personnes âgées vivent plus longtemps, sont dépendantes</p>

des autres pour leurs besoins réguliers au niveau des soins, les familles sont plus petites, plus occupées, plus étalées et plus souvent sur le marché du travail, cela amène la personne âgée à devenir solitaire. Ainsi, moins de soignants sont disponibles pour offrir de l'aide aux personnes âgées dépendantes. La plupart des soignants font un excellent travail avec peu de soutien ou d'assistance. Cependant, dans certains cas, on a constaté que les soignants abusaient ou négligeaient les personnes âgées plus vulnérables. Ainsi, le projet CARE se concentre sur l'importance de pouvoir détecter quels soignants sont des agresseurs ou des agresseurs potentiels et quelles stratégies d'intervention devraient être évitées ou être utilisées pour aider les personnes âgées et leurs agresseurs à ne pas abuser dans telles situations. L'abus et la négligence sont difficiles à définir en raison de leur sens multiples. Les types d'abus ont été classés dans différentes catégories, y compris les abus physiques, psychosociaux et financiers / matériels et la négligence.

L'auto-abus ou la négligence a également été définie comme un type d'abus, mais est exclu de cette étude car seuls les cas avec un soignant est présent et sont échantillonnés. Des revues récentes de la littérature sur les abus et la négligence des personnes âgées révèlent que peu de stratégies d'intervention en matière de violence envers les personnes âgées ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. La littérature suggère que peu d'études ont évalué le degré de réussite ou d'acceptation de stratégies réellement tentées pour des interventions. La plupart des modèles d'intervention documentés appartiennent aux catégories de violence familiale, de thérapie familiale, d'action sociale, de protection de l'adulte ou d'interventions multidisciplinaires. Les modèles sont basés sur différentes explications théoriques qui sont limitées, exploratoires, parfois concurrentes et contradictoires. Cependant, malgré cela, des progrès ont été réalisés dans le développement de divers programmes de prévention et de

	<p>traitement et certaines connaissances ont été acquises. Par exemple, une action en justice été jugé comme une réponse appropriée lorsqu'un client est une victime d'abus de matériel. Les États américains ont évalué trois programmes de protection des adultes dans lesquelles les trois modèles ont signalé une diminution du nombre et de la gravité des manifestations d'abus et de négligence. Étant donné que certaines provinces canadiennes n'ont pas mandatés de services de protection de personnes âgées maltraitées, peu de modèles communautaires canadiens qui sont les programmes de protection des adultes ont été évalués. Project CARE est un projet communautaire qui tente d'évaluer l'acceptation ou les stratégies de refus d'intervention par les personnes âgées et leurs soignants, les agresseurs et le succès des interventions.</p>
Recension des écrits	<p><i>-Recension des écrits entrepris et elle offre une synthèse de l'état de la question :</i> Environ 4% des personnes âgées d'Amérique du Nord sont victimes d'abus et / ou négligence (Podnieks & Pillemer, 1990). Cette étude Montreal, appelée Project CARE évalue les stratégies d'intervention en 83 cas d'abus et de négligence envers les personnes âgées vivant dans la communauté. Des études ont révélé que l'abus des personnes âgées vivant dans la communauté est souvent perpétré par des personnes responsables de l'aide régulière ou soins d'un genre ou d'un autre (Podnieks & Pillemer, 1990). De plus, un grand nombre de personnes âgées vivent plus longtemps, sont dépendentes des autres pour leurs besoins réguliers de soins, les familles sont plus petites, plus occupés, plus étalés et plus souvent sur le marché du travail ce qui amène les personnes âgées à être plus solitaire (Baker, 1988). Ainsi, moins de soignants sont disponibles pour offrir de l'aide aux personnes âgées. La plupart des soignants font un excellent travail avec peu de soutien ou d'assistance. Cependant, dans certains cas, on a constaté que les soignants abusaient ou négligent les adultes plus âgés vulnérables (Kosberg, 1992).</p>

	<p>Les types d'abus ont été classés : les abus physiques, psychosociaux et financiers / matériels et négligence (National Advisory Council on Aging, 1991). Auto-abus ou la négligence a également été définie comme un type d'abus (Breckman & Daphne Nahmiash et Myrna Reis 55 Adelman, 1988), mais est exclue de cette étude car seuls les cas en d'un soignant est présent sont échantillonnés. Des revues récentes de la littérature sur les abus et la négligence des personnes âgées (MacLean, 1995; McDonald et al., 1991; Baumhover & Beall, 1996 Et Pritchard, 1999) révèlent que peu de stratégies d'intervention en matière de violence envers les personnes âgées ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. La littérature (par exemple Kosberg, 1983; Edinberg, 1986; Hudson & Johnson, 1986; Wolf & Pillemer, 1989; Nahmiash, 1996) suggère que peu d'études ont évalué le degré de réussite ou d'acceptation de stratégies réellement tentées des interventions sur les abus.</p>
Cadre de recherche	-Les concepts clés sont mis en évidence : Abus, aînés, soignants, stratégies d'intervention, autonomisation, Conseil de soutien. Les concepts sont bien liés au but de l'étude.
Buts et question de recherche	<p><i>-Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est énoncé de façon claire :</i></p> <p>Le projet CARE se concentre sur l'importance de pouvoir détecter quels soignants sont des agresseurs ou des agresseurs potentiels et quelles stratégies d'intervention devraient être évitées ou devraient être utilisées pour aider les personnes âgées et leurs agresseurs à ne pas abuser dans telles situations.</p>
METHODE	
Population et échantillon	La population visée : clients âgés de 55 ans ou plus, cependant pas d'autres détails apparaissent. Cependant le but principal est focalisé sur les interventions de prévention de la maltraitance. des plans d'interventions pour 83 cas, avec un total de 473 stratégies, qui ont été analysés dans

	<p>une méthode d'analyse qualitative. Cet échantillon est sélectionné parmi un groupe de 218 aînés identifiés par des professionnels comme victimes d'abus et de négligence en utilisant l'écran de traitement abusif pour l'outil de dépistage des personnes âgées (BASE) (Tool # 2; Reis & Nahmiash, 1995a). Un tiers de l'échantillon sont des hommes et deux tiers sont des femmes. L'échantillon ne comprend que les cas d'abus et de négligence dans lesquels il existe un agresseur qui est un soignant et habituellement un membre de la famille. Dans tous les cas, l'agresseur de soins offre des soins réguliers ou un service aux personnes maltraitées sur une base régulière. L'échantillon contient tous les types d'abus (Physique, psychologique, financier et négligé par un soignant) sauf pour abus de soi / négligence.</p> <p>Les 473 stratégies sont conçues et mises en œuvre pour être formé dans l'abus, par une agence de services sociaux, multidisciplinaire, sanitaire, social et une équipe de soins à domicile. Chaque stratégie est évaluée par l'équipe pour l'accepter / ou refuser tout en collaborant avec les clients.</p>
Considérations éthiques	Il n'est pas référé des moyens de sauvegarde des droits des participants.
Devis de recherche	-Oui, le devis de recherche permet l'atteinte du but de la recherche. Dans cette étude Projet CARE, des plans d'interventions pour 83 cas, avec un total de 473 stratégies, sont analysés dans une méthode d'analyse qualitative. Une approche qualitative est choisie pour son aptitude à la recherche exploratoire.
Modes de collectes de données	<p>Les données ont été collectées comme ce- ci: la méthode utilisée pour évaluer le succès ou le non-succès des stratégies d'intervention multidisciplinaires dans cette communauté de projet d'étude Care Étude sur les projets d'étude est basée sur un format qualitatif d'analyse de contenu. Critères d'évaluation du succès ou le non-succès inclut l'arrêt ou la réduction des abus et / ou négliger ou résoudre le problème identifié.</p> <p>Outils : d'outils du model d'intervention, qui comprend la liste de contrôle des indicateurs de</p>

	<p>l'abus (IOA, Tool # 1, Reis & Nahmiash, 1995a; Nahmiash & Shrier, 1992) et d'autres examens de mesures de dépistage. L'IOA aide non seulement à identifier les indicateurs d'abus présents dans les situations de maltraitance auprès des personnes âgées et les agresseurs, mais aide également les intervenants professionnels et l'équipe multidisciplinaire pour planifier les stratégies d'intervention.</p> <p>-Le succès de chaque intervention est évalué sur le formulaire AID</p>
Conduite de la recherche	<p>Une approche qualitative est choisie pour son aptitude à la recherche exploratoire. Une stratégie d'analyse de contenu appropriée est utilisée pour produire et analyser des informations descriptives.</p> <p>Au cours de l'étude, un modèle d'intervention à cinq éléments a été développé et fondé sur un projet modèle préliminaire d'intervention. Le modèle d'intervention repose principalement sur les principes de la théorie de l'autonomisation, défini comme «le processus d'aide des individus pour maximiser leur confiance, leurs compétences et leurs aptitudes afin de prendre le contrôle de leur vie et de prendre des décisions éclairées dans leur meilleur intérêt ». Les concepts d'habilitation sont utilisés à la fois en tant que processus et les résultats des stratégies pour aider une personne maltraitée à bouger avec cette situation abusive. Conformément au principe d'autonomisation, les personnes maltraitées sont informées de leurs droits; aidées à identifier et accéder au service médical, aux services sociaux et aux ressources communautaires et à être assisté par des conseils ou des groupes pour diminuer le sentiment d'auto-responsabilité, la honte, l'anxiété, la dépression, la solitude et l'isolement. Dans chaque cas, deux intervenants sont affectés : une, la victime et l'autre l'agresseur. L'accent est mis sur le développement de forces existantes et des nouvelles personnes maltraitées et de l'offre d'accessibilité d'options disponibles et des ressources. Pour les agresseurs, certains des</p>

objectifs sont de leur fournir de l'éducation, de la formation et le conseil individuel pour réduire l'anxiété, le stress ou la dépression, ainsi que pour offrir un répit et d'autres ressources. Concrètement pour les abuseurs : élargir leurs réseaux de soutien; mettre encouragé à chercher un traitement pour consommation de substance et consulter pour des problèmes de santé mentale; puis effectuer une séparation avec la personne abusée, si nécessaire et possible, par renvoi à des référence ou par l'utilisation du système de justice pénale, de la tutelle ou d'experts financiers.

Description de l'intervention du modèle à cinq éléments

Le modèle d'intervention est basé sur cinq éléments et coordonné par une petite équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé à domicile et para professionnels. Six procédures et étapes d'intervention (figure 1) décrivent comment on peut aider la personne maltraitée ou l'agresseur à sortir de leur situation abusive. Des visites d'évaluation sont fournies et organisées par des services. L'équipe identifie les cas d'abus et de négligence impliquant des clients âgés de 55 ans ou plus.

Les cas d'abus sont également confirmés car ils progressent dans le temps par une plus petite équipe d'intervention multidisciplinaire à trois ou cinq membres, en utilisant le nouvel ensemble d'outils du model d'intervention, qui comprend la liste de contrôle des indicateurs de l'abus (IOA, Tool # 1, Reis & Nahmiash, 1995a; Nahmiash & Shrier, 1992) et d'autres examens de mesures de dépistage. L'IOA aide non seulement à identifier les indicateurs d'abus présents dans les situations de maltraitance auprès des personnes âgées et les agresseurs, mais aide également les intervenants professionnels et l'équipe multidisciplinaire à planifier les stratégies d'intervention. Les articles de l'IOA focalisent l'attention de l'intervenant sur de nombreux problèmes spécifiques qui ont précédemment été liés à des abus dans la littérature (par exemple, Kosberg, 1988), tels que les problèmes de

	<p>toxicomanie, l'isolement social et un contexte de problèmes relationnels. L'IOA est complété par l'intervenant qualifié après une évaluation à la maison de deux à trois heures. Cet outil aide les intervenants à planifier des stratégies d'intervention individuelles et collectives pour réduire ou résoudre chaque problème identifié.</p> <p>Suite à la discussion de cas par l'équipe multidisciplinaire, l'intervention des plans de stratégie sont élaborés par les membres de l'équipe de soins à domicile, en utilisant la Description de l'Intervention Abuse (AID, Figure 2, Reis & Nahmiash, 1995a). Le formulaire AID est basé sur les formulaires d'intervention couramment utilisé par les agences de santé et de services sociaux avec l'addition d'un composant d'évaluation. L'objectif principal de l'AID est de documenter au moins une stratégie d'intervention pour correspondre à chaque problème et à évaluer si chaque stratégie est acceptée ou refusée, réussie, partiellement réussie, en cours ou non disponible, suite à un essai de période convenue par les membres de l'équipe multidisciplinaire. Le formulaire AID prévoit également (1) a date préétablie pour examiner la progression de chaque problème et la correspondance de stratégies, (2) l'acceptation ou le refus des stratégies par les clients et (3) les niveaux de réussite relatifs à la réduction de l'abus ou l'arrêté ou si le problème identifié est résolu partiellement ou complètement.</p> <p>Les autres éléments d'intervention sont: une équipe de consultants experts qui fournit des informations professionnelles spécialisées et des conseils qui se compose de membres du système de justice pénale, représentants tutelle publique et financiers, droits de l'homme et psychologues et les experts en psychogériatrie. Interventions pour les agresseurs : une base individuelle pour diminuer leur isolement; les conseiller sur leurs droits et de les accompagner, au besoin à travers le processus d'intervention.</p> <p>Un groupe de support d'autonomisation hebdomadaire pour les personnes âgées maltraitées augmente la prise de conscience des</p>
--	---

	<p>actes abusifs, identifie les moyens de faire face à leurs problèmes et parfois permet aux adultes maltraités de laisser leurs situations abusives. Les groupes de soutiens pour la famille, spécifiquement pour les aidants ou potentiellement abusifs, vise à prévenir les abus, diminuer l'isolement des soignants et offrir un support / information sur les ressources. Le succès de chaque intervention est évalué, sur le formulaire AID, par un consensus de 3-5 membres de l'équipe multidisciplinaire suite à une présentation de cas. Chaque stratégie d'intervention est considérée comme acceptée ou refusée et réussie, partiellement réussie, en cours ou non disponible, par une infirmière, une femme au foyer, un travailleur social, un coordinateur du centre de jour et une intervention d'abus de consultant. Ce groupe se réunit tous les deux ans pour évaluer les interventions après une moyenne de trois ou quatre mois d'intervention.</p> <p>SOINS DE PROJETS infirmières, travailleurs sociaux et physiques et professionnelles, les thérapeutes ont complété 83 formulaires d'AID, correspondant à 83 abus, cas observés au cours de l'étude. Cet échantillon est sélectionné parmi un groupe de 218 aînés identifiés par des professionnels comme victimes d'abus et de négligence en utilisant l'écran de traitement abusif pour l'outil de dépistage des personnes âgées (BASE) (Tool # 2; Reis & Nahmiash, 1995a). Un tiers de l'échantillon sont des hommes et deux tiers sont des femmes. L'échantillon ne comprend que les cas d'abus et de négligence dans lesquels il existe un agresseur qui est un soignant et habituellement un membre de la famille. Dans tous les cas, l'agresseur de soins offre des soins réguliers ou un service aux personnes maltraitées sur une base régulière. L'échantillon contient tous les types d'abus (Physique, psychologique, financier et négligé par un soignant) sauf pour abus de soi / négligence.</p> <p>Il faut noter que l'étude ne fournit pas de résultats spécifiques au succès d'interventions spécifiques dans les cas où l'agresseur est</p>
--	--

	quelqu'un d'autre qu'un soignant ou ne fournit pas d'information sur les agresseurs de soins liés à des types spécifiques d'abus, tels que les physiques.
Analyse des données	<p>-Oui les méthodes d'analyse sont décrites : Un premier tri des plans d'intervention de l'AID est effectué par deux évaluateurs indépendants après avoir lu attentivement toute l'intervention des plans. Un assistant de recherche formé et un expert consultant contre l'abus chaque ont classé au total 473 stratégies d'intervention en 10 activités d'intervention exclusives. Les catégories sont ensuite regroupées sur les stratégies pour les soignants et les stratégies pour les récepteurs de soins (voir Figure 3). Chacun des 83 plans d'intervention pour les abus individuels, les cas sont codés indépendamment par l'assistant de recherche et le consultant de recherche. Les codages sont ensuite comparés pour un accord inter-évaluateur. Les désaccords dans les catégorisations sont discutés jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>-Oui les résultats sont adéquatement présentés pas des tableaux et ont été évalué par de experts:</i></p> <p>Quatre-vingts pour cent des stratégies globales d'intervention sont évaluées comme étant à succès ou partiellement réussies et vingt pour cent sont jugées infructueuses.</p> <p>Le tableau 1 décrit les stratégies les plus acceptées et les plus réussies par ordre décroissant. 1) Les catégories les plus acceptées et réussies sont les stratégies générales de médecine, de soins infirmiers et de réadaptation pour les personnes maltraitées.</p> <p>2) Deuxièmement, les stratégies d'aidant des agresseurs individuels pour réduire l'anxiété, le stress, la dépression, le soutien familial, le conseil familial, etc.</p> <p>3) Troisièmement, le ménage de stratégies concrètes pour les personnes âgées maltraitées.</p> <p>4) Ils sont suivis par renvois aux groupes de soutien à l'autonomisation et à des interventions</p>

	<p>de bénévolat pour les personnes maltraitées.</p> <p>Le tableau 2 donne une idée de la catégorie n ° 1 contenant les données médicales, les stratégies de soins infirmiers et de réhabilitation, qui comprend 23% des stratégies globalement acceptées et 26% des stratégies globales évaluées comme réussies.</p> <p>Une autre analyse de ce groupe de stratégies dans le tableau 3 révèle qu'un nombre approximativement égal de soins infirmiers et d'autres stratégies médicales sont tous deux acceptées et réussies. Les stratégies de réadaptation d'intervention des ergothérapeutes et des physiothérapeutes (d de cette catégorie) est moins élevé dans le nombre de stratégies acceptées et réussies.</p> <p>Tableau 4 : analyse en outre la deuxième catégorie la plus acceptée et réussie. La deuxième stratégie la plus réussie après les soins infirmiers, médicaux et la réhabilitation est la catégorie n ° 2 dans l'ensemble. Il consiste pour la stratégie spécifique pour les agresseurs de soins ou les toxicomanes potentiels et comprend des soins de relève, soutien familial, orientation de groupe de soutien, éducation ou formation pour soignants, le conseil familial et le conseil de soutien pour la réduction du stress, l'anxiété ou la dépression. Une autre répartition de cette catégorie révèle que le succès de ces stratégies de prise en charge est le soutien et des conseils de soutien sur une base individuelle pour réduire l'anxiété, Le stress et la dépression (f de cette catégorie), qui représente un tiers des stratégies acceptées et réussies. Les stratégies qui éduquent et formeent spécifiquement l'agresseur des soins (d de la catégorie) sont les prochains succès, suivis des services de conseil en famille (e de la catégorie). La troisième catégorie de stratégies d'intervention classées comme les plus réussies, se compose de services de fabrication de maisons pour personnes âgées maltraitées, telles que un bain, un service de magasinage et de blanchisserie (tableau 1, n ° 3). La quatrième catégorie de stratégies d'intervention les mieux</p>
--	--

	<p>classées pour l'abus des personnes âgées se composent des groupes de soutien, comme le groupe d'autonomisation, personnes bénévoles, conseil en soins personnels et stratégies éducatives et des informations sur les droits et les ressources (tableau 1, n ° 4).</p> <p>Fait intéressant, les stratégies d'intervention les plus fréquemment refusées sont celles visant à accroître la socialisation des clients en communauté, les programmes d'activités ou les programmes de centres de jour en dehors de l'agence (tableau 1, n ° 5). Enfin, une grande proportion (environ 23%) de l'intervention sont encore en cours après quatre mois d'intervention et ne peuvent pas encore être classés comme réussis ou non réussis (tableau 1).</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>-Oui les résultats ont été interprétés en fonction du cadre de recherche :</i></p> <p>Le fait que les stratégies les plus acceptées et réussies pour les personnes âgées maltraitées soient des soins infirmiers généraux et des stratégies médicales offertes par les professionnels de la santé de l'équipe de soins à domicile n'est pas un résultat surprenant. Personnes âgées comme d'autres, considèrent souvent leur santé comme le problème le plus importante et la plupart des personnes âgées maltraitées de l'échantillon sont des personnes de plus de 75 ans. Offrir les premières stratégies axées sur la santé peut aider à forger un premier lien dans le cas d'abus lorsque l'intervention est d'abord refusée ou acceptée seulement à contrecœur. Ces résultats suggèrent qu'une approche multidisciplinaire d'équipes professionnelles et paraprofessionnelle peut fournir une stratégie de services susceptibles d'être acceptée et réussie en collaboration avec les clients.</p> <p>La deuxième catégorie de stratégies les plus réussies est celle des soignants. Consultation individuelle des soignants par équipe de soins à</p>

domicile. Les interventions seraient pour réduire l'anxiété, le stress et la dépression, ainsi que l'éducation, des conseils concernant les ressources du service, sont offerts, en général par les travailleurs sociaux et parfois les infirmières et la réadaptation par les thérapeutes. Les stratégies les moins fréquemment réussies sont celles impliquant les consultants experts de l'équipe proposant des interventions telles que de stratégies financières ou juridiques, prévention du crime, régimes de protection et utilisation de l'équipe psychogériatrique. Il se peut que les intervenants en programme communautaire basés dans des provinces qui n'ont pas de services de protection pour l'adulte ont besoin d'encouragement et de formation pour utiliser les services, en les consultants plus souvent ou que les aînés eux-mêmes doivent également être plus directement impliqué dans les consultations avec les experts, peut-être sur une façon individuelle. De même, les interventions relatives au traitement de la toxicomanie, les programmes étaient moins classées. Cette situation est conforme aux 68 journaux de l'abus et de la négligence des anciens. Des difficultés bien connues pour convaincre les toxicomanes pour entrer et continuer à traiter. Sur les 14 stratégies tentées dans cette catégorie, cependant, un seul a été réellement refusé et un seul a été jugé infructueux. Peut-être que les intervenants pourraient être formé pour diriger les soignants avec de tels problèmes avec la substance. Les interventions d'abus pourraient être faites plus fréquemment, car la toxicomanie est une clé au facteur associé aux agresseurs et les programmes de toxicomanie pourraient être plus adaptés aux besoins de ces agresseurs et toxicomanes potentiels. Un certain nombre de stratégies sont encore en cours et ne peuvent être évaluées ce qui limite les résultats de cette étude et indique la durée de intervention de maltraitance, ce qui peut être nécessaire. Cela a des implications pour les chercheurs à entreprendre des évaluations des stratégies d'intervention. En outre, les résultats sont limités

	<p>aux personnes aggravées qui dépendent d'un aidant pour leurs soins et où l'aidant qui est l'agresseur.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Pour conclure, le formulaire AID semble être un outil utile pour documenter et évaluer des stratégies d'intervention en cas d'abus et de non-abus dans le cas de l'abus de la part de soignant. L'analyse de 473 stratégies d'intervention utilisé par une équipe de prévention multidisciplinaire qualifiée d'intervenants en soins à domicile et évalué pour 83 victimes principales d'abus et leurs agresseurs suggèrent que les stratégies de soins de santé et les stratégies concrètes suivies par des stratégies de soutien, comme un groupe d'autonomisation et des personnes bénévoles sont acceptés par d'anciens adultes maltraités et évalués comme une stratégie d'intervention réussie. D'autres stratégies réussies sont celles qui visent au soutien individuel des aidants naturels abusifs à réduire le stress, l'anxiété et la dépression. Ceux qui concernent l'éducation et la formation des agresseurs de soins sont également ont été jugée réussis. Moins utilisé les stratégies dans Project CARE sont des interventions faisant appel aux consultants experts en prévention du crime, droit, finances, etc. et programmes de substance de traitement des abus, même si ces services sont disponibles. Enfin, les renvois aux activités générales de la communauté telles que les centres de jour d'interventions d'abus non spécifiques ont relativement peu de succès. D'autres recherches utilisant le formulaire AID peuvent confirmer ces interventions réussies ou infructueuses dans une variété de cas d'abus, les paramètres d'intervention et les populations de clients culturellement diversifiés.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les intervenants et les chercheurs sont encouragés à continuer d'utiliser l'AID pour évaluer ces stratégies et d'autres pour prévenir et traiter les problèmes d'abus. En outre, des stratégies d'intervention devraient être proposées pour les agresseurs ou les toxicomanes potentiels et pas seulement les personnes âgées.</p>

Grille de Fortin n°8

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Prévention de la maltraitance envers les personnes âgées dans les EMS : compétences pour le personnel soignant
Résumé	<p>Le résumé de cet article contient les informations suivantes :</p> <p>La formation sur la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées se concentre sur la détection et la déclaration des abus.</p> <p>Les auteurs de cet article ont utilisés des entrevues qualitatives avec le personnel soignant d'EMS afin d'identifier les besoins de formation. Sur la base des réponses des participants, ils ont élaborés un certain nombre de compétences essentielles pour la formation des soignants afin de prévenir la maltraitance dans les EMS. Les compétences comprennent celles qui traitent des définitions et des politiques, des risques de maltraitance, de la communication et du respect des relations avec les résidents et le développement d'un environnement de travail favorable.</p> <p>Les compétences sont discutées avec des exemples illustratifs, ainsi qu'avec les implications pour la pratique et la politique.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Aux Etats-Unis, il y a 17'000 établissements médico-sociaux et 1,6 millions de résidents et les chiffres devraient quadrupler à 6,6 millions de résidents d'ici 2050 (US Census Bureau, 2002 ; le centre national Elder Abuse, 2006).</p> <p>Les aides-soignantes sont celles qui ont plus de contact avec les résidents dans un EMS. Elles assurent aux résidents les activités de la vie quotidienne telles que manger, s'habiller, se laver, etc. Ce métier nécessite généralement des</p>

	<p>études et de 75 heures de formation supplémentaire. Cependant, ce métier est caractérisé par une faible rémunération, des exigences physiques et émotionnelles.</p> <p>L'accroissement de la population âgée et les pressions financières exercées par les hôpitaux (les hôpitaux réduisent/limitent le temps d'hospitalisation) rendent une forte croissance d'occupation de résident dans les EMS aux États-Unis.</p> <p>L'élaboration de programmes de formation pour le personnel soignant est donc un aspect essentiel afin de prévenir la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Il n'existe pas de données fiables sur la prévalence d'abus ou de négligence dans les EMS (Hawes, 2002). Cependant, il existe des données qui montrent que la maltraitance (physique, psychologique, financière, sexuelles, etc.) infligés aux personnes âgées dans les EMS sont similaires à ceux trouvés à domicile (Nerenberg, 2002).</p> <p>Les données sur les abus dans les EMS indiquent que l'abus physique est le type le plus signalé (administration des États-Unis sur le vieillissement, 2003) mais que les abus non déclarés peuvent être plus graves et plus répandus (Hawes, 2002).</p> <p>Hawes a montré les résultats de multiples études sur les résidents et le personnel soignants dans les EMS. En résumé, ces données indiquent qu'environ la moitié des résidents ont déclaré avoir été abusés/maltraités et environ la moitié du personnel ont avoué avoir commis des actes de maltraitance psychologique et 10 – 17% ont déclaré adopter une forme de contrainte physique.</p> <p>Le Manuel des Perspectives Professionnelles du ministère du Travail (2006) et du ministère des Travaux Publics note que le travail des aides-soignantes implique souvent des tâches désagréables et que les résidents peuvent être</p>

	<p>désorientés, irritables ou peu coopératifs. Goodridge, Johnston et Thomson (1996) ont constaté que les aides-soignantes étaient en moyenne maltraitées physiquement par les résidents environ 9,3 fois par mois et agressés verbalement 11,3 fois par mois. Parmi les raisons citées par les aides-soignantes, il existe un manque de connaissances sur la gestion des conflits et du stress (Braun, Suzuki, Cusick et Howardcarhart, 1997). Il est également possible que les aides-soignantes manquent de compréhension concernant les différences de pouvoir, des limites et des problèmes de protection de la vie privée (Clough, 1999; Nerenberg, 2002).</p> <p>De nombreux auteurs ont affirmé que la formation du personnel soignant est essentielle dans la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées dans les EMS (Hawes, 2002; Joshi & Flaherty, 2005). Les directeurs, les médiateurs et les aides-soignantes conviennent que le manque de formation est l'un des facteurs les plus importants qui contribue aux abus (Hawes, Blevins et Shanley, 2001). Sur la base de la littérature, Nerenberg (2002) affirme que la formation aux soignants pourrait répondre aux compétences interpersonnelles, à la gestion des situations difficiles, à la résolution de problèmes, aux problèmes culturels qui affectent les relations avec les résidents, la résolution des conflits, la réduction du stress, les informations sur la démence et le signalement des abus.</p> <p>À ce jour, la plupart des formations existantes des aides-soignantes sur la maltraitance envers les personnes âgées sont axées sur la détection et la déclaration des abus. Peu de formation se concentre spécifiquement sur la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées.</p>
Cadre de recherche	Non, les concepts clés ne sont pas mis en évidence et ne définissent pas le plan conceptuel

Buts et question de recherche	<p>But de l'étude :</p> <p>Les auteurs de cet article ont mené la présente étude afin d'identifier les compétences pour la formation des aides-soignantes afin de prévenir la maltraitance.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les auteurs ont utilisé des entretiens qualitatifs et les ont remis au personnel soignant d'EMS afin d'identifier les besoins de formation pour prévenir la maltraitance.</p> <p>L'échantillonnage a été réalisé en tenant compte de tous les « acteurs » et des points de vue variés, c'est pourquoi l'étude comprend les différents types de professionnels dans les institutions. Les professionnels ont travaillé avec des membres du Conseil de coordination de la protection des adultes de la Caroline du Sud (une entité de 22 membres représentant des organismes publics, des organisations privées et des personnes nommées par des gouverneurs travaillant dans la protection des adultes).</p> <p>Les auteurs ont obtenu un échantillon à l'échelle de l'Etat pour parvenir à un équilibre en tenant compte de certains facteurs comme les années d'expériences, le lieu de travail, le type d'établissement, etc.</p>
Considérations éthiques	<p>Chaque participant a reçu le consentement éclairé approuvé par le conseil d'examen institutionnel et l'assurance de la confidentialité.</p> <p>Toutes les personnes interrogées ont reçu une carte – cadeau de 25\$ en guise de remerciement pour leur participation.</p>
Devis de recherche	<p>Les auteurs de cet article ont utilisé des entrevues qualitatives avec plusieurs professionnels d'EMS afin d'identifier les besoins de formation pour prévenir la maltraitance envers les personnes âgées.</p>

	Les entretiens ont été enregistrés numériquement et ont duré approximativement une demi-heure.
Modes de collectes de données	<p>Les transcriptions des entrevues ont été analysées à l'aide du logiciel ATLAS/ti (qualitatif) et d'une approche analytique fondée sur la théorie (Strauss, 1987). ATLAS/ti permet au chercheur de marquer les passages de texte informatisés de manière à souligner le texte dans un livre. Les passages peuvent être annotés, étiquetés avec des commentaires ou étiquetés avec des codes.</p> <p>Les passages, les codes et les commentaires peuvent être triés en réseaux et hiérarchies, fournissant un contexte créatif pour identifier les thèmes et percevoir les associations entre les variables.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les participants ont été contactés par téléphone ou par lettre et ont reçu une brève description du projet. Ensuite, les participants intéressés et disponibles pouvaient être appelés pour des entretiens.</p> <p>Les personnes interrogées comprenaient plusieurs administrateurs, un directeur, 2 infirmières, une aide-soignante, 9 enquêteurs, un psychologue, un travailleur social, plusieurs médiateurs, 2 enquêteurs règlementaires et 2 agents d'application de loi. Tout d'eux travaillaient dans un EMS.</p> <p>Les entretiens ont porté sur la profession des participants (infirmière ? aide-soignante ? etc.), sur leurs expériences en terme de maltraitance (acteur d'abus ? observateur ?), sur les mesures qui pourraient être prises pour prévenir la maltraitance, le type de formation nécessaire, etc.</p>
Analyse des données	Sur la base des réponses des participants, les auteurs ont pu identifier un certain nombre de compétences essentielles à la formation des soignants pour prévenir les mauvais traitements infligés aux résidents dans les EMS. Celles-ci

	<p>peuvent généralement être décrites comme celles qui concernent les définitions et les politiques, les risques de maltraitance, la communication et le respect des relations avec les résidents et le développement d'un milieu de travail favorable.</p> <p>Chaque compétence est répertoriée avec une brève explication et des réponses illustratives fournies par les participants dans l'étude.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Comme cité dans le chapitre « analyse de données », les auteurs ont identifié des compétences essentielles à la formation des soignants pour prévenir la maltraitance :</p> <p>1^{ère} compétence : définir et donner des exemples de différents types de maltraitance qui se produisent dans les EMS.</p> <p>Les participants ont donné leur impression concernant la maltraitance. Les réponses montrent que les aides-soignantes ont besoin d'une formation sur les différentes formes de maltraitance. Les participants ont indiqué que, bien que l'abus physique soit le type de maltraitance la plus fréquente, la majorité des abus qui se sont produits étaient de la négligence et des abus psychologiques.</p> <p>Voici les réponses des participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Abus psychologique</u> : « vous êtes méchantes, c'est pour ça que vous êtes ici » ; « ils ne reviendront pas vous voir » ; « personne ne viendra vous visiter car personne ne vous aime » ; etc. - <u>Abus physique</u> : les abus physiques décrits par les participants comprenaient principalement de la violence lors des transferts ou pendant les toilettes. Ex : « j'ai vu des aides – soignantes frotter fortement sur des escarres » ; « j'ai vu une aide – soignante frapper des résidents » ; etc.

- Abus financier : les participants ont indiqué que le vol est le type d'abus financier le plus courant, bien que la fraude soit en augmentation. Ex : « j'ai vu une aide soignante voler un chèque et écrire le chèque elle-même et l'encaisser. » ; « une résidente est venue vers moi et m'a dit que quelqu'un lui a volé de l'argent qui était caché dans sa Bible » ; etc.
- Abus sexuel : les participants ont décrit que les abus sexuels étaient très rares
- L'alimentation : la question du temps est souvent relevée. Ex : « certains résidents mangent en 1 heure et demie leur repas et nous n'avons pas forcément le temps de les aider »

2^{ème} compétence : identifier les politiques organisationnelles et fédérales concernant la maltraitance auprès des personnes âgées dans les EMS. Bien que la plupart des aides-soignantes reçoivent une formation de base sur les définitions et les politiques concernant la maltraitance, réitérer ces concepts est un élément essentiel de toute formation complète en matière de prévention de maltraitance. En conclusion, les participants ont souligné la nécessité de documenter les plaintes des résidents et/ou de signaler auprès des infirmières.

3^{ème} compétence : identifier les contextes en milieu de travail qui pourraient créer un climat de maltraitance dans les EMS. Cette compétence est particulièrement importante pour les administrateurs et les superviseurs. Les participants ont mentionné à plusieurs reprises le manque de personnel et le manque de supervision comme des facteurs qui favorise la maltraitance.

4^{ème} compétence : identifier les attitudes et les comportements des professionnels qui créent un

climat qui favorise la maltraitance dans les EMS. Les participants ont émis l'hypothèse que ce qui favorise la maltraitance c'est le stress, le burnout, le besoin de montrer et prouver le pouvoir et le contrôle sur les résidents aux collègues, la perte de contrôle des soignants, etc.

5^{ème} compétence : identifier les ressources et les stratégies d'adaptation pour traiter les facteurs de stress personnels (ex : difficultés financières, problèmes familiaux, etc.) afin de ne pas les amener sur le lieu de travail (ce qui pourrait favoriser la maltraitance).

De nombreux participants ont mentionné la pauvreté, la dépendance et la violence dans leur vie et celle de leur proche comme risque de maltraitance.

6^{ème} compétence : identifier les vulnérabilités des résidents qui augmentent le risque d'être maltraités. Les descriptions des participants sur les caractéristiques des victimes ont porté sur différents facteurs. Les résidents désorientés, isolés ou incapables de communiquer ont été décrits comme les plus vulnérables ainsi que ceux qui sont exigeants, grossiers ou manipulateurs.

7^{ème} compétence : identifier les stratégies de communication verbale et non verbale pour établir une relation avec les résidents.

8^{ème} compétence : identifier les stratégies pour engager les résidents dans leurs propres soins. Cela peut inclure laisser le choix au résident (les laisser choisir ce qu'ils souhaitent manger, ce qu'ils veulent porter, etc.), faire part des procédures et de traiter les plaintes avec le résident.

9^{ème} compétence : différencier les réponses appropriées et inappropriées aux comportements des résidents perçus comme problématiques. Les participants ont noté que les abus peuvent survenir lorsque les employés réagissent mal aux comportements des résidents (non-respect,

agression physique, etc.)

10^{ème} compétence : identifier les stratégies verbales et non verbales pour réduire les conflits et établir la sécurité pour le personnel et les résidents.

L'empathie et l'écoute active de la part du personnel soignant peuvent aider les résidents à croire qu'ils ont été entendus et compris, ce qui diminue la frustration ou la colère.

11^{ème} compétence : identifier les conditions liées à l'âge qui pourrait avoir un impact sur la conformité et des stratégies de communication avec des personnes ayant des capacités réduites. Les participants ont reconnu que les aides-soignants ont besoin d'une formation sur la démence et des informations pratiques sur les soins quotidiens pour les personnes souffrant de démence ou d'autres maladies cognitives liées à l'âge.

12^{ème} compétence: identifier les problèmes qui influent sur le comportement des résidents (par exemple, le racisme, les attentes en matière d'interaction sociale).

Le racisme, le sexisme et les différences culturelles et générationnelles apparaîtront lors des AVQ (ex. toilette, etc.). Le personnel soignant doit apprendre à s'attendre à ces problèmes et être prêt à répondre de manière appropriée.

13^{ème} compétence: décrire la différence de pouvoir entre les adultes vulnérables et le personnel soignant.

Le personnel doit comprendre que les résidents dépendent d'eux pour beaucoup de leurs besoins fondamentaux. Cela donne au personnel une grande puissance, qui doit être utilisée de manière responsable.

14^{ème} compétence: décrire le rôle des aides-soignantes en tant que fournisseur de soins auprès des résidents d'EMS (ex : maintien des

activités de la vie quotidienne, etc.)
En tant que fournisseurs de soins, les aides-soignantes ont la responsabilité de traiter les résidents avec respect.

15^{ème} compétence: justifier l'importance de connaître les personnes âgées tant que personne et les soins individualisés.

Si un soignant a une bonne relation avec un résident, il est plus probable que le soignant respecte les choix des résidents et désire avoir un contrôle sur leur vie et le risque de mauvais traitements diminue.

16^{ème} compétence: partager les valeurs fondamentales liées aux soins, y compris les préoccupations pour l'humanité, la compassion et l'empathie, protéger ceux qui ne peuvent pas se protéger et respecter le droit de l'aîné à la vie privée, à la dignité et l'autodétermination.

Les participants conviennent que garder à l'esprit ces valeurs fondamentales peut aider le personnel soignant à prendre connaissance des détails qui affectent la dignité des résidents.

17^{ème} compétence: identifier les stratégies de communication entre le personnel autour des besoins des résidents, le plan de soins et les changements de comportement ou d'état.

Une bonne communication au sein de l'équipe de soins peut aider les aides - soignantes à connaître le plan de soins et les raisons de certaines exigences (par exemple, transformer un résident toutes les quelques heures pour éviter les escarres, etc.) Le personnel de direction peut également être le premier à noter tout changement dans le comportement ou la condition d'un résident. Ils devraient être encouragés à communiquer leurs préoccupations à leur superviseur ou à l'infirmière de service.

18^{ème} compétence: justifier le travail d'équipe dans le cadre d'un environnement de travail favorable, y compris l'appréciation et le respect

	<p>entre les collègues, la fierté de son travail et les efforts de coopération pour promouvoir un service de qualité.</p> <p>Un environnement de travail positif réduit le risque de mauvais traitements. Prendre soin des résidents est difficile, et ce n'est pas un travail qui doit être fait seul. Les administrateurs, les infirmières, les aides-soignantes, les familles et les résidents doivent travailler ensemble pour fournir des soins de qualité.</p> <p>19^{ème} compétence: identifier les stratégies pour offrir ou demander de l'aide aux collègues lorsque des conflits ou des lourdes charges de travail sont des risques de maltraitance.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Sur la base des réponses des participants à cette étude, il y a beaucoup de formations sur la prévention de maltraitance. Cependant, les membres du personnel soignants ont besoin de certaines compétences pour bien faire leur travail.</p> <p>Dans de nombreux cas, la maltraitance résulte d'un malentendu, d'une surcharge de travail et d'un manque de compétences et de connaissances.</p> <p>La formation sur la maltraitance augmenterait la prise de conscience des aides-soignantes de ce qui constitue un abus.</p> <p>Comprendre les facteurs de risque de maltraitance aiderait le personnel à prendre conscience de ses propres actions. Une fois que les aides-soignantes seront conscientes du risque de maltraitance, elles seront préparées et seront moins susceptibles de réagir inconsciemment.</p> <p>Communiquer avec les résidents et répondre de manière appropriée à un comportement perçu comme problématique ou difficile à gérer sont des compétences qui peuvent être enseignées. Construire des relations avec les résidents devrait être une priorité absolue pour le personnel de soins. Comme le soulignent les participants à</p>

	<p>cette étude, il est beaucoup plus difficile de maltraiter quelqu'un que vous connaissez et qui vous préoccupe que quelqu'un que vous voyez comme un inconnu nécessitant des soins. Si le personnel soignant partage les valeurs fondamentales liées à la prestation de soins et il serait en mesure de créer des relations avec les résidents et il pourra voir au-delà de la série de tâches à accomplir. Les soignants pourront voir les résidents comme des êtres humains individuels qui méritent un respect et des soins.</p> <p>Un environnement de travail favorable est également essentiel pour prévenir les mauvais traitements. La frustration et les sentiments d'être submergés sont communs au personnel de soins, qui ont des métiers difficiles. Le soutien des collègues et des administrateurs, une bonne communication et le travail d'équipe peuvent aider à atténuer ces effets et sentiments négatifs et créer un environnement plus sûr pour les résidents.</p> <p>Le travail en équipe doit être inculqué par la formation mais aussi par la modélisation et le coaching.</p> <p>Avec les compétences que les auteurs ont identifiées dans cette étude, le personnel soignant peut-être équipé pour soigner les résidents de soins infirmiers de manière respectueuse dans un environnement de travail favorable. Le risque de maltraitance sera réduit et la qualité des soins augmentera.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>À partir de ces compétences, les auteurs ont développé des programmes de formation pour le personnel de direction et les gestionnaires. Ils espèrent que ces compétences et les réponses fournies par les personnes interrogées peuvent contribuer à la pratique quotidienne. Par exemple, les résultats peuvent s'avérer utiles dans la supervision de routine, la rédaction de critères d'assurance qualité ou d'évaluation, ou l'élaboration de normes professionnelles. Parce</p>

	<p>que l'étude a été menée dans le sud-est, les chercheurs souhaiteront peut-être examiner les résultats dans d'autres localités. En outre, comme les auteurs se sont intéressés et concentrés sur les mauvais traitements infligés dans les EMS, les chercheurs peuvent déterminer si les constructions s'appliquent également aux installations de traitement résidentiel ou aux établissements communautaires (domicile).</p> <p>Les développeurs de programmes peuvent explorer différentes techniques de mise en œuvre de la formation autour de ces compétences. Par exemple, la formation pourrait être assurée par des superviseurs, des formateurs pairs ou des équipes de formation. Enfin, ils espèrent que ces résultats peuvent informer ceux qui travaillent dans des domaines similaires en ce qui concerne la nature et la dynamique des mauvais traitements, ce qui faciliterait le développement de réponses communautaires collaboratives pour lutter contre la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées.</p>
--	--

Grille de Fortin n°9

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Interventions pour prévenir la maltraitance envers les personnes âgées
Résumé	<p>Contexte : La maltraitance des personnes âgées comprend des maltraitements psychologiques, physiques, sexuelles et financières et des négligences. 10% des personnes âgées connaissent une forme d'abus mais seulement quelques cas sont réellement signalés. La maltraitance est associée à une morbidité et à une mortalité. De nombreuses interventions ont été mises en œuvre afin d'éviter ce phénomène. Cependant, il n'est pas clair sur quelles interventions sont les meilleures afin de prévenir ou de réduire les abus.</p> <p>Buts/objectifs : L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité des programmes d'intervention primaire, secondaire et tertiaire utilisés pour réduire ou prévenir la maltraitance envers les personnes âgées dans leur propre foyer et dans les contextes de soins. Ensuite, l'objectif secondaire est d'étudier si les interventions sont modifiées selon le type d'abus, les personnes, l'établissement ou le statut cognitif des personnes âgées.</p> <p>Méthode de recherche : Les auteurs ont fait des recherches sur 19 bases de données (CINHAL, PsychInfo, MEDLINE, etc.) et sur 12 plateformes y compris les disciplines multidisciplinaires comprenant les domaines de la médecine, santé, sciences sociales, services sociaux, juridiques, financiers et éducatifs. Ils ont parcouru les sites Web et contactés les auteurs des articles. Les recherches sur des bases de données ont été effectuées entre le 30 août 2015 et le 16 mars 2016. Dans les critères de sélection, les auteurs ont inclus les essais contrôlés randomisés (ECR), des</p>

essais randomisés en groupe et des essais quasi randomisés. Seules les études avec moins de 12 semaines de suivi d'enquête (concernant la prévention de maltraitance) ont été incluses.

Toutes les études incluses ont été établies dans les pays à revenu élevé (Taiwan, Etats – Unis, Royaume – Uni, etc.). Ces pays ont été déterminés selon la classification économique de World Bank (banque mondiale).

Aucune étude n'a fourni d'informations ou d'analyses spécifiques sur les considérations d'équité et sur les désavantages socioéconomiques.

Le processus de recherche et de sélection comprenait 1924 personnes âgées et 740 personnes.

Collecte et analyse de données : 2 auteurs ont extrait des données et évalué le risque de partialité des études. Les études ont été classées comme suit :

1. Education sur les mauvais traitements envers les personnes âgées
2. Programmes visant à réduire les facteurs qui influent sur la maltraitance des aînés
3. Politiques spécifiques pour la maltraitance des aînés
4. Législation sur la maltraitance des aînés
5. Programmes visant à accroître le taux de détection sur les mauvais traitements envers les personnes âgées
6. Programmes destinés aux auteurs de mauvais traitements envers les victimes
7. Réadaptation

Résultats : Les auteurs ne savent pas si les interventions réduisent l'apparition ou la récurrence de la maltraitance envers les personnes âgées en raison de la variation des paramètres, des mesures et des effets rapportés dans les études incluses, dont certaines étaient très faibles et présentaient un risque élevé de biais.

Pour les interventions de récurrence d'abus, l'étude n'a révélé aucune différence. Il est

	<p>incertain si les interventions ciblées en matière d'éducation améliorent les connaissances des professionnels de la santé, même si elles peuvent améliorer la détection de l'abus chez les résidents.</p> <p>L'intervention sur l'éducation publique et des services de soutien destinés aux victimes peut également améliorer le taux de déclaration mais il n'est pas clair si cela est dû à une augmentation de la récurrence d'abus ou à une meilleure notification d'abus.</p> <p>Discussion/conclusion : Il existe des preuves fiables pour évaluer les effets des interventions d'abus envers les personnes âgées. Il est nécessaire d'avoir des essais de haute qualité y compris dans les pays à faible revenu ou intermédiaire avec un pouvoir statistique adéquat et des caractéristiques d'études appropriées pour déterminer si les programmes d'interventions sont efficaces pour prévenir ou réduire la maltraitance. Il est incertain si l'application des interventions éducatives améliore la connaissance et l'attitude des soignants et si des tels programmes de prévention réduisent la maltraitance.</p> <p>En outre, toutes les recherches futures devraient inclure une composante d'analyse coût – efficacité et des considérations d'équité des interventions spécifiques à l'étude.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>La maltraitance des personnes âgées est un problème mondial qui affecte des millions de personnes âgées dans le monde entier. Il a récemment été signalé que la maltraitance des personnes âgées était responsable de 2500 décès par an en Europe (OMS, 2011). Ces chiffres s'élèveront inévitablement avec les populations qui vieillissent et qui vivront plus longtemps.</p> <p>Selon OMS, l'abus envers les personnes âgées est défini comme un acte « unique ou répété » se produisant dans une relation où la confiance permet un préjudice envers une personne âgée.</p>

	<p>Cette définition englobe les préjudices causés aux personnes âgées par des personnes qu'ils connaissent ou avec qui elles ont une relation très forte (ex : conjoint, amis, voisins, etc.)</p> <p>La littérature dans le domaine de la maltraitance tend à se référer à la violence physique, psychologique, financière, sexuelle et de négligence (Cooper, 2008 ; Lachs, 2004).</p> <p>L'ampleur exacte du problème a été difficile à déterminer, compte tenu des différentes définitions et des normes sociales à travers le monde (Kosberg, 2003).</p> <p>Une étude sur la prévalence de l'abus a révélé que le taux général d'abus envers les personnes âgées variait entre 3,2% et 27,5%, avec des taux significativement plus élevés chez les personnes âgées vulnérables (Cooper, 2008).</p> <p>Les personnes âgées atteintes de démence sont également exposées à un risque accru d'être victimes de violence (Cooper 2009).</p> <p>Les données suggèrent que 2,7% des personnes âgées ont signalé des mauvais traitements physiques, dont 19,4% ont déclaré une violence mentale, 0,7% ont déclaré des abus sexuels et 3,8% ont déclaré des abus financiers (Soares 2010).</p> <p>La prévalence de la maltraitance est beaucoup plus élevée chez les personnes âgées dépendantes et vulnérables qui ont besoin de soins, en particulier dans les établissements de soins infirmiers. Dans une enquête aux États-Unis, 24,3% des personnes âgées ont signalé au moins un incident d'abus physique exercé par le personnel soignant dans les EMS au cours des 12 mois précédents (Schiamberg 2012).</p> <p>Des preuves montrent que les mauvais traitements envers les aînés ont des coûts</p>
--	--

	<p>économiques importants, y compris les coûts pour les services de santé, sociaux, juridiques, politiques et autres. Le coût découlant des mauvais traitements est attribué à l'augmentation des coûts de soins pour traiter et réadapter les personnes maltraitées.</p> <p>En outre, les abus financiers pourraient sérieusement affecter les personnes âgées qui survivent sur des ressources limitées. Les coûts découlant de la maltraitance des aînés comprennent la perte de productivité des aidants, l'incapacité de poursuivre les activités de la vie quotidienne, la diminution de la qualité de vie et l'investissement perdu dans le capital social (Butchart, 2008). Compte tenu de ces énormes coûts sociaux et économiques, il est urgent de mettre en évidence des actions immédiates sur les mauvais traitements envers les personnes âgées.</p> <p>Buts/objectifs de l'étude : l'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité des programmes d'intervention primaire, secondaire et tertiaire utilisés pour réduire ou prévenir la maltraitance envers les personnes âgées dans leur propre foyer et dans les contextes de soins. Ensuite, l'objectif secondaire est d'étudier si les interventions sont modifiées selon le type d'abus, les personnes, l'établissement ou le statut cognitif des personnes âgées.</p> <p>Cette étude vise à donner une perspective plus large sur les interventions visant à prévenir ou à réduire les abus envers les personnes âgées. Les interventions contre les mauvais traitements se produisent dans divers contextes, y compris les milieux de santé et les milieux sociaux ou juridiques et les préventions peuvent être primaire, secondaire et tertiaire.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>L'abus des personnes âgées est le résultat d'interactions complexes entre les facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux, qui peuvent être conceptualisés en</p>

	<p>utilisant une perspective écologique (Gordon 2001; Wolf 2003). Les facteurs de chaque niveau peuvent interagir, mettant les personnes âgées à risque d'abus. Par exemple, les personnes âgées ayant des troubles (Dyer 2000 ; Hansberry 2005), des incapacités (Ansello 2010; Laumann 2008) et des problèmes de santé chroniques (Lowenstein 2009) qui entraînent une dépendance accrue, sont particulièrement à risque de maltraitance. En outre, le faible soutien social, la solitude, l'isolement social et le manque de réseaux sociaux perpétuent encore les mauvais traitements (Acierno 2010 ; Dong 2007; Dong 2009).</p> <p>La maladie mentale des auteurs de maltraitance, les niveaux élevés d'hostilité, de toxicomanie, de détresse psychologique et leur dépendance vis-à-vis de la victime pour l'hébergement et le soutien financier semblent être des facteurs de risque élevés qui prédisposent les personnes âgées aux mauvais traitements (Jackson 2011 ; Schiamberg 2000).</p> <p>Il existe une plus grande maltraitance dans les établissements et les milieux de santé. Cela est associé à une formation et une supervision insuffisantes du personnel soignant, un personnel inadéquat pour mener à bien les activités quotidiennes et des attitudes préjudiciables envers les personnes âgées (Jogerst 2008 ; Phillips 2011).</p> <p>Outre les facteurs de niveau sociétal qui ont été liés à la maltraitance des personnes âgées, la culture et l'appartenance ethnique et politique peuvent amener à la maltraitance (Dakin 2009 ; Moon 1993; Wolf 1999).</p>
Cadre de recherche	<p>Les auteurs ont défini l'intervention pour la prévention de la violence envers les personnes âgées comme toutes les stratégies qui évitent ou réduisent les abus potentiels envers les personnes âgées dans les collectivités et les institutions. Étant donné que les interventions</p>

	<p>peuvent être appliquées dans plusieurs paramètres, les auteurs ont utilisés un modèle logique (Figure 1) pour classer le type d'intervention et le niveau (communauté ou individu) dans lequel il est utilisé.</p> <p>Il s'agit d'améliorer la qualité des soins et les soins de longue durée afin d'éviter les situations de maltraitance</p> <p>L'étude a désigné 7 programmes par lesquels les interventions peuvent agir :</p> <p>1. Éducation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation et perfectionnement professionnel aux fournisseurs de services sur les mauvais traitements envers les personnes âgées. - L'éducation au public et aux personnes âgées, aux aidants et à d'autres professionnels afin de sensibiliser, d'améliorer les attitudes et de développer des compétences pour la prévention. <p>2. Programmes visant à réduire les facteurs de maltraitance des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventions qui réduisent les facteurs de risque, par exemple les programmes psychologiques (gestion de la colère et du stress), la thérapie comportementale, l'accès aux soins et les groupes de soutien social pour les aidants - Programmes de réduction de restriction et politiques institutionnelles pour limiter l'utilisation inutile de contraintes physiques. - Programmes intergénérationnels pour créer des attitudes positives envers les personnes âgées. <p>3. Politiques spécifiques en matière de maltraitance des aînés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les politiques liées aux mauvais traitements envers les aînés telles que celles qui visent à améliorer le logement, les transports, les villes favorables aux
--	---

personnes âgées, les services bancaires, la gestion des retraites et l'aide financière qui mènent à l'amélioration de la vie et du bien-être indépendant.

4. Législation sur la maltraitance des personnes âgées :

- Législation qui aboutit à des programmes axés sur le plaidoyer, à des programmes axés sur la loi et à des dispositions légales telles que des rapports obligatoires, des lois sur la protection des adultes et des lois spécifiques pour protéger les dénonciateurs, en particulier sur les mauvais traitements envers les personnes âgées.

5. Programmes visant à augmenter le taux de détection pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées :

- Programmes qui tentent d'augmenter le taux de détection, comme les visites à domicile, l'évaluation gériatrique à domicile, les lignes d'assistance téléphonique, la formation aux professionnels de santé et les travailleurs sociaux, ainsi que les lignes directrices et les protocoles de dépistage.

6. Programmes destinés aux victimes d'abus de personnes âgées :

- Programmes pour les victimes, tels que les services de protection des adultes, les abris d'urgence, les services résidentiels temporaires en tant que gestion des crises et relogement pour l'amélioration des soins de longue durée.

7. Programmes de réadaptation pour les auteurs d'abus de personnes âgées :

- Programmes de réadaptation pour les auteurs, tels que l'assistance juridique, l'intervention psychiatrique, le soutien et le conseil qui peuvent impliquer des compétences en résolution de conflits.

	<p>Dans cette revue, les interventions axées sur l'éducation ont été regroupées avant de combiner les données. D'autres modes d'intervention ont été étudiés en tant que programmes individuels en raison des différences dans les approches utilisées, les motivations, le contenu et les groupes cibles.</p>
Buts et question de recherche	<p>L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'efficacité des programmes d'intervention primaire, secondaire et tertiaire utilisés pour réduire ou prévenir (ou les deux) les abus envers les personnes âgées dans des contextes organisationnels, institutionnels et / ou communautaires.</p> <p>Les auteurs ont cherché à identifier et à signaler les conséquences négatives ou les effets de l'intervention dans l'étude.</p> <p>L'objectif secondaire est d'étudier si les effets de l'intervention sont modifiés par les types d'abus, les types de participants, l'établissement d'une intervention ou le statut cognitif des personnes âgées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population cible sont des personnes âgées (60 ans et plus) vivant dans leur propre maison ou dans des institutions de soins.</p> <p>L'étude comprenait 1924 personnes âgées et 740 autres personnes.</p>
Considérations éthiques	<p>L'article ne contient pas d'éléments de considération éthique.</p>
Devis de recherche	<p>Les auteurs ont inclus toutes les études contrôlées randomisées (ECR) comparant l'utilisation des stratégies pour la prévention et la réduction de la maltraitance récurrente des aînés avec un suivi minimum de 12 semaines dans les habitations communautaires et en milieu institutionnel.</p> <p>Étant donné que les interventions d'abus envers les personnes âgées peuvent impliquer une communauté ou une ville entière, des modèles quasi expérimentaux tels que des essais</p>

	<p>contrôlés randomisés en groupe qui utilisent une population de contrôle de comparaison ont été inclus.</p> <p>Bien que l'inclusion de non-ECR augmente la susceptibilité au biais, les auteurs ont inclus des ECR non-réactifs tels que les études de temps interrompu (STI), des études contrôlées avant et après (ACB) et celles avec des groupes comparateurs car une grande variété d'approches et de conceptions ont été utilisées dans les interventions d'abus envers les personnes âgées.</p> <p>La première mesure des résultats permettait de mesurer les taux de maltraitance envers les personnes âgées dans les établissements de soins ou à domicile. Ils sont classés comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incidence de la violence (nouveaux cas d'abus) - Récurrence de la maltraitance des personnes âgées (un 2^{ème} épisode d'abus) <p>Les abus ont été évalués à l'aide de mesures d'auto – évaluation (ex : échelle de conflit, instrument d'évaluation des mauvais traitements, indice de suspicion d'une personne maltraitée, échelle d'abus psychologique, etc.), de dossiers médicaux, d'appels de police ou de plaintes déposés à la police.</p> <p>Une incidence peut être mesurée comme une fréquence, un taux ou une proportion mais doit être mesurée dans une population et dans une période de temps définie.</p> <p>La deuxième unité de mesure permettait de savoir comment les interventions permettaient d'améliorer la qualité de vie et de soins et de réduire le risque de maltraitance envers les aînés.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs ont recherché des bases de données et des sites Web pertinents. Les recherches ont été effectuées depuis août 2015 jusqu'à mars 2016. Ensuite, les auteurs ont recherché toutes les études identifiées dans les listes de référence des articles de revue et contactés des experts dans le domaine pour d'autres études</p>

	<p>potentiellement admissibles.</p> <p>Aucune langue dans la recherche n'a été imposée. Toutes les publications datant de 1975 à présent ont été recherchées.</p> <p>En plus des bases de données, les auteurs ont recherché d'autres ressources. Ils ont mené une recherche Google Scholar pour trouver des documents pertinents et rechercher des sites Web d'organisations.</p> <p>Ils ont également contacté des experts du réseau international pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, le cadre de référence européen pour la prévention des abus et la négligence envers les aînés et le Centre national sur les mauvais traitements envers les aînés aux États-Unis.</p> <p>Les auteurs ont inclus des études qui ont comparé l'utilisation d'une intervention pour prévenir les abus d'aînés dans un groupe par rapport à l'absence de prévention dans l'autre. Les auteurs ont choisi que des études qui ont mesuré l'apparition d'abus envers les aînés (en utilisant des outils subjectifs ou objectifs) avant et après l'intervention.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les auteurs ont recherché des bases de données et des sites Web pertinents. Les recherches ont été effectuées depuis août 2015 jusqu'à mars 2016. Ensuite, les auteurs ont recherché toutes les études identifiées dans les listes de référence des articles de revue et contactés des experts dans le domaine pour d'autres études potentiellement admissibles.</p>
Analyse des données	<p>2 auteurs ont extrait des données et évalués le risque de partialité des études. Les études ont été classées comme suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Education sur les mauvais traitements envers les personnes âgées 2. Programmes visant à réduire les facteurs qui influent sur la maltraitance des aînés 3. Politiques spécifiques pour la maltraitance des aînés

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Législation sur la maltraitance des aînés 5. Programmes visant à accroître le taux de détection sur les mauvais traitements envers les personnes âgées 6. Programmes destinés aux victimes de mauvais traitements envers les aînés 7. Réadaptation
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Sept études ont été compatibles aux critères d'inclusion dans cette revue. Ces sept études ont étudié l'efficacité des interventions visant à diminuer l'apparition ou la récurrence de la maltraitance des personnes âgées en agissant sur des mécanismes jugés capables de modérer les résultats à long terme.</p> <p>Cinq des études ont cherché à modifier le comportement des soignants, des membres de la famille, d'autres fournisseurs de services ou des victimes d'abus en fournissant divers programmes. Des éléments de preuve indiquent que les interventions ont permis d'améliorer les connaissances et les attitudes relatives aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Cependant, leur capacité à modifier l'apparition ou la récurrence des mauvais traitements envers les personnes âgées est incertaine.</p> <p>D'autres interventions identifiées dans cette revue ont cherché à intervenir sur les victimes ou les auteurs de maltraitance dans l'intention d'empêcher la récurrence des abus. Bien qu'il y ait des preuves que ces interventions pourraient avoir un effet positif, il n'y a aucune preuve démontrant un effet sur l'apparition de mauvais traitements envers les personnes âgées.</p> <p>Les interventions éducatives ont fourni le plus grand nombre de preuves dans cette revue. La plupart des interventions éducatives ont porté principalement sur les professionnels de la santé. Il existe des preuves limitées pour suggérer que</p>

	<p>les interventions éducatives améliorent les connaissances et les attitudes envers la maltraitance des personnes âgées chez les professionnels de la santé. Aucune preuve ne suggère que les interventions éducatives empêchent les aînés d'être maltraités. Cependant, il existe des preuves (Teresi, 2013) selon lesquelles les interventions éducatives pour les professionnels de la santé pourraient améliorer la détection et la gestion de la maltraitance des personnes âgées.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Sept études ont satisfait aux critères d'inclusion dans cette revue. Cinq ont été décrits comme des « essais randomisés ». Ces sept études ont étudié l'efficacité des interventions visant à diminuer l'apparition ou la récurrence de la maltraitance des personnes âgées en agissant sur des mécanismes jugés capables de modérer les résultats à long terme.</p> <p>Cinq des études ont cherché à modifier le comportement des soignants, des membres de la famille, d'autres fournisseurs de services ou des victimes d'abus en fournissant divers programmes. Des éléments de preuve indiquent que les interventions ont permis d'améliorer les connaissances et les attitudes relatives aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Cependant, leur capacité à modifier l'apparition ou la récurrence des mauvais traitements envers les personnes âgées est incertaine.</p> <p>D'autres interventions identifiées dans cette revue ont cherché à intervenir sur les victimes ou les auteurs de maltraitance dans l'intention d'empêcher la récurrence des abus. Bien qu'il y ait des preuves que ces interventions pourraient avoir un effet positif, il n'y a aucune preuve démontrant un effet sur l'apparition de mauvais traitements envers les personnes âgées.</p> <p>Interventions sur l'éducation :</p>

Les interventions éducatives ont fourni le plus grand nombre de preuves dans cette revue. La plupart des interventions éducatives ont porté principalement sur les professionnels de la santé. Il existe des preuves limitées pour suggérer que les interventions éducatives améliorent les connaissances et les attitudes envers la maltraitance des personnes âgées chez les professionnels de la santé. Aucune preuve ne suggère que les interventions éducatives empêchent les aînés d'être maltraités. Cependant, il existe des preuves (Teresi, 2013) selon lesquelles les interventions éducatives pour les professionnels de la santé pourraient améliorer la détection et la gestion de la maltraitance des personnes âgées.

Une seule étude a comparé l'efficacité des méthodes de transmission d'information (Richardson, 2002). Les résultats de cette étude suggèrent que la diffusion de l'information imprimée est moins efficace par rapport aux séances didactiques en face-à-face.

Programme visant à réduire les facteurs influant sur la maltraitance des personnes âgées

Il n'y a pas de preuves solides pour suggérer que les programmes ciblant spécifiquement les facteurs de risque sur la maltraitance des personnes âgées empêchent ou réduisent l'abus des personnes âgées. Le seul essai contrôlé randomisé inclus dans cette revue qui a examiné ce type de programme n'a révélé aucune différence significative dans le rapport des comportements abusifs chez les soignants du groupe d'intervention par rapport à ceux du groupe témoin (Cooper 2015).

Programme visant à accroître la déclaration des abus afin de prévenir la maltraitance

Il n'y a pas assez de preuves pour tirer une conclusion ferme sur l'efficacité des programmes

	<p>visant spécifiquement à accroître la détection par des interventions telles que les visites à domicile, l'évaluation gériatrique à domicile et les lignes d'assistance téléphonique. Il n'y a pas non plus d'informations sur l'utilité de réduire l'apparition ou la récurrence d'abus.</p> <p>Dans une étude (Bartels 2005), qui a comparé des cliniciens qui ont effectué des soins habituels avec des cliniciens du groupe d'intervention en utilisant un nouveau système intégré d'évaluation clinique et un soutien à la décision pour les personnes âgées atteintes de maladie mentale. Les cliniciens du groupe d'intervention étaient plus enclins à détecter la sécurité, la négligence et les abus des aînés pendant la période de 12 mois que les cliniciens dans le groupe de contrôle (soins habituels).</p> <p>Programmes destinés aux victimes</p> <p>Les résultats de cette évaluation suggèrent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves fiables pour identifier le type de programmes les plus efficaces pour les victimes et dans quelles circonstances. Les auteurs d'une étude (Davis, 2001) ont émis l'hypothèse qu'il était possible que les agresseurs des personnes âgées se soient énervés par des tentatives d'intervention. Il est également possible que les personnes âgées qui ont reçu l'intervention étaient plus susceptibles de signaler de nouveaux cas de violence à la police et au personnel de recherche pendant ou après l'intervention.</p> <p>Programmes de réadaptation pour les auteurs d'agression</p> <p>Il n'y a pas de preuves à l'appui d'une intervention particulière liée aux mauvais traitements de la part des agresseurs envers les aînés.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Conséquences : La principale conséquence de cette étude est que la recherche est nécessaire pour résoudre les incertitudes quant à l'efficacité des différents programmes d'intervention utilisés pour réduire et / ou prévenir la maltraitance des</p>

	<p>aînés dans les contextes organisationnels / institutionnels et communautaires.</p> <p>Beaucoup de ces études manquaient de fiabilité. Il existe donc des écarts considérables entre les preuves et la compréhension, de la part des auteurs, des interventions efficaces pour réduire l'incidence de maltraitance envers les personnes âgées.</p> <p>L'analyse et l'application de l'étude est compliquée par la variété et le manque de fiabilité des mesures utilisées dans les essais.</p> <p>Le nombre limité de paramètres explorés dans les données incluses limite ainsi l'applicabilité des résultats de l'étude.</p> <p>Il existe également un besoin important de développer et d'évaluer des interventions, ainsi que de la nécessité d'explorer l'efficacité dans différents contextes.</p> <p>Recommandations pour la pratique : En reconnaissant que les soignants mettent en œuvre actuellement certaines des stratégies identifiées dans cet étude, il est important que les composantes de l'évaluation, à la fois qualitatives et quantitatives, soient entreprises pendant la prestation des services afin d'informer la recherche et l'interprétation futures.</p> <p>Selon le contexte, les cas de mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent être rares, nécessitant donc une grande taille d'échantillon pour discerner toute différence significative.</p> <p>Etant donné que très peu d'études ont été menées afin d'identifier une relation causale entre l'intervention et les d'abus. Il est probable qu'il soit nécessaire de mieux comprendre le mécanisme et les circonstances qui augmentent l'apparence des abus envers les aînés dans différents contextes. Les approches de développement et d'évaluation pour essayer de</p>
--	--

	<p>comprendre l'efficacité dans ces contextes fourniraient des conseils utiles.</p> <p>Les recherches futures devraient prendre en compte les facteurs de risques qui amener à de la maltraitance car plusieurs de ces facteurs de risque peuvent être des indicateurs utiles pour la prévention primaire de la maltraitance chez les aînés (c'est-à-dire avant que les abus ne se produisent).</p>
--	---

Grille de Fortin n°10

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Maltraitance envers les personnes âgées dans les établissements médico – sociaux : une perspective écologique
Résumé	<p>Les augmentations prévues de la population âgée augmentent considérablement le stress chez les proches et les professionnels de santé.</p> <p>Le stress, dans le contexte des relations de soins, est un facteur de risque associé à une prévalence accrue de la maltraitance chez les personnes âgées dans des milieux familiaux et institutionnels. Il y a de plus en plus de personnes âgées qui passent de la maison aux établissements de soins infirmiers, il est donc important d'identifier le modèle de facteurs de risque d'abus envers les personnes âgées dans les établissements de soins infirmiers.</p> <p>Un modèle écologique est proposé pour une meilleure compréhension des facteurs de risque associés à la maltraitance chez les personnes âgées et à l'interaction complexe entre les caractéristiques individuelles et personnelles et les facteurs contextuels qui favorisent les abus dans les institutions. Une perspective écologique de la maltraitance institutionnelle des personnes âgées fournit un cadre pour guider et informer les recherches futures sur les facteurs de risque des mauvais traitements à domicile et à leur tour, pour le développement d'interventions efficaces et pour des politiques sociales pertinentes.</p> <p>Cet article décrit un cadre pour la maltraitance des personnes âgées dans les établissements de soins, en s'appuyant sur les perspectives écologiques existantes de la maltraitance chez les personnes âgées dans les milieux communautaires (Schiamberg & Gans, 1998, 1999, 2000), sur des perspectives écologiques liés à la promotion de la santé (Rimer & Glanz, 2005) et des perspectives sur le développement humain (Bronfenbrenner & Morris, 1998).</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>À mesure que la population continue de vieillir, les responsabilités, en matière de soins pour les personnes âgées dépendantes dans les familles et les institutions de soins, ont augmenté ainsi que les risques de maltraitance.</p> <p>Compte tenu de cette préoccupation sociale, la compréhension des dimensions de la maltraitance des personnes âgées dans la communauté et dans les institutions de soins est essentielle. L'Institut de médecine (OIM), l'Institut national sur le vieillissement (NIA), le Conseil national de recherches et l'Académie nationale des sciences (NRC / NAS) ont formulés des recommandations des perspectives écologiques et/ou des théories qui informent la compréhension de la maltraitance des aînés dans les milieux communautaires et institutionnels (Chalk & King, 1998; National Research Council, 2003; Stahl, Prenda, et Cooper, 2001)</p> <p>Les projections pour l'année 2030 suggèrent que non seulement la proportion d'adultes plus âgés continuera d'augmenter jusqu'à 20% de la population totale, mais aussi qu'il y aura une croissance encore plus dramatique dans le nombre de « personnes âgées les plus anciennes » de plus de 85 ans (He, Sengupta, Velkoff et DeBarros, 2005). Ces individus courent un risque accru de problèmes de santé, y compris les maladies invalidantes chroniques et d'autres problèmes de santé qui limitent les activités de la vie quotidienne et par conséquent, sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins de longue durée (Feder, Komisar et Niefeld, 2000).</p> <p>Le besoin de soins familiaux et d'assistance institutionnelle aux personnes âgées augmentera donc, avec une augmentation du taux de stress associée à la prise en charge des personnes âgées ayant des besoins accrus (Manton, Corder et Stallard, 1993; Murray, 2002 Keidel, 2002). Malheureusement, une telle augmentation des niveaux de stress peut augmenter la probabilité d'abus envers les personnes âgées dans les</p>

	<p>familles et les milieux institutionnels (Goodrich, Johnston et Thompson, 1996, Schiamberg & Gans, 1999).</p>
Recension des écrits	<p>Les facteurs liés à la maltraitance dans les milieux institutionnels sont souvent liés à des problèmes méthodologiques, y compris l'absence de définitions claires de la maltraitance des personnes âgées de la part des professionnels de santé.</p> <p>Au-delà des problèmes méthodologiques, il existe une absence notable de données empiriques sur la manière dont les professionnels de santé mettent en œuvre et conceptualisent les abus et la négligence des personnes âgées et les processus décisionnels impliqués dans l'évaluation et l'identification des relations négligentes et abusives (Lachs & Pillemer, 2004). Le tableau 1 résume les définitions couramment utilisées dans la littérature actuelle qui sont pertinentes pour la maltraitance institutionnelle des aînés.</p> <p>Des limitations majeures des estimations de prévalence de maltraitance ont conduit à la spéculation selon laquelle les mauvais traitements des résidents plus âgés sont encore plus vastes que ce qu'on croit généralement.</p> <p>Une étude pilote sur les résidents des établissements de soins infirmiers en Allemagne, a montré que 23% des soignants ont signalé avoir observé un abus physique, 6% s'étaient engagés contre un acte de violence physique, et environ 60% ont été témoins d'abus psychologiques (Goergan, 2001).</p> <p>Cette dernière enquête a également révélé que les abus verbaux et l'utilisation excessive de contraintes étaient les types d'abus les plus fréquents perpétrés chez les personnes âgées.</p> <p>Toutefois, dans une étude utilisant des données provenant des rapports de fraude de Medicaid, la majorité des cas d'abus de patients signalés étaient des abus physiques (84,2%), suivis d'abus sexuels (8,8%) et financiers (1,4 %) (Payne & Cikovic, 1995).</p>

	<p>Les études et recommandations nationales de l'Institut de médecine (OIM) a suggéré que les mauvais traitements envers les aînés dans la communauté et en particulier dans les établissements de soins de longue durée, se caractérisent par une pénurie de recherche concernant ce phénomène (Chalk & King, 1998). L'Institut national sur le vieillissement (NIA ; dans l'identification d'un programme de recherche pour les mauvais traitements envers les personnes âgées) a identifié une lacune majeure de connaissances par « le manque d'informations scientifiquement fondées sur la maltraitance et la négligence envers les aînés ainsi que les facteurs de risques » (Stahl, Prenda, et Cooper, 2001)</p>
Cadre de recherche	<p>Cet article décrit un cadre pour la maltraitance des personnes âgées dans les établissements de soins, en s'appuyant sur les perspectives écologiques existantes de la maltraitance chez les personnes âgées dans les milieux communautaires (Schiamberg & Gans, 1998, 1999, 2000), sur des perspectives écologiques liés à la promotion de la santé (Rimer & Glanz, 2005) et des perspectives sur le développement humain (Bronfenbrenner & Morris, 1998).</p> <p>Cet article utilise des cadres écologiques de l'abus, du développement humain et de la promotion de la santé comme points de départ pour l'élaboration d'un modèle écologique complet de maltraitance chez les personnes âgées. Étant donné que les mauvais traitements envers les personnes âgées dans les milieux domestiques et institutionnels impliquent, au plus haut niveau, l'interaction de deux participants : un agresseur et une victime, le modèle proposé se concentre sur le résident d'un EMS et le soignant institutionnel.</p> <p>Le cadre écologique proposé traite des facteurs de risque qui peuvent amener à de la maltraitance dans les EMS (voir la figure 1). Une</p>

	<p>telle perspective écologique met l'accent sur l'interaction entre le résident et un professionnel soignant.</p> <p>Le premier niveau d'analyse est la caractéristique du résident, par exemple : l'état de santé, les limitations dans les AVQ, etc. Les caractéristiques du professionnel sont, par exemple : le niveau de stress, niveau d'expériences. Ensuite, le résident et le professionnel sont en interaction dans le contexte de l'établissement de soins infirmiers, par exemple : la toilette, les activités organisées, etc. Dans le contexte, la famille est incluse. Par exemple, la relation entre le résident et les membres de la famille ou les relations entre le personnel institutionnel et la famille du résident (Donohue, Dibble et Schiamberg, 2008).</p> <p>Modèle bifocal : L'accent est mis sur l'individu âgé, le soignant institutionnel et les modèles d'interactions qui se déroulent entre eux dans le contexte de l'établissement de soins infirmiers. Un tel objectif fournit une stratégie pour identifier de manière exhaustive les modèles de facteurs de risque spécifiquement associés à la maltraitance des personnes âgées dans le contexte qui est l'EMS.</p> <p>L'objectif principal de la perspective écologique de maltraitance institutionnelle envers les personnes âgées est la relation dynamique des coparticipants (c'est-à-dire des personnes âgées et des soignants) dans leur contexte. À son tour, ce contexte a plusieurs niveaux (Bronfenbrenner & Morris, 1998) :</p> <p>1. Microsystème : soignant (auteur d'abus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnalité, traits de caractères : âge, genre, attitudes, etc. - Santé : physique, mentale, etc. - Contexte social : burnout, stress au travail, surcharge de travail, manque de personnel, etc. <p>1. Microsystème : résident (victime) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs individuels : âge, genre,
--	--

	<p>nationalité, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de santé : démence, dépendance physique, etc. - Contexte social : isolement, etc. <p>2. Méso-système : soignant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation avec les résidents et avec les collègues <p>2. Méso-système : résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation avec les soignants et la famille <p>3. Exo-système : soignant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien institutionnel - Conditions de travail dans l'institution <p>3. Exo-système : résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des soignants - Manque de connaissances des soignants concernant la maltraitance. <p>4. Macrosystème : interaction entre les soignants et les résidents et les normes sociales, les valeurs, la culture, l'âge, le sexe, etc.</p> <p>Microsystème</p> <p>Caractéristiques individuelles : victime</p> <p>Depuis les années 1970, les chercheurs ont signalé que les femmes âgées sont les victimes les plus susceptibles d'abus (Wyandt, 2004). 62% des cas sont des abus envers les femmes (Pillemer & Finkelhor, 1988). Cependant, d'autres études montrent que le potentiel d'abus envers les hommes âgés est réel et substantiel (Kosberg, 1998). Par exemple, une étude sur les rapports de fraude de Medicaid (abus financier) comprenait plus de victimes masculines que de femmes dans un EMS (Payne & Cikovic, 1995).</p> <p>Plusieurs études ont également documenté que les déficiences cognitives et les limitations dans les activités de la vie quotidienne sont des facteurs de risque importants pour les mauvais traitements envers les personnes âgées. L'augmentation des besoins d'aide dans les AVQ est significativement associée au comportement potentiellement dangereux des soignants et des proches (Beach et al., 2005).</p> <p>Outre les incapacités pour effectuer les AVQ, la</p>
--	---

mobilité physique s'est révélée fortement liée à l'utilisation de contraintes physiques (Bredthauer, Becker, Eichner, Koczy et Nikolaus, 2005; Hamers, Gulpers et Strik, 2004). Des études plus récentes révèlent que les maladies qui amènent à une dépendance fonctionnelle prédisent la négligence, mais pas de l'abus physique (Fulmer et al., 2005; Podneiks, 1992).

En ce qui concerne l'altération cognitive, la prévalence de l'abus de patients atteints de démence dans les EMS est significativement plus élevée que les cas d'abus et de négligence dans la population âgée de 65 ans et plus (Anetzberger et al., 2000). D'autre part, certaines maladies, telles que le diabète ou l'hypertension, n'ont pas été associées à un risque accru d'abus (Dyer, Pavlik, Murphy et Hyman, 2000).

Les problèmes de comportement des résidents sont également liés à la probabilité d'abus dans les EMS. En particulier, les comportements provocateurs ou perturbateurs, tels que la violence physique, le pincement, les coups de pied, les égratignures, le toucher inapproprié, la menace verbale, la traction des cheveux ou le lancement d'objets, ont été associés à un abus de personnes âgées (Pillemer & Moore, 1989; Shaw, 1998).

La provocation verbale ou les comportements physiquement agressifs caractéristiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ont également montré que les soignants sont plus maltraitant (Jiska Cohen-Mansfield, 1999).

Les liens sociaux avec la famille et les pairs sont liés à la fois au bien-être des résidents et/ou à la probabilité de maltraitance.

Bien qu'il existe de nombreuses preuves du lien entre la violence envers les aînés et les liens sociaux des personnes âgées dans les établissements communautaires (Lachs & Pillemer, 1995; Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer et Charlson, 1998), moins d'études ont abordées le lien entre l'isolement social des personnes âgées et la maltraitance (Nerenberg, 2002; Tarbox, 1983).

Cependant, l'isolement social s'est révélé être un facteur de risque pour les personnes âgées dans les EMS sans contact significatif avec les pairs dans et l'EMS et pas de contact avec la famille (Menio, 1996; Port, 2004).

Caractéristiques individuelles : soignant

Une grande partie de la recherche sur la maltraitance à domicile ou dans les établissements de soins est concentrée sur les problèmes sociaux, comportementaux et personnels des soignants (Payne & Cikovic, 1995). Les soignants ont fréquemment une charge de travail lourde et potentiellement stressante avec leurs facteurs de stress personnels tels que les problèmes familiaux, l'épuisement physique et émotionnel, l'abus de substances ou, dans certains cas, l'histoire de violence domestique (Shaw, 1998). Shaw (1998) a identifié dans les traits de personnalité des professionnels couplés à une tolérance pour gérer les comportements agressifs des patients en tant que facteur contribuant à l'abus. Les auteurs pensent que les personnes ayant un niveau de tolérance plus élevé pour l'agressivité des résidents ont des traits de personnalité tels que la résilience et la patience.

En revanche, les agresseurs (personnel infirmier) n'ont jamais développé d'immunité à l'agression des résidents et réagissent à ces comportements de manière abusive. Les facteurs contribuant à des niveaux inférieurs de tolérance comprennent la fatigue, les contraintes financières et l'abus de substances.

En outre, les aides - soignants ont souvent un moral médiocre et une moindre motivation à exercer des tâches liées au travail. Par exemple, les aides - soignants peuvent provenir d'un large éventail de familles souvent dysfonctionnelles ayant des antécédents socio-économiques (V. Tellis-Nayak et M. Tellis-Nayak, 1989).

De plus, la même étude a identifié deux catégories d'aides – soignants : les « guerripères », qui choisissent la profession de

la santé en raison de préoccupations réelles et affectives pour leurs patients et les « endurantes », qui sont habituellement employées en soins infirmiers parce qu'ils ne parviennent pas à trouver du travail ailleurs. C'est le dernier type de soignant qui présente un facteur de risque important d'abus car son réalisme cynique est transmis dans l'EMS sous la forme d'une distance relationnelle des patients. En outre, il existe des exemples de diverses typologies de soins dans les EMS, y compris un type dysfonctionnel, appelé soins « à la main », ce qui reflète les menaces de l'infirmière, l'intimidation, la manipulation brutale, l'impatience, la fiabilité, l'ignorance et de traiter les patients comme des objets et d'augmenter la vulnérabilité des patients (Iruritia, 1999).

Le comportement potentiellement nuisible des soignants est plus probable lorsque ils sont eux-mêmes atteints cognitivement ou ont des problèmes physiques ou sont à risque de dépression (Beach et al., 2005). Des scores plus élevés de dépression ont été notés chez les soignants qui ont admis avoir eu des comportements physiquement abusifs envers les patients atteints de démence sous leur responsabilité (Coyne, Reichman et Berbig, 1993). La découverte systématique d'une prévalence excessive de l'abus chez les patients souffrant de démence ou de maladie d'Alzheimer suggère que les exigences psychologiques et physiques relativement élevées caractérisées par ces maladies débilitantes déclenchent des situations abusives (Paveza et al., 1992, Dyer et al., 2000).

Microsystème : abus institutionnel

Ce contexte de microsystème est le point focal pour l'expression des caractéristiques individuelles et des expériences des deux participants en termes de maltraitance.

Une relation de dépendance entre l'aîné et le professionnel de santé en fonction des besoins de soins, de protection et de sécurité est

associée à un risque accru d'abus (Burgess, Dowdell et Prentky, 2000). Bien que la dépendance à l'égard des soignants pour l'aide au fonctionnement physique soit relativement fréquente pour la majorité des résidents en EMS (Krauss et Altman, 1998), la tendance des soignants à voir les tentatives des personnes âgées à résister aux soins ou au patient agressif augmentent la probabilité d'abus (Hawes, Blevins et Shanley, 2001).

Mésosystème : abus institutionnel

Les mésosystèmes impliquent l'influence combinée de 2 ou plusieurs microsystèmes

Il existe une hypothèse pour réduire la probabilité de mauvais traitements envers les personnes âgées. C'est la participation du soignant dans un mésosystème (c'est-à-dire des microsystèmes multiples), ce qui améliore la probabilité de relations plus positives / moins négatives entre le soignant et la personne âgée. Par exemple, la participation d'un soignant institutionnel dans un microsystème de formation institutionnel et dans un microsystème de communication entre le personnel et la famille, qui se concentre tous deux sur le bien-être des personnes âgées, qui résulte d'une diminution de la probabilité de maltraitance chez les personnes âgées que si le soignant participe à un seul microsystème (Duncan & Morgan, 1994).

Les effets du mésosystème peuvent se produire lorsque le soignant institutionnel et le résident sont impliqués dans plusieurs microsystèmes, ce qui peut multiplier les probabilités de maltraitance ou l'absence d'abus institutionnel. Par exemple, les caractéristiques des EMS peuvent influencer sur le stress et/ou la satisfaction des familles, ce qui peut être associé à la maltraitance des résidents (Goergen, 2001). De nombreuses études ont confirmé une relation entre les mauvais traitements infligés dans les EMS et le stress dans le milieu de travail (Goodridge, Johnston et Thomson, 1996; Pillemer

& Moore, 1989).

Deux études ont révélé que le personnel des EMS croit que les mauvais traitements infligés par les soignants sont en partie attribuables à des milieux de travail stressants (Georgen, 2001; Harrington, Zimmerman, Karon, Robinson et Beutel, 2000; Pillemer & Moore, 1989). Les analyses de suivi de l'étude Pillemer et Moore (1989) ont révélé que les conditions de travail stressantes et l'épuisement du personnel étaient des facteurs de risque importants pour la maltraitance des résidents des EMS.

En outre, Pillemer (2004) a noté que le chiffre d'affaires élevé contribue au manque de contenu entre les employés, ce qui peut entraîner une augmentation de la charge de travail, le stress du personnel et le risque d'abus.

Exosystèmes : abus institutionnel

Alors que les microsystèmes et les mésosystèmes impliquent des environnements immédiats qui incluent un ou deux participants : la personne âgée et/ou le soignant, l'exosystème implique des contextes plus distal qui ne comprennent pas de participant (mais qui peuvent avoir un impact significatif sur la probabilité d'abus. Par exemple, une communication efficace entre un membre de la famille responsable d'un résident et le personnel soignant de l'EMS peut réduire la probabilité d'abus (Donohue, Dibble, & Schiamberg, 2008). Un facteur d'exosystème critique (pour les personnes âgées) dans les mauvais traitements envers les personnes âgées est la relation entre le personnel et la famille du patient (Friedemann, Montgomery, Maiberger et Smith, 1997, Gaugler, Leitsch, Zarit et Pearlin, 2000). Les problèmes entre les soignants et les membres de la famille peuvent également résulter d'obstacles à la coopération entre la famille et les soignants, en particulier lorsque les membres de la famille ont été précédemment impliqués dans des soins dont le personnel de soins infirmiers assumait. Plus précisément, des problèmes apparaissent lorsqu'il existe une inadéquation entre la structure de l'EMS, qui vise

à prendre en charge les tâches principales du groupe, comme les soins personnels et à adapter la performance de ces tâches dans un cadre routinier (Pillemer et al. 2003).

La présence de la famille réduit les risques de maltraitance. Néanmoins, il y a très peu de recherches qui ont étudiés l'effet de l'isolement, les visites peu fréquentes des familles des résidents d'un EMS.

Outre les salaires bas et les exigences en matière de formation, il existe d'autres barrières institutionnelles qui peuvent réduire l'efficacité des soins dans les EMS. L'organisation hiérarchique, le manque de personnel et le manque de reconnaissance et de soutien peuvent augmenter les risques de maltraitance.

Macrosystème : Valeurs culturelles :

Chaque soignant a ses propres valeurs, croyances, etc. Par conséquent, des attitudes qui dévaluent les personnes âgées augmentent la probabilité de maltraitance. Par exemple, il existe des preuves que les stéréotypes négatifs détenus par les infirmiers influent négativement la prestation des soins auprès des résidents. De plus, les attitudes négatives des employés envers les résidents ont été considérées comme un facteur de risque d'abus psychologique (Nerenberg, 2006, 2008). Le personnel qui considère les patients comme des personnes qui « attendent de mourir » ou comme des « enfants qui ont parfois besoin d'être disciplinés » s'est avéré plus susceptible de s'engager dans des comportements abusifs (Pillemer & Moore, 1990).

Des attitudes et valeurs qui pourraient protéger les personnes âgées contre les abus sont importantes pour identifier et comprendre les facteurs de risques possibles de maltraitance.

La nationalité des infirmières, donc les infirmières étrangères peuvent présenter un niveau d'éducation différent ou encore des attitudes

différentes à l'égard des maladies chroniques et de la personne âgée. Par conséquent, cela peut influencer la prise en charge des résidents.

Le racisme dans les EMS peut être associé à des comportements provocateurs des résidents, notamment des insultes et un langage discriminatif. Par exemple, les personnes âgées peuvent maintenir des préjugés et des stéréotypes raciaux qui étaient généralement acceptés lorsqu'ils étaient jeunes mais qui ne le sont plus acceptables de nos jours. À leur tour, le conflit racial / ethnique entre les patients et le personnel qui peut augmenter la probabilité des abus mais également lié à l'épuisement professionnel, à la démoralisation et à l'insatisfaction (Ramirez, Addington-Hall et Richards, 1998).

La nécessité de protéger les personnes âgées contre les actes de violence a été responsable d'une série de lois destinées à protéger les personnes âgées contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Quatre lois fédérales fournissent spécifiquement la majorité de la protection des aînés, à savoir la Loi sur les aînés, la Loi sur la prévention et les services de violence familiale, la Loi sur la réforme des EMS et la Loi sur les droits civils des personnes institutionnalisées. Une loi supplémentaire qui fait partie de la Loi sur la réforme des EMS protège contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées dans les établissements qui reçoivent des fonds fédéraux de Medicaid en demandant aux États d'enquêter sur les allégations d'abus. À ce jour, les 50 États et le District de Columbia ont promulgué une loi autorisant la fourniture d'APS en cas de maltraitance d'aînés (National Center on Elder Abuse, 2006) et exigent une déclaration par les professionnels de la santé en cas de suspicion d'abus (Murphree et al., 2002).

Bien que de telles lois aient contribué à augmenter le signalement de maltraitance envers

les personnes âgées, le problème est toujours considéré sous-jacent. Des programmes de formation visant à sensibiliser le public ont été mis en œuvre dans certains États, afin de promouvoir davantage la déclaration des mauvais traitements envers les personnes âgées. Néanmoins, les abus et le manque de solutions à long terme continuent de suggérer une réticence des professionnels de la santé à signaler les abus des aînés (Schiamberg & Gans, 1999). Ainsi, même lorsque l'abus d'aînés est détecté, il est fréquemment ignoré.

Chronosystème :

Le chronosystème est une dimension de durée de vie et de développement qui capte la nature de la trajectoire ou du modèle d'abus des personnes âgées dans le temps, y compris le caractère causal des facteurs de risque liés aux abus chez les personnes âgées dans les établissements. Bien que peu de recherches aient été faites sur la prévalence et les facteurs de risque de maltraitance envers les aînés dans les EMS, les mauvais traitements chez les personnes âgées dans les EMS peuvent être articulés de manière utile comme un événement systématique, parfois chronique et basé sur le contexte, qui se produit sur une période de temps (c'est-à-dire à la fois dans le EMS et avant l'admission dans l'EMS).

D'un point de vue de la chronosystémie, les aspects spécifiques de la dimension temporelle des abus infligés aux personnes âgées dans les EMS sont particulièrement pertinents pour bien comprendre la maltraitance et le développement d'interventions efficaces. Par exemple, alors que l'isolement social a souvent été associé à un abus envers les personnes âgées dans les EMS, peu d'études ont examiné spécifiquement le modèle de temps et la trajectoire des relations intergénérationnelles des personnes âgées avec la famille ou les relations avec les personnes âgées en relation avec l'isolement social en tant que facteur de risque de maltraitance dans les EMS (Donohue, Dibble et Schiamberg, 2008).

	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des

	<p>données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle

	clairement décrite et appliquée de façon constante ?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
Conséquences et recommandations	Il est important de développer un modèle conceptuel qui puisse orienter la recherche future

	<p>et l'élaboration de politiques afin de mieux comprendre les facteurs de risque distinctifs de la maltraitance chez les personnes âgées.</p> <p>La recherche sur les facteurs de risque de la maltraitance des personnes âgées dans les milieux institutionnels tend à se concentrer presque exclusivement sur des aspects du microsystème, à l'exclusion des facteurs de risque à d'autres niveaux écologiques, y compris le chronosystème.</p> <p>Tout comme la maltraitance chez les personnes âgées dans la famille et la communauté, la clé de la compréhension des comportements systémiques et parfois chroniques de l'abus institutionnel consiste à identifier les interactions structurées du microsystème institutionnel avec l'environnement institutionnel y compris le microsystème, le mésosystème, exosystème et chronosystème.</p> <p>Des stratégies de recherche et des interventions dans chaque système sont recommandées.</p>
--	--

Grille de Fortin n°11

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>-Oui le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude :</i></p> <p>Le modèle d'intervention en matière d'abus : une approche pragmatique pour l'intervention pour la maltraitance des personnes âgées.</p>
Résumé	<p><i>-Pas de résumé présent pour synthétiser la recherche.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>-Oui le problème de la recherche a été clairement formulé :</i></p> <p>Dix pour cent des personnes âgées souffrent de maltraitance mais ce phénomène plus fréquent chez ceux qui souffrent d'une démence. Ce phénomène coûte des milliards de dollars chaque année aux États-Unis.</p> <p>Bien que la maltraitance chez les personnes âgées soit relativement courante et coûteuse, on estime que plus de 10% des cas sont des personnes âgées maltraitées. Compte tenu de ces données, il existe un grand besoin de recherche sur les interventions visant à atténuer la maltraitance chez les aînés et un modèle ou un cadre pratique pour aborder ces interventions.</p> <p>Bien que beaucoup de théories ont été proposées, adaptées et appliquées pour comprendre les abus envers les personnes âgées, il n'y a pas de simple cadre cohérent comportant les facteurs de risque connus pour la victime, l'auteur et l'environnement et qui s'applique à tous types d'abus.</p> <p>Cet article présente un nouveau modèle pour examiner les relations multidimensionnelles et complexes entre les facteurs de risque.</p> <p>Il faut espérer que ce modèle, « le modèle d'intervention en cas de maltraitance », sera utilisé pour étudier et intervenir dans les cas de maltraitance envers les personnes âgées. (J Am Geriatr Soc 64: 1879-1883, 2016.).</p> <p>Comme les centres de contrôle pour la maladie et la prévention l'indiquent, un abus envers une</p>

	<p>personne âgée est un acte intentionnel ou à défaut d'agir par un soignant ou une autre personne dans une relation impliquant une attente de confiance que cause ou crée un risque de préjudice. Il existe plusieurs formes de maltraitance comme l'abus physique, psychologique, financière et sexuel ou encore la négligence. La maltraitance envers les personnes âgées sont associés à des taux élevés de détresse psychologique et à l'hospitalisation. Aux États-Unis, cela coûte des milliards de dollars chaque année. Une sur 10 personnes âgées de 60 ans ou plus, est abusé chaque année et presque près d'une personne âgée sur deux, atteintes d'une démence subissent des abus. 7.8% des cas de maltraitance ne sont pas signalés.</p> <p>Compte tenu de ces données, il existe un grand besoin de recherche sur des interventions visant à atténuer la maltraitance envers les personnes âgées et un modèle ou cadre à utiliser pour aborder ces interventions. Bien que de nombreuses théories aient été proposées, adaptées et appliquées pour comprendre les abus envers les aînés, il n'existe pas de cadre simple et cohérent de facteurs de risque connus de la victime, de l'auteur et de l'environnement et qui s'applique à tous les types d'abus.</p>
Recension des écrits	<p><i>-Oui une recension des écrits a été effectuée et fourni une synthèse de l'état du problème :</i></p> <p>Le modèle se base sur des théories sur la maltraitance envers les personnes âgées, sur des recherches concernant les facteurs de risque et sur une étude, effectuée par la faculté de médecine, spécialisée en gériatrie, qui a traité plus de 1000 cas de maltraitance des personnes âgées.</p>
Cadre de recherche	<p><i>-Oui, les concepts clés sont mis en évidence.</i></p> <p>Mots clés : abus envers les personnes âgées; Maltraitance des aînés; model</p>

Buts et question de recherche	<p><i>-Oui le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise :</i></p> <p>Cet article présente un nouveau modèle pour examiner les relations multidimensionnelles et complexes entre les facteurs de risque éclairés par les théories et les recherches de maltraitance des personnes âgées et par l'étude de la faculté de médecine.</p> <p>Les auteures espèrent que ce modèle, le modèle d'intervention contre la maltraitance des personnes âgées (AIM), soit utilisé pour identifier les facteurs de risque de la maltraitance envers les personnes âgées et envisager d'être développé pour prévenir ou atténuer la maltraitance dans cette population.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<i>-La population visée est la personne âgée, cependant il n'est pas précisé d'échantillonnage.</i>
Considérations éthiques	<i>-Pas de moyens pris pour sauvegarder des droits des participants : car c'est une présentation théorique d'un modèle.</i>
Devis de recherche	<i>-Modèle</i>
Modes de collectes de données	<i>-Non, les outils de mesure ne figurent pas dans cette revue.</i>
Conduite de la recherche	<p><i>-Le processus est décrit, ce qui a permis l'élaboration du modèle AIM :</i></p> <p>Un examen au préalable, identifié des relations interpersonnelles, socioculturelles et les théories multi systémiques comme des théories prédominantes expliquant le mauvais traitement des aînés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les théories interpersonnelles, la théorie du stress chez les aidants suggère que les mauvais traitements envers les aînés surviennent lorsqu'un adulte qui s'occupe d'une personne âgée vulnérable ne soit pas capable de gérer les responsabilités en matière de soins et devient abusif. <p>La théorie de l'échange social explique les interactions entre les gens en tant que processus de négociation, des échanges sociaux peuvent inclure des biens matériels tels que l'argent et le logement et les biens non matériels tels que</p>

l'approbation et le prestige. Ceux qui reçoivent des choses d'une autre peuvent ressentir une pression pour renvoyer une quantité similaire des biens, ce qui peut causer du stress et augmenter le risque de maltraitance. La théorie de la discorde affirme que la discorde dans la relation peut entraîner des mauvais traitements et des résultats d'une combinaison de facteurs contextuels (par exemple, une histoire de famille dans la violence et le manque de satisfaction dans une relation). La théorie de l'apprentissage social affirme que la violence est une expérience de comportements savants. Les personnes peuvent résulter d'abus de personnes âgées après avoir appris à utiliser la violence dans un contexte antérieur pour résoudre les conflits ou obtenir un résultat souhaité.

Théorie socioculturelle

La théorie de la puissance et du contrôle pose que l'agresseur utilise la coercition tactiques pour gagner et maintenir le pouvoir et le contrôle dans la relation.

Théories multi systémiques

La théorie écologique peut être utilisée pour organiser des causes potentielles de mauvais traitements en groupe. L'utilisation de ce cadre permet d'examiner les mauvais traitements infligés aux personnes âgées en considérant le système plus large (contexte) dans lequel il se produit. Ces systèmes sont au niveau de la personne âgée individuel ou vulnérable (Microsystème); Famille, ami, aidant ou autres niveaux (mésosystème); Communauté, comme le membre de la famille, centre de travail ou senior (exosystem) et normes sociétales ou politiques, comme une culture particulière (macrosystème). Une adaptation du cadre écologique pour expliquer les mauvais traitements envers les aînés, axés sur l'abus physique, sont les effets écologiques du modèle bifocale. C'est bifocal en ce sens qu'elle examine les caractéristiques de la personne âgée, l'enfant adulte et leur relation. La

	<p>qualité de la relation parent-enfant médiatise les caractéristiques de la personne âgée (physique et la santé psychologique, l'isolement social) et de l'adulte enfant (problèmes émotionnels ou psychologiques, alcool ou toxicomanie, problèmes financiers).</p> <p>Ces théories expliquent les mauvais traitements chez les aînés en présentant une série de causes : caractéristiques d'un individu (vulnérable dans aveugle ou un autre de confiance) aux caractéristiques de relation entre les personnes âgées vulnérables et la confiance aux caractéristiques de l'aîné vulnérable, à l'autre confiance et leur relation. Ces théories ont informé l'AIM présenté ici pour identifier et traiter les facteurs de risque des trois domaines de la personne âgée vulnérable, de confiance et autres contextes.</p>
Analyse des données	<i>- Le méthode d'analyse n'est pas présente</i>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>-Les résultats de la recherche sont présentés sous format texte et grâce à des figures représentant le modèle AIM :</p> <p><u>FACTEURS DE RISQUE POUR L'ENSEMBLE DES ANCIENS</u></p> <p>Les facteurs de risque sont inclus dans l'AIM dans chacun des trois domaines. Ces facteurs de risque ont été identifiés à partir d'une combinaison de la littérature sur les mauvais traitements envers les aînés et la violence familiale et l'expérience de ceux qui travaillent dans un centre de médecine légale pour personnes âgées. Certains facteurs de risque ne sont pas modifiables (par exemple, le diagnostic de démence), mais beaucoup le sont (Par exemple, l'agression comme symptôme de démence). Ensuite, section, facteurs de risque potentiellement modifiables dans chacun des trois domaines sont décrits (figure 1).</p> <p>Domaine 1: personne âgée vulnérable</p> <p>Vulnérabilité, définie comme financière, physique ou émotionnelle, la dépendance à l'égard d'autrui</p>

ou la faculté de détérioration des soins personnels ou d'autoprotection, places les personnes âgées à risque de mauvais traitements. Il existe plusieurs catégories principales ou sous-domaines de tels facteurs de risque.

- Déficiences de la **fonction physique** (par exemple, arthrose avec limitation de mobilité, accident vasculaire cérébral avec paralysie) peut réduire la capacité de faire des activités de la vie quotidienne (ADL) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).
- Déficiences dans **la cognition** (par exemple, la démence, déficience cognitive légère, déficience intellectuelle) peut limiter les performances des activités de la vie quotidienne et causent une dégradation de la fonction de l'exécution. De telles déficiences peuvent prédisposer les personnes âgées à des comportements qui rendent les soins difficiles et entraînent dans un jugement médiocre et un manque de perspicacité qui permettent à la maltraitance d'émerger.
- **Malaise émotionnel ou maladie mentale** (Par exemple, la dépression, les traits de personnalité tels que le narcissisme) peut rendre la prise en charge difficile. Ces handicaps peuvent entraîner également une dépendance émotionnelle que d'autre peuvent renvoyer ou exploiter.

Domaine 2: autre confiance

Le terme « autre confiance » comprend une variété de personnes, y compris les membres de la famille, les voisins, les amis, les aidants rémunérés, autres employés du ménage, conseillers financiers et d'autres conseillers. Il existe plusieurs grandes catégories ou sous-domaines des facteurs de risque « fiables ».

- La dépendance des personnes âgées vulnérables, en particulier la dépendance financière, il peut y avoir une relation indésirable avec la personne âgée.

- La dépendance émotive à l'égard de la personne âgée peut entraîner des relations conflictuelles qui favorisent l'hostilité et le ressentiment. Humeur ou troubles de l'utilisation de substances ou traits pathologiques de personnalité comme l'hostilité peut limiter la capacité de la personne à être un soignant bon et fiable. En outre, les aidants familiaux souffrant de stress majeur peuvent être susceptibles de se comporter de manière abusive.
- Déficiences en fonction physique (Par exemple, l'ostéoarthrite avec limitation de la mobilité) peut réduire la capacité de fournir des soins appropriés et nécessaires.

Domaine 3: Contexte

Le contexte dans lequel une personne âgée et d'autres interactions joue un rôle important dans l'atténuation ou l'exacerbation de la maltraitance des aînés. Il existe plusieurs aspects majeurs dans le contexte. L'isolement social peut augmenter le risque de maltraitance chez les personnes âgées, par exemple, si la personne âgée vulnérable et les autres ne sont pas connectés socialement, s'il n'y a personne d'autre pour aider quand il en a besoin, si d'autres personnes peuvent offrir de l'aide mais ne les observe pas.

- Souvent, la relation entre une personne âgée vulnérable et une autre personne de confiance comme avant que les soins est nécessaire. Une relation de bonne qualité peut protéger contre la maltraitance des aînés, alors qu'une relation de mauvaise qualité peut favoriser les mauvais traitements envers les aînés.
- Différentes cultures ou groupes peuvent avoir des opinions différentes sur ce qui constitue une maltraitance des personnes âgées. Certains groupes peuvent voir des maladies particulières, comme par exemple la maladie d'Alzheimer qui peut être vue comme honteuse ou embarrassant et pourrait amener à isoler la personne âgée vulnérable, ce qui

entraîne un risque croissant de maltraitance chez les aînés.

- Certains groupes peuvent considérer l'autosuffisance comme une norme, qui peut empêcher les aidants de chercher de l'aide. En outre, typique le comportement dans un groupe d'un même âge peut être significativement différent de celui dans d'autres groupes, ce qui peut augmenter le risque. Par exemple, certains ont grandi à une époque où un rôle paternaliste était attendu pour un médecin, donc une personne de ce groupe peut être moins susceptible d'introduire un sujet tabou tel que l'abus qu'ils subissent entre les mains d'un conjoint. Deux cas hypothétiques sont présentés pour illustrer comment l'AIM peut être utilisé pour identifier les facteurs de risque au sein de chaque domaine qui sont pertinents pour une situation individuelle.

Cas 1

Mme S. amène son mari de 86 ans atteint de la maladie d'Alzheimer chez son médecin de soins primaires pour un rendez-vous. M. S. a modérément avancé dans sa maladie d'Alzheimer avec limitations dans les AVQ, y compris le bain, le toilettage et le dressage. Il est retissant face aux autres d'aides. Sa dernière visite, il y a 6 mois, son médecin note un déclin des connaissances cognitives importantes. Il a des vêtements impurs et des odeurs d'urine. Le médecin le renvoie à un travailleur social affilié à son bureau parce qu'il craint que la femme ne soit capable de s'occuper de lui. Le travailleur social obtient les informations suivantes : Mme S. est le principal aidant de l'homme, c'est un second mariage pour l'homme ; ils sont mariés depuis 30 ans et n'ont pas d'enfants. Mme S. a l'arthrose qui limite sa capacité à exécuter des avq et à aider son mari avec ses AVQ. Elle trouve qu'il est stressant d'aider son mari en raison de ses limites physiques et de sa résistance. M. et Mme S. ont de bonnes ressources financières, mais M. S. a l'habitude de les gérer et Mme S.

n'est pas à l'aise pour prendre le contrôle. Elle est née en 1930 et à cette époque, la norme était que le mari s'occupait des finances. M. S. a trois enfants adultes de son premier mariage. La relation entre Mme S. et les enfants adultes est étendu. Elle craint qu'ils ne critiquent des décisions qu'elle a prises concernant ses besoins de soins. Elle a cessé beaucoup de ses propres activités au cours des dernières années, des mois pour soigner son mari et se sent isolée. La figure 2 illustre les facteurs de risque pour cette affaire en utilisant le AIM.

Intervenir pour traiter les facteurs de risque identifiés en utilisant le AIM. L'utilisation de l'AIM pour comprendre cette situation a conduit aux interventions suivantes. Le travailleur social se référait Mme S. à un psychothérapeute pour l'aider à gérer le stress et le fardeau perçu. Elle a embauché un bénévole et a développé une meilleure relation avec ses beaux-fils. Elle a été renvoyée au cours l'aidant de l'Association de lutte contre la maladie d'Alzheimer pour apprendre des stratégies pour aider son mari avec ses AVQ afin qu'il y ait moins de résistance aux soins et réduisent ainsi les conflits. Parce qu'elle devait fournir moins fréquemment des soins une fois que l'aidant était à la maison, elle a également réussi à rétablir les amitiés et participer à des activités pour améliorer sa santé propre physique. Elle a été renvoyée à la Legal Aid Society pour l'aider à développer un plan financier à long terme pour lui fournir les besoins de son mari. Les enfants Mme S. et son mari ont rencontré un avocat pour développer un service de santé et un plan financier à long terme qui prévoyait les coûts des besoins permanents en matière de soins.

Cas 2

M. P. est un homme de 82 ans qui est déprimé depuis la mort de sa femme il y a 3 ans. Il a progressivement des pertes de vision due à la dégénérescence maculaire, limitant sa capacité à préparer des repas, prendre des médicaments et conduire. Il y a un an M. P. a engagé un soignant à domicile pour l'aider dans ses AVQ. Le soignant

	<p>a travaillé au début 3 jours par semaine mais il y a 6 mois, a augmenté ses heures et a déménagé à la maison de M. P. M. P. dit qu'elle est « un sauveteur ». Il y a un mois, la fille adulte de M. P a découvert que M. P. permet à l'aidant d'ouvrir son courrier et il signe des documents pour gérer ses services bancaires afin qu'il ne soit « Pas un fardeau pour sa fille ». La fille a appelé le médecin de M. P parce qu'il craint que son père soit victime. Le médecin l'a renvoyée à l'adulte Protective Services (APS). La fille a signalé au travailleur de l'APS que le soignant l'a découragé de visiter son père pour plusieurs mois. En fin de compte, la fille a fait une visite et a insisté pour voir son père. Elle a demandé à l'aidant de quitter la maison pendant qu'elle était en visite et a trouvé des documents sur le bureau de M. P en indiquant qu'il avait signé des documents donnant son domicile à l'aidant.</p> <p>Figure</p> <p>3 illustre les facteurs de risque pour cette affaire en utilisant le modèle. Intervenir pour traiter les facteurs de risque identifiés en utilisant le modèle. L'utilisation de l'AIM pour comprendre cette situation qui a conduit aux interventions suivantes : Le personnel d'APS a fait un rapport de police. L'enquête policière a mené à une poursuite réussie et l'annulation de l'acte de subvention donnant le foyer au soignant également. La fille s'est davantage impliquée dans les soins du père et a engagé un soignant à travers une agence. En fin de compte, M. P a décidé de déménager dans un établissement de résidence assistée où ses besoins pourraient être satisfaits dans un environnement plus social. Dans cet environnement, sa dépression s'est améliorée.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<i>-Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche, on la retrouve au niveau de la recherche pour les cas 1, 2 et 3.</i>
Conséquences et recommandations	<p>Conclusion :</p> <p><u>IMPLICATIONS POUR L'AIM DE RÉDUIRE la maltraitance des personnes âgées</u></p>

	<p>Les deux cas illustrent comment l'AIM peut être utilisé pour fournir les cliniciens et d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux, APS et le personnel avec un cadre pour évaluer les facteurs de risque de maltraitance des aînés dans la perspective de la personne âgée vulnérable, « l'autre confiance » et le contexte dans lequel ils interagissent.</p> <p>Identification du risque des facteurs peuvent aider les professionnels à enquêter et aborder les facteurs de risque saillants et modifiables pour atténuer la maltraitance. L'AIM doit être étudié pour déterminer s'il peut servir de guide pour l'évaluation et l'intervention des mauvais traitements envers les aînés. Une étude utile pour des personnes âgées atteintes de démence et leurs soignants est en cours (HHS-2012-ACL-EA-1214), mais plus de recherches devraient être entreprises pour évaluer son potentiel d'utilisation afin d'identifier et intervenir pour atténuer tous les types de mauvais traitements infligés aux aînés. Lorsque la fréquence des profils de risque sont élevés et sont identifiés, une trousse d'intervention spécifique pour ce profil pourrait être développée et déployée. En outre, si l'AIM est utile pour identifier et traiter des mauvais traitements envers les aînés, cela peut aider à guider la politique publique et l'allocation de ressources pour prévenir et traiter la maltraitance des aînés.</p>
--	---

Grille de Fortin n°12

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>- Oui le titre précise clairement les concepts clés et la population é l'étude :</p> <p>Etude des facteurs qui affectent les abus des personnes âgées dans les maisons de soins infirmiers</p>
Résumé	<p>-Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche, cependant il ne reflète pas la discussion :</p> <p>But : Cet article traite des caractéristiques des effets des soins de longue durée dans les établissements sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées.</p> <p>Méthode : Les participants à cette étude quantitative et descriptive ont été : le personnel travaillant dans 24 des 100 établissements à long terme pour les personnes âgées en Israël.</p> <p>Résultats : Un peu plus de la moitié de l'échantillon a signalé un abus de résidents plus âgés, les 12 mois précédents, se manifestant en un ou plusieurs types de mauvais traitements. Le nombre restreint de personnel a été associé avec un plus grand risque de négligence mentale ou physique, et le nombre total d'incidence de mauvais traitements.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>-Oui, le problème est clairement formulé et circonscrit :</p> <p>La maltraitance des personnes âgées en maisons de retraite est généralement reconnue (Jogerst et al 2005, Joshi et Flaherty 2005). Bužgová et Ivanová (2009) soulignent que les mauvais traitements infligés aux personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée est l'une des formes les plus courantes de mauvais traitements envers les aînés, où l'environnement, les pratiques et les règles peuvent en eux-mêmes devenir abusif. La maltraitance comprend les</p>

soins physiques, abus psychologique et sexuel, exploitation financière et la négligence (MacLean 2000, Wolf et al 2002). Les comportements peuvent causer une invalidité permanente et même la mort (Aström et al 2002, Gibbs et Mosqueda 2004). La littérature montre que de nombreux cas d'abus d'âinés dans les établissements de soins de longue durée ne sont pas signalés aux autorités, bien que cela soit requis par Loi israélienne. La prévalence totale du phénomène est inconnue (Gibbs et Mosqueda 2004, Lindbloom et al 2007).

Des études indiquent que l'environnement de travail a une influence majeure sur la maltraitance de personnes âgées dans des établissements à long terme (Wolf et al 2002). Allen et al (2004) et Jogerst et al (2006) prétendent que les installations autorisées avec un grand nombre de patients sont associées à une incidence plus élevée de mauvais traitements. L'inquiétude à long terme est la question de savoir si les soins sont meilleurs dans les maisons de soins infirmiers à but lucratif ou à but non lucratif. Lindbloom et al (2007) rapportent qu'il existe un risque plus faible de mauvais traitements dans les maisons de soins infirmiers avec des frais de service plus élevés. Toutefois, l'organisation santé mondiale (Wolf et al 2002) rapporte que, en privé les installations possédées imposent souvent des coupures dans des zones essentielles pour maintenir la qualité des soins, tels que les soins médicaux, l'équipement et les ressources humaines, qui peuvent conduire à la négligence et à abuser des patients plus âgés (Wolf et al 2002). Jogerst et al (2006) révèlent également que, dans l'Iowa, par exemple, les mauvais traitements sont plus répandus à des installations à but lucratif. Pour répondre à cette question dans le contexte israélien, une étude transversale de la qualité a été entreprise par les équipes d'évaluation du ministère de la santé (Clarfield et al 2009). Ils ont conclu que, en Israël, les maisons de soins infirmiers à but lucratif fournissent des soins plus pauvres que les maisons de retraite à but non

	<p>lucratif, éventuellement en raison de conflits entre les exigences des soins aux patients et le désir pour maximiser les bénéfices (Clarfield et al 2009).</p> <p>Un faible ratio personnel-patient et une rotation élevée du personnel conduit à un risque plus élevé de compromis dans la qualité des soins et par conséquent, un risque plus élevé de mauvais traitements envers les personnes âgées, comme en Californie et en Scandinavie (Gibbs et Mosqueda 2004, Sandvide et al 2004). Bois et Stephens (2003) prétendent que des ratios de personnel bas à patient et le changement élevé du personnel peuvent conspirer pour augmenter le risque. Goergen (2001) a constaté que, selon les infirmières, le manque de personnel infirmier conduit à des décisions qui en résultent à de la maltraitance.</p>
Recension des écrits	-Oui une recension de la recherche a été entreprise pour démontrer le phénomène de l'étude.
Cadre de recherche	-Oui les concepts clés sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel : Abus de personnes âgées, soins de longue durée, maltraitance des personnes âgées Personnes, maisons de retraite.
Buts et question de recherche	<p>– Oui le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise :</p> <p>À la lumière de l'ambiguïté quant à l'environnement de travail affectant le mauvais traitement de personnes plus âgées dans le soin à long terme, le but de cette étude était d'identifier des traits affectant le mauvais traitement dans des maisons de retraite.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>-Oui la population visée est définie de façon précise :</p> <p>La population et l'échantillon</p> <p>Cette quantitative et descriptive a été tirée du personnel travaillant dans 24 des 300 maisons de retraite à long terme pour les personnes âgées en Israël. L'échantillonnage était aléatoire. Le pays a été divisé en régions géographiques et</p>

	<p>une seule maison de retraite à long terme pour les patients plus âgés était dans chaque région. Après avoir reçu l'approbation de la recherche, un chercheur a échantillonné au hasard divers départements dans chaque établissement de soins à différents moments de la journée. Des questionnaires auto-administrés ont été distribués à un maximum de dix travailleurs dans chaque département à chaque domicile. Six cents questionnaires étaient distribués dans ces installations, dont 510 complétés et retournés ($n = 510$). Le taux de réponse était de 85 pour cent.</p>
Considérations éthiques	- Non, pas de moyens présentés pour sauvegarder les droits des participants.
Devis de recherche	-Oui le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but.
Modes de collectes de données	<p>-Oui des outils de mesure sont décrits :</p> <p>Instruments</p> <p>Les données ont été recueillies auprès du personnel grâce à des questionnaires et des informations sur chaque établissement. Les questionnaires ont été conçus spécifiquement pour l'étude et ont été divisés en deux parties : Le premier visait à obtenir des détails sur les homes et les détails démographiques et détails professionnels des répondants. Il couvre le nom de l'établissement et du département et également des informations sur l'âge, le genre, l'état matrimonial, nombre d'enfants, religiosité, éducation, qu'ils soient en plein temps ou à temps partiel, ancienneté dans la profession, ancienneté dans le département spécifique et l'emploi passé. La seconde consistait en Iowa Dependent Questionnaire sur les soins infirmiers pour adultes, conçu par Daly et Jogerst (2005). On leur a demandé s'ils avaient perpétré ou ont été témoins de maltraitance l'année passée.</p> <p>En outre, les détails de l'installation ont été examinés à l'aide de données reçues des admissions: nombre de lits, nombre des patients, la propriété et le type d'établissement; les données reçues de l'administration infirmière: nombre des infirmières, le nombre d'aides</p>

	infirmières, le chiffre d'affaires des infirmières et Ratio infirmier-patient.
Conduite de la recherche	<p>-Le processus de collecte a été décrit clairement : La recherche a été menée en 2007. À la première étape, des réunions ont eu lieu avec des personnes qui représentent un abus de personnes âgées à long terme dans les homes au ministère de la santé et au Ministère des affaires sociales pour recevoir son consentement pour mener une étude dans les établissements sous leur supervision. Par la suite, des réunions ont eu lieu avec les directeurs des homes pour présenter les objectifs de l'étude, la proposition de recherche et les questionnaires. Dans chaque établissement, le consentement du comité de l'éthique locale a été obtenu. Après avoir reçu l'approbation, le chercheur a distribué les questionnaires personnellement aux participants. Chaque répondant était assuré à l'anonymat et que les résultats seraient utilisés uniquement pour les objectifs de la recherche.</p>
Analyse des données	<p>-Oui les méthodes d'analyse sont décrites : A été effectuée en utilisant la statistique SPSS 14 Programme informatique, qui comprend des descriptifs Statistiques pour la recherche population et recherche des variables, ainsi que des statistiques inférentielles en examinant les hypothèses de recherche. Il y avait deux variables dépendantes: L'existence de mauvais traitements. Ses diverses manifestations telles que la violence physique, abus mental, violence sexuelle, l'exploitation financière, la négligence mentale et la négligence physique. Les variables ne sont pas normalement distribuées et donc l'analyse employée non paramétrique tests, à savoir le test de Kolmogorov-Smirnoff (KS-test) et le test Mann-Whitney (test MW). Résultats impliquant les variables indépendantes ont été comparés en utilisant les tests M-W. L'inquiétude à long terme est la question de savoir si le soin est meilleur à but lucratif ou dans maisons de retraite à but non lucratif.</p> <p>Les résultats impliquent des variables indépendantes qui étaient discrètes, les variables quantitatives ont été examinées en calculant les</p>

	corrélations Spearman-coefficient, une statistique utilisée comme une mesure de la corrélation dans les statistiques non paramétriques lorsque les données sont sous forme ordinaire.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>-Oui les résultats sont adéquatement présentés sous forme de tableaux :</p> <p>La plupart des répondants étaient des femmes (82%), âgés de 40 à 49 ans. La plupart étaient mariés (71 pour cent) et étaient parents (80%) et juifs (7%). Près de la moitié étaient des infirmières (47%) et plus d'un tiers étaient des aides infirmières. La plupart étaient occupant des postes à temps plein (71 p. 100) avec un niveau moyen d'ancienneté de 13,8 ans dans le métier. La plupart avaient travaillé pour cinq ans ou moins dans leur département actuel (61%) et plus de 30% travaillant dans le département où ils se trouvaient à l'époque que l'étude a été réalisée.</p> <p>Déclaration de mauvais traitements : l'étude a indiqué que 273 répondants (54 pour cent) de l'échantillon (n = 510) a signalé avoir perpétré un ou plusieurs types de maltraitance chez les patients âgés à long terme au cours de la dernière année.</p> <p>Le tableau 1 montre le nombre total de types de mauvais traitements signalés par les répondants comme n = 513. La plupart des incidents (64%) concernaient la négligence physique et mentale. Ils ont une prévalence de 34% à 30% respectivement, avec 64% des répondants ont signalé que la négligence s'est produit plus de 16 fois par an. C'est suivi d'une violence mentale (23%) et physique (12 pour cent), alors que la prévalence de la violence sexuelle et l'exploitation financière signalées étaient de 0,1%. En raison du petit nombre de rapports sexuels et d'abus financiers, ces variables n'ont pas été sélectionnées pour l'analyse statistique continue. Caractéristiques de l'installation pour examiner l'effet des caractéristiques de l'établissement sur</p>

	<p>les mauvais traitements envers les personnes âgées, un indice a été calculé pour chaque type de maltraitance, consistant en nombre de divers incidents d'abus pour chaque patient. Cet indice était la variable dépendante, qui a été conçue pour éviter de nuire aux résultats objectifs, parce que de nombreux travailleurs ont été échantillonnés à grande échelle dans les homes avec un personnel étendu. Ces répondants ont complété plus de questionnaires, ce qui affecte les résultats. Un test de Spearman a montré une importante corrélation positive entre le nombre de lits, les infirmières, les aides et le roulement du personnel, avec négligence mentale, négligence physique et le total des cas de mauvais traitements pour chaque patient. Une corrélation positive significative a été trouvée entre le ratio personnel-patient et la négligence physique et les cas de maltraitance totale par patient. Plus le home est grand, plus le nombre de patients, plus le nombre d'infirmières et d'aides, le roulement du personnel plus élevé, et plus le risque de négligence mentale, négligence physique et nombre total des incidents de maltraitance est élevé. L'étude a également révélé que plus le ratio personnel-patient, plus le risque de physique n'est élevé, la négligence et nombre total d'incidents de mauvais traitements par patient. Les résultats n'indiquaient pas La corrélation entre le type d'établissement, à but lucratif ou sans but lucratif et les types de mauvais traitements.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>-Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche :</p> <p>Les résultats montrent que légèrement plus de la moitié d'un échantillon complet de travailleurs ont déclaré avoir abusé de personnes âgées en une ou plusieurs formes au cours de la dernière année. Environ les deux tiers des incidents concernent la négligence, physique et mentale, qui est les plus signalés comme types de mauvais traitements. Une explication possible peut être que la négligence est perçue comme un acte</p>

d'omission, manifesté par un manque de réponse aux besoins des patients. La négligence est définie dans la littérature professionnelle en tant que défaut de fournir besoins fondamentaux des patients (Allen et al 2004). Les répondants perçoivent la négligence comme systémique, et non comme personnelle, défaut de fournir des besoins fondamentaux. Ces actes habituellement, n'invoquent pas de motifs personnels ou d'intention malveillante, mais proviennent de problèmes institutionnels. En conséquence, les répondants n'ont aucun scrupule moral concernant les rapports de tels incidents. L'image générale formée est l'une des plus importantes des taux de mauvais traitements envers les aînés dans les établissements à long terme, qui peut être considéré comme un problème social. Les taux trouvés dans la présente étude, en particulier en ce qui concerne la négligence des personnes âgées dans des établissements à long terme, sont plus élevés que ceux trouvés dans d'autres études (Macionis 1997, Gibbs et Mosqueda 2004). L'analyse des résultats de la recherche concernant l'effet des caractéristiques du home sur le risque de maltraitance montre les corrélations positives significatives entre le nombre de lits dans l'établissement, nombre d'infirmières, nombre d'aides, rotation du personnel, la négligence mentale, négligence physique et des incidents totaux de maltraitance chez les patients. Il existe une corrélation positive significative entre ratio personnel-patient et négligence physique et personnel ratio et total des incidents de mauvais traitements par patient. Plus les installations sont grandes et plus les nombres sont importants de patients et du personnel, le chiffre d'affaires du personnel et plus le risque de négligence mentale, le risque physique, la négligence et le nombre total d'incidents de mauvais traitements. Les homes avec des rapports plus élevés entre le personnel et le patient ont un risque plus élevé de négligences physiques et plus d'incidentes de maltraitance par patient, en général. La constatation que la routine élevée du personnel

est un facteur de risque de maltraitance des patients plus âgés est soutenue par Levine (2003) et Pillemer et Hudson (1993). Un rapport sur les maisons de soins infirmiers émis par le Bureau du gouvernement et de la responsabilité des États-Unis (GAO) (Wood et Stephens 2003) ont révélé un schéma des lacunes dans la plupart des maisons échantillonnées dans quatre états. Pour ce rapport, 622 personnes ayant assisté des homes en Californie, en Floride, en Ohio et en Oregon étaient étudiées en utilisant la méthodologie d'enquête et les entrevues. Selon le rapport, fréquemment identifié les problèmes comprenaient l'absence de fourniture suffisante des soins aux résidents après un accident, non qualifiés ou personnel insuffisant, incapacité à fournir des médicaments ou stocke des médicaments de manière adéquate et suivre les politiques d'admission et de décharge requises par le règlement d'état.

Le rapport GAO (Wood and Stephens 2003) déclare que les principaux facteurs liés à ces problèmes étaient insuffisants en formation du personnel et la routine était chez personnel. Cela signifie que le personnel n'a pas la connaissance des patients et leurs caractéristiques physiques et problèmes de santé mentale (Harrell et al 2002, Allen et al 2004). Dans de tels cas, les patients ayant une démence, des incidents plus agressifs entraînent de la maltraitance du personnel qui ne sait pas comment faire face à cela. La découverte d'un nombre plus élevé de lits et de résidents sont associés à plus d'incidents de maltraitance qui est soutenue par Allen et al (2004) et Lachs et al (2007). Cela se pose parce que les installations avec de nombreux patients et le personnel a un risque plus élevé d'exposition aux mauvais traitements (Jogerst et al 2006). En outre, de grandes installations avec de nombreux patients et les travailleurs ont une faible qualité de soins (Harrington et al 2000). C'est souvent parce que les grandes installations ont un plus grand nombre de patients ayant des besoins complexes et des démences, dont les soins exigent une pression accrue sur le personnel

	<p>soignant. Officiellement, les grandes installations ont de nombreux travailleurs et un ratio personnel-patient élevé, mais, en pratique, les infirmières signalent un effectif plus faible de travailleurs, souvent liés aux problèmes d'épuisement et de rotation du personnel, ce qui entraîne des absences du personnel. Contrairement à la recherche précédente indiquant une corrélation entre le type d'installation et la maltraitance (Wolf et al 2002, Jogerst et al 2006), aucune corrélation n'a été trouvée dans cette étude, peut-être en raison du biais d'échantillonnage.</p>
Conséquences et recommandations	<p>-Oui l'auteur fait des recommandations pour la pratique et les données sont suffisamment riches pour appuyer la conclusion :</p> <p>Cette étude confirme le besoin de protection des personnes âgées vulnérables dans les établissements de soins de longue durée. Il est important d'établir des systèmes d'application dans les installations, ainsi que dans le gouvernement extrinsèque des systèmes d'examen périodique de l'orientation des homes visant à prévenir les mauvais traitements et la satisfaction des patients et pour atteindre une décision de politique visant à fermer les homes qui échouent pour respecter les normes. Les consommateurs et les décideurs recherchant à long terme la stabilité de la main-d'œuvre qui devrait soutenir les augmentations dans les salaires, les avantages et les possibilités d'avancement pour les travailleurs de première ligne proportionnés au travail attendu d'eux et la responsabilité des soins leur a été confiée.</p> <p>Enfin, les proches peuvent jouer un rôle important en signalant et en prévention des mauvais traitements envers les aînés et la maltraitance des aidants rémunérés dans les soins de longue durée et il faut accorder une attention particulière à leur formation pour reconnaître les abus.</p>

Grille de Fortin n°13

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>-Oui le titre précise clairement les concepts clés :</p> <p>Les auteurs de mauvais traitements envers les personnes âgées souffrant de toxicomanie et / ou les conditions de santé mentale : résultats De l'Étude nationale sur les mauvais traitements envers les aînés</p>
Résumé	<p>-Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche :</p> <p><u>Résumé</u></p> <p>But : Une grande partie des personnes qui commettent des mauvais traitements envers les aînés ont longtemps été connu pour avoir des indicateurs de la toxicomanie et / ou des conditions de santé mentale (SAMHC). Cependant, peu d'études ont examiné spécifiquement les mauvais traitements infligés aux aînés par des personnes ayant SAMHC, empêchant le développement de stratégies d'intervention spécialisées. Utiliser les résultats de la National Elder Mistreatment Study, l'article actuel examine la victime, l'auteur, et les caractéristiques d'interaction entre les cas de maltraitance émotionnelle et physique des aînés dans lequel l'auteur a eu un rapport sur l'absence de SAMHC.</p> <p>Résultats : 210 auteurs de maltraitance chez les aînés auraient eu un SAMHC avec 412 auteurs avec des troubles émotionnels, (les mauvais traitements signalés ne comportent pas de SAMHC). 57 auteurs d'abus chez les aînés des mauvais traitements physiques ont été signalés chez le SAMHC avec 38 auteurs de mauvais traitements physiques n'ayant pas de SAMHC. Maltraitance émotionnelle des aînés commise par des personnes atteintes de SAMHC était associée aux caractéristiques suivantes : l'auteur-chômage, l'histoire avec la police et moins d'amitiés; victime-genre féminin, des problèmes émotif; la notification des mauvais traitements aux autorités. La maltraitance des aînés physiques commis par des personnes atteintes de SAMHC était associée au lien</p>

	<p>de l'auteur avec la police et de plus grand mauvais traitements physiques à vie vécus par la victime.</p> <p>Discussion : Les résultats indiquent que les victimes de mauvais traitements chez les aînés par des personnes atteintes de SAMHC ont un besoin particulier de services d'intervention car ils ont une plus grande histoire de mauvais traitements et éprouvent de plus grands problèmes émotionnels. Implications pour intervenir efficacement dans les cas des maltraitances des aînés par des personnes atteintes de SAMHC sont discutées.</p> <p>Mots-clés : Abus chez les personnes âgées. La santé mentale et la violence. Alcool et drogue</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>-Oui le problème de la recherche est clairement formulé :</p> <p>Avec la population de plus de 60 ans qui croît rapidement, il est de plus en plus impératif que les mauvais traitements envers les personnes âgées doivent être efficacement empêchés et traités. Au cours des trois dernières décennies, il a été continuellement documenté qu'une grande partie des auteurs de mauvais traitements envers les aînés avaient des indicateurs de la toxicomanie et / ou des problèmes de santé mentale. En 1985, il a été constaté que plus de trois quarts des agresseurs âgés auraient des problèmes mentaux ou émotionnels. Peu de temps après, on a constaté que 35% des agresseurs d'aînés avaient des problèmes émotifs, 9% ont eu des problèmes d'alcool et 5% ont eu des problèmes de drogue, tous des taux significativement plus élevés que ceux trouvés parmi les parents comparables non abusifs. Plus récemment, les études sur les cas de maltraitance des personnes âgées justifiées par les services de vieillissement ont constaté que 21% [8] et 50% [9] des auteurs présumés avaient un problème de drogue ou d'alcool Et 14% [8] et 25% [9] ont une maladie mentale. De même, avec l'utilisation d'un échantillon de probabilité, l'étude nationale sur les mauvais traitements chez les personnes âgées a révélé que</p>

	<p>21% à 52% des cas connus ont signalé que les auteurs avaient un problème de toxicomanie et 19% à 28% ont signalés avoir un historique de soins de santé mentale. En utilisant des mesures similaires et échantillon de probabilité, l'étude sur les mauvais traitements chez les personnes âgées de la Caroline du Sud a révélé que 15% à 58% des auteurs connus avaient un problème de toxicomanie et 19% à 28% avaient des antécédents d'assistance de traitement de santé mentale.</p> <p>En tant que auteurs et victimes de mauvais traitements envers les aînés, ce ne sont pas des groupes homogènes, en 2013, un bref mandaté par l'Institut national de justice a appelé au développement des théories et les interventions de mauvais traitements envers les aînés qui répondent à un grave auteur et caractéristiques de la victime.</p> <p>Compte tenu de la preuve constante sur les auteurs de maltraitance des aînés qui ont des problèmes de toxicomanie et / ou de santé mentale (SAMHC), sont certainement une caractéristique très remarquée. Cependant, extrêmement limité, des recherches ont été menées concernant les mauvais traitements infligés aux aînés par des personnes atteintes de SAMHC.</p> <p>En utilisant les données de l'Étude nationale sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, les objectifs de l'analyse actuelle doivent identifier les caractéristiques des auteurs, des victimes et des interactions associées aux facteurs émotionnels et maltraitance physique perpétrée par des personnes atteintes de SAMHC par rapport aux auteurs sans SAMHC.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Oui une recension des écrits a été entreprise :</p> <p>Nous avons décidé de combiner les auteurs de maltraitance avec SAMHC dans les analyses et les discussions pour deux principales raisons. Premièrement, les études épidémiologiques ont généralement révélé la comorbidité de la consommation de substances et les conditions de santé mentale. En conséquence, nous prévoyons que</p>

beaucoup d'auteurs liés à la toxicomanie ont également des problèmes de santé mentale et vice versa. En tant que tel, il serait difficile de séparer ces groupes sans créer un troisième groupe de comorbidités, ce qui réduirait sûrement le pouvoir statistique des analyses. Deuxièmement et le plus important encore, quelles preuves sont disponibles suggérant que les auteurs ayant une toxicomanie ou une maladie mentale partagent une caractéristique importante : dépendance de leur victime. La caractéristique est particulièrement intéressante puisqu'elle contrevient aux mauvais traitements prédominants de la maltraitance des aînés, le modèle de stress des aidants naturels, qui suppose que le mauvais traitement est le résultat du stress expérimentés par les membres de la famille dans le soin d'un aîné dépendant. En conséquence de partager cette caractéristique importante, les auteurs avec SAMHC ont été combinés dans la recherche antérieure sous l'étiquette de deviant et impaired agresseurs. En examinant les facteurs associés aux mauvais traitements envers les aînés, il a été appelé à examiner l'auteur, la victime et les facteurs d'interaction. Basé sur la bourse limitée dans ce domaine, les caractéristiques des auteurs proposées sont associées à le SAMHC comprend le statut de l'emploi, l'histoire de la participation criminelle, la taille de réseaux sociaux, le genre, la qualité de la santé, le niveau de détresse émotionnelle et le nombre de cas de maltraitance à vie. Les caractéristiques d'interaction proposées incluent la confiance des conducteurs, l'assistance fournie aux victimes dans le cadre des activités de la vie quotidienne et des mauvais traitements ont été signalés aux autorités.

La forme d'intervention principale et presque exclusive pour les mauvais traitements envers les aînés est la poursuite. Cependant, Jackson soutient que les poursuites sont insuffisantes, l'intervention en tant que poursuite est une dissuasion médiocre, certaines font de mauvais traitements qui sont légales, très peu de cas de mauvais traitements subis et illégaux sont poursuivis et beaucoup des auteurs reprennent leur vie après la libération de

	l'incarcération. En conséquence, Jackson a soutenu qu'il est essentiel que de nouvelles interventions pour prévenir et intervenir chez les aînés les mauvais traitements doivent être développées et que de telles interventions devraient être adaptées aux auteurs et à caractéristiques de la victime. Identifier des différences significatives dans les mauvais traitements envers les aînés commis par les personnes avec et sans SAMHC amélioreront notre capacité à développer de telles interventions.
Cadre de recherche	-Oui les concepts clés sont mis en évidence : Mots-clés : Abus chez les personnes âgées. La santé mentale et la violence. Alcool et drogue
Buts et question de recherche	-Oui le but de la recherche est énoncé de façon claire : En utilisant les données de l'Étude nationale sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, les objectifs de l'analyse actuelle doivent identifier les caractéristiques des auteurs, des victimes et des interactions associées aux facteurs émotionnels et maltraitance physique perpétrée par des personnes atteintes de SAMHC par rapport aux auteurs sans SAMHC.
METHODE	
Population et échantillon	-Oui la population visée et l'échantillon est décrit de façon précise : À l'aide d'une méthode stratifiée modifiée de numérotation aléatoire, un représentant national de 2008 Échantillon (en ce qui concerne la race, l'âge et le sexe) de 6052 personnes âgées résidant dans la communauté continental américain a été obtenu les critères d'admissibilité à la participation comprennent au moins 60 ans, résidant dans un ménage dans les États-Unis continentaux et pouvant parler anglais ou espagnol. Toutes les informations utilisées dans le présent article ont été obtenues auprès des participants (Personnes d'au moins 60 ans) par le biais d'entrevues téléphoniques. Les entretiens ont été réalisés avec entretien téléphonique assisté par ordinateur, la durée moyenne de l'entrevue étant de

	15 min. Le questionnaire d'entrevue est disponible en ligne.
Considérations éthiques	- Conformité aux normes éthiques
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Le devis de recherche n'est pas cité. - Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? - Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) - La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? - Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?
Modes de collectes de données	<p>-Oui les outils de mesures sont clairement décrits :</p> <p>Toutes les informations utilisées dans le présent article ont été obtenues auprès des participants (Personnes d'au moins 60 ans) par le biais d'entrevues téléphoniques. Les entretiens ont été réalisés avec entretien téléphonique assisté par ordinateur, la durée moyenne de l'entrevue étant de 15 min. Le questionnaire d'entrevue est disponible en ligne.</p>
Conduite de la recherche	<p>-Oui le processus de collecte de données et décrit clairement :</p> <p><u>Les mesures</u></p> <p>L'auteur de l'incident le plus récent de mauvais traitements a été défini comme ayant consommé une substance si le participant a indiqué oui à la question BDD que cette personne a un problème d'alcool ou de drogue au moment de l'incident ? (Les options de réponse incluent les BY, Non, Ne sais pas, Refus). L'auteur de l'incident le plus récent de mauvais traitements a été défini comme ayant un état de santé mentale si le participant a indiqué oui à la question d'où cette personne a-t-elle déjà reçu un conseil en consultation pour patients hospitalisés ou ambulatoires pour des problèmes émotionnels ? (Les options de réponse incluent Yes, No, Ne sait pas,</p>

	<p>Refus). Les réponses de Don't know or Refused pour l'une de ces questions ont été traitées comme des données manquantes et la suppression de liste était effectué. Les auteurs de mauvais traitements sont classés comme ayant un SAMHC s'ils sont définis comme ayant un problème de toxicomanie et / ou de santé mentale, tel que défini ci-dessus. Si les auteurs n'avaient pas de problème de toxicomanie et / ou de santé mentale, ils étaient classés comme n'ayant pas de SAMHC. En plus des options de réponse décrites ci-dessous, toutes les questions restantes ont eu une réponse : Don't know ou Refused. Les participants sélectionnant Don't know ou Refused pour les questions restantes ont été traitées comme des données manquantes, avec une suppression par paire effectuée. Le nombre des amis de l'auteur a été mesuré avec la question. Quelques amis ont-ils fait cela? La personne a-t-elle au moment de l'incident? Diriez-vous ... (Les options de réponse incluent None, Très peu (1-3), Some (4-6), ou A lot (7 +). Revenu total du ménage avant impôts des victimes a été mesuré avec les options de réponse suivantes: B \$ 10 000 ou moins, entre \$ 10,001 et 20 000 \$, entre 20 000 \$ et 35 000 \$, entre 35 001 \$ et 50 000 \$, entre 50 001 \$ et 75 000 \$, entre 75,001 \$ et 100 000 \$, ou plus de 100 000 \$. Statut de santé de la victime au cours des quatre dernières semaines a été mesuré avec la question, comment évaluez-vous votre Santé au cours des 4 dernières semaines? Diriez-vous que cela a été ... (les options de réponse incluent excellent, très bon, bon, juste, pauvre ou très pauvre).</p> <p>Le niveau de victime étant gêné par les problèmes émotionnels au cours des quatre dernières semaines ont été mesurés avec la question Ding les 4 derniers semaines, combien avez-vous été dérangé par des problèmes émotionnels tels que vous sentir anxieux, déprimé ou irritable? (Les options de réponse incluent Not du tout, légèrement, modérément, tout à fait Beaucoup, ou complètement). Les variables suivantes ont été mesurées avec des options de réponse de Yes ou Non: l'emploi de l'auteur au moment de l'incident, l'auteur n'ayant jamais eu de problèmes avec la police, l'auteur ayant jamais aidé les victimes dans des activités de la vie quotidienne</p>
--	--

	<p>et l'incident le plus récent de mauvais traitements a été signalé à la police ou aux autorités. Tous les participants aux échantillons utilisés dans le présent rapport d'analyse ont été victimes des mauvais traitements affectifs ou physiques depuis 60 ans. Maltraitance émotionnelle a été défini comme ayant répondu affirmativement à l'une des quatre questions suivantes: 1) Quelqu'un vous a déjà agressé verbalement, vous a grondé ou crié de manière à avoir peur pour votre sécurité, menacé ou intimidé? 2) Si quelqu'un vous a fait sentir humilié ou embarrassé par vous appeler des noms tellement stupide ou vous dire que vous ou votre opinion était sans valeur? 3) Si quelqu'un vous a demandé avec force ou à plusieurs reprises de faire quelque chose que vous vous êtes senti harcelé ou contraint à faire quelque chose contre votre volonté? 4) N'importe qui près de vous, résidant dans un ménage dans les États-Unis continentaux et pouvant parler Anglais ou a complètement refusé de vous parler ou de vous ignorer pendant des jours, même si vous vouliez leur parler?. Les mauvais traitements physiques ont été définis comme ayant répondu affirmativement à l'un des Les trois questions suivantes: Quelqu'un a-t-il jamais ... 1) vous avec leur main ou objet, vous ont- il giflé, ou vous a menacé d'une arme? 2) A tenté de vous retenir en vous retenant, en liant vous ou vous enfermez dans votre chambre ou dans votre maison? 3) vous blessez de manière biologique de sorte que vous avez souffert un certain degré de blessure, y compris des coupures, des bleus ou d'autres marques? .</p> <p>Si les participants ont répondu affirmativement aux questions de maltraitance ci-dessus, on leur a demandé combien de fois de tels actes ont eu lieu dans leur vie. Si au lieu de cela ils ont répondu négativement, un 0 a été imputé pour nombre d'occurrences à vie de cet acte spécifique. Le nombre d'occurrences à vie des actes spécifiques de mauvais traitement affectifs et physiques ont été résumés pour créer une vingtaine de mauvais traitements émotionnels et les mauvais traitements physiques à vie. Partitions pour la vie émotionnelle et les mauvais traitements physiques variaient de 1 à 188 et de 1 à 100, respectivement, avec des scores plus élevés</p>
--	--

	indiquant une plus grande apparition de mauvais traitements.
Analyse des données	-La méthode d'analyse des données n'est pas explicitement décrite.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>-Oui, les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux :</p> <p><u>Résultats</u> Caractéristiques de l'échantillon de mauvais traitements émotionnels :</p> <p>La moyenne \pm âge de des victimes était de $69,51 \pm 7,32$ (portée 60-94), $n = 619$. La majorité des victimes étaient des femmes (69%, $n = 430$) et des blancs non-Hispaniques (81%, $n = 503$), suivies des Afro-américain (8%, $n = 51$), mixte ou autre (4%, $n = 24$), hispanique (2%, $n = 15$), refusé (2%, $n = 15$), indien américain ou Alaskan (2%, $n = 10$), Asiatique (0,3%, $n = 2$) et Néo-hawaïen ou autre insulaire du Pacifique (0,3%, $n = 2$). Le revenu médian du ménage de victimes était de 20 001 \$ à 35 000 \$ ($n = 522$). Un tiers (34%, $n = 210$) des auteurs de mauvais traitements émotionnels ont eu un SAMHC, avec 66% ($n = 412$) déclaré avoir de telles conditions. Parmi les auteurs atteints de SAMHC, 22% ($n = 47$) ont signalé avoir un problème de toxicomanie et de santé mentale, 39% ($n = 82$) ont signalé qu'ils n'avaient qu'un état de toxicomanie et 39% ($n = 81$) ont seulement signalés un état de santé mentale.</p> <p>Caractéristiques de l'échantillon de mauvais traitements physiques :</p> <p>La moyenne \pm l'âge des victimes était de $71,21 \pm 8,28$ (portée 60-94), $n = 95$. La majorité des victimes étaient des femmes (79%, $n = 75$) et des blancs non-Hispaniques (79%, $n = 75$), suivies des Afro-américain (9%, $n = 9$), mixte ou autre (6%, $n = 6$), Hispanique (3%, $n = 3$) et refusé (2%, $n = 2$). La catégorie médiane du revenu du ménage des victimes était de 20 001 \$ à 35 000 \$, $N = 79$.</p>

	<p>Soixante pour cent (n = 57) des auteurs de mauvais traitements physiques ont été signalés SAMHC, avec 40% (n = 38) signalés pour ne pas avoir de telles conditions. Des auteurs atteints SAMHC, 25% (n = 14) avaient une toxicomanie et une santé mentale, 51% (n = 29) n'avaient qu'un état de toxicomanie et 25% (N = 14) ont seulement un état de santé mentale.</p> <p>Cas de maltraitance émotionnelle avec SAMHC vs sans SAMHC :</p> <p>Statistiques descriptives pour les cas de mauvais traitements émotionnels dans lesquels l'auteur le plus récent avaient et n'avaient pas de SAMHC et les résultats des essais des tests Chi Square et Mann-Whitney-Wilcoxon sont présentés. Les auteurs de mauvais traitements émotionnels avec le SAMHC étaient beaucoup plus susceptibles d'être au chômage au moment de l'incident de mauvais traitements et d'avoir des problèmes avec la police. En outre, les auteurs avec SAMHC qui ont été signalés ayant moins d'amis. Lorsque les auteurs avaient un SAMHC, les victimes étaient significativement plus susceptibles d'être des femmes et ont signalé avoir de plus grands niveaux de détresse émotionnelle et plus grands cas de mauvais traitements émotionnels à vie. Lorsque les auteurs présentaient un SAMHC, la victime et l'agresseur étaient beaucoup plus susceptibles de co-résider et l'incident le plus récent des mauvais traitements émotionnels était plus susceptible d'avoir été signalé aux autorités.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>-Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre recherche :</p> <p>Maltraitance émotionnelle</p> <p>C'est l'une des rares études qui ont examiné les différences dans les auteurs de mauvais traitements envers les aînés Avec et sans SAMHC [16, 21]. Des recherches antérieures indiquent que les auteurs de mauvais traitements qui dépendent de leurs victimes pour les finances et les soins de santé ont souvent</p>

	<p>des SAMHC [3, 4, 6] et que les personnes atteintes de maladie mentale qui dépendent plus des membres de la famille plus âgés sont plus susceptibles de commettre des abus physiques, financiers et psychologiques [27]. Les analyses actuelles évaluent directement la dépendance des auteurs aux victimes; Cependant, les constatations selon lesquelles les auteurs des mauvais traitements émotionnels avec SAMHC étaient beaucoup plus susceptibles que leurs homologues sans SAMHC d'être au chômage et être co-résidant avec leurs victimes-qui ont été trouvée une fois avant [21] - pourraient être interprétée comme une preuve indirecte que les auteurs avec SAMHC sont plus susceptibles de dépendre de leurs victimes. Korbin et les collègues [4] ont constaté que 75% des victimes de mauvais traitements envers les personnes âgées ayant des problèmes émotionnels étaient des femmes. Les analyses actuelles ont constaté que les victimes de mauvais traitements émotionnels par des personnes atteintes de SAMHC étaient plus susceptibles d'être victimes, les femmes. Cette constatation peut également indiquer que les auteurs avec SAMHC sont plus susceptibles de dépendre de leurs victimes car les femmes sont les plus susceptibles de fournir des soins aux parents atteints de maladie mentale et éventuellement des troubles de l'utilisation de substances. Donc les intervenant dans les cas de mauvais traitements émotionnels des aînés dans lesquels les auteurs ont un SAMHC, peuvent bénéficier d'inclure des renvois et des services afin de prévenir une dépendance future envers les personnes âgées (p. Réadaptation professionnelle, aide au logement). La dépendance de nombreux auteurs sur des personnes âgées a été interprétée comme indiquant que le mauvais traitement est le résultat d'une pathologie ou d'une dégradation de la part de l'auteur. Une autre explication, cependant, est que les mauvais traitements ne peuvent pas résulter directement d'un auteur pathologie, mais cette dépendance envers les aînés (qui est liée à la pathologie des auteurs) peut modifier la qualité et le contenu des relations entre les auteurs potentiels et les personnes âgées, entraînant un risque accru de mauvais traitements. Bien que d'autres recherches, il peut être utile pour</p>
--	---

	<p>les professionnels avec les auteurs et les victimes de comprendre comment la dépendance a modifié leurs relations et tenter d'améliorer ces développements préjudiciables. C'est la première étude qui existe pour trouver que les auteurs de maltraitance émotionnelle d'aînés avec SAMHC ont beaucoup moins d'amis que ceux sans SAMHC. Les mauvais traitements chez les personnes âgées se trouvent fréquemment associés à des réseaux sociaux limités que ce soit chez les auteurs et les victimes et on sait que les personnes ayant abusé de substances et ayant des troubles de santé mentale ont souvent une diminution des réseaux sociaux. Comme la taille des réseaux sociaux semble particulièrement pertinente en considérant le risque de maltraitance chez les personnes atteintes de SAMHC, des efforts de prévention et d'intervention sont déployés pour les auteurs de ces actes qui pourraient bénéficier de l'élaboration de relations sociales pour les auteurs potentiels. Dans les analyses actuelles, il a été constaté que les auteurs de mauvais traitements émotionnels avec Le SAMHC étaient significativement plus susceptibles que ceux dont le SAMHC n'ayant jamais eu de problèmes avec la police. En examinant les cas de mauvais traitements infligés aux aînés signalés à New York City Department of Aging, Brownell et al. , a également constaté que les agresseurs avec SAMHC était plus susceptible que leurs homologues sans SAMHC d'avoir des liens avec la justice pénale. L'histoire de l'arrestation et de comportement violent sont connus pour augmenter le risque de maltraitance des aînés. En tant que tel, les auteurs avec SAMHC peuvent être plus susceptibles que les auteurs sans SAMHC de commettre des mauvais traitements futurs ou avoir des antécédents de mauvais traitements répétés. À l'appui de cette proposition, les analyses actuelles ont révélé que les victimes qui ont signalé que l'auteur le plus récent de maltraitance avait un SAMHC avaient des occurrences significativement plus grandes de maltraitance émotionnelle à vie. De même, Hwalek et al. Ont constaté que les agresseurs atteints de troubles liés à la toxicomanie ont été évalués à un risque plus élevé de s'engager dans de l'abus futurs et Korbin et al. Ont constaté que la plupart des victimes de</p>
--	---

	<p>maltraitance par les enfants adultes atteints de maladie mentale ont signalé des problèmes de mauvais traitements à long terme. Comme la maltraitance émotive des personnes atteintes de SAMHC semble être plus répétitif, il est crucial que les cas de mauvais traitements infligés par de tels auteurs soient rapidement identifiés et des interventions pour prévenir les mauvais traitements futurs seront mises en œuvre, avec le risque d'avenir de mauvais traitements.</p> <p>La découverte des victimes de mauvais traitements émotionnels par des auteurs atteints de SAMHC ressent une plus grande détresse émotionnelle que les autres victimes, est lié des cas de mauvais traitements que ces victimes ont subis et encore une fois, l'importance particulière d'identifier et d'intervenir dans les cas de mauvais traitements par les auteurs avec SAMHC. Semblable à l'étude de Brownell et al. La présente étude a constaté que l'incident le plus récent de mauvais traitements émotionnels était plus susceptible d'être signalé aux autorités lorsqu'ils ont été commis par des personnes atteintes de SAMHC. Une explication de ces mauvais traitements étaient plus susceptibles d'être signalés aux autorités que les victimes perçoivent que ces mauvais traitements sont un problème plus important qui nécessite un traitement et / Ou la prévention, compte tenu de son occurrence plus fréquente. Alternativement, bien que les analyses n'abordent la gravité des mauvais traitements, il est possible que les mauvais traitements affectifs commis par les personnes atteintes de SAMHC est plus sévère que celle commise par des personnes sans SAMHC, entraînant une plus grande détresse émotionnelle parmi les victimes et une plus grande probabilité de notification à l'autorité. En effet, dans une petite étude sur les personnes âgées qui cherchent un recours légal contre les abuseurs avec des problèmes émotionnels, de nombreux participants ont signalé que l'impulsion à la recherche d'une action en justice a augmenté la gravité des abus. Il y a besoin de plus de recherche afin d'examiner cette explication possible.</p> <p>Maltraitance physique</p>
--	---

	<p>Les seules caractéristiques trouvées associées de manière significative aux auteurs de l'infraction récente de mauvais traitements physiques ayant un SAMHC étaient des auteurs ayant déjà des problèmes avec la police et les victimes ayant connu plus d'occurrences des mauvais traitements physiques dans leur vie. Compte tenu de la preuve et de la justification présentée ci-dessus, il est probable que les victimes de mauvais traitements physiques par des personnes atteintes de SAMHC sont à un risque accru de subir des mauvais traitements répétés et / ou plus sévères. En tant que tel, il est également crucial que les cas de mauvais traitements physiques commis par des personnes avec Le SAMHC soient rapidement identifiés. Il est remarquable que moins d'importance des différences ont été constatées entre les auteurs atteints de SAMHC vs sans SAMHC lorsqu'en examinant les mauvais traitements physiques que lors de l'examen des mauvais traitements émotionnels.</p> <p><u>Limites et points forts</u></p> <p>En dépit des sous-échantillons provenant d'un échantillon représentatif national de 2008, les échantillons des anciennes victimes de mauvais traitements utilisés dans les analyses actuelles ne peuvent pas être présentés actuellement et être représentatif des personnes âgées résidant aux États-Unis, car ces échantillons sont relativement petits et disproportionnés des personnes blanches non hispaniques. Une force de ces échantillons, cependant, sont qu'ils ont été recrutés dans les États-Unis continentaux. Étant donné que la plupart des incidents de maltraitance des aînés ne sont pas signalés, c'est aussi une force que les échantillons utilisés dans les analyses actuelles ne comprennent pas exclusivement les victimes de mauvais traitements rapporté aux services de vieillissement et à d'autres autorités. Une autre limitation avec les analyses actuelles sont que la conception est transversale, empêchant l'inférence causale d'être faite. Enfin, il est une limitation que toutes les informations employées dans le présent des analyses ont été obtenues à partir du rapport des personnes âgées. Il est possible que l'information obtenue concernant les auteurs puisse ne pas être exact.</p>
--	---

	Cependant, comme la plupart des victimes sont cérébrales Avec leurs auteurs, nous croyons que la plupart des victimes ont pu fournir des Réponses concernant les questions concernant les auteurs.
Conséquences et recommandations	-Malheureusement, les quelques études réalisées dans ce domaine ne peuvent fournir aucune preuve en ce qui concerne effectivement moins de différences entre auteurs et sans SAMHC en fonction du type de mauvais traitements examinés. En tant que tel, il est impératif que d'autres recherches soient menées dans ce domaine.

Grille de Fortin n°14

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>-Oui le titre précise les concepts clés et la population à l'étude :</p> <p>Types d'abus et facteurs de risque associés aux personnes âgées abusé</p>
Résumé	<p>-Oui le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche :</p> <p>But: Détecter les abus d'aînés est difficile car c'est un tabou et de nombreux cas ne sont pas encore signalés. Cette étude vise à identifier les types de maltraitance chez les personnes âgées et à enquêter sur les facteurs de risque associés.</p> <p>Méthodes: analyse rétrospective de 903 dossiers créés à l'autorité indépendante des plaintes pour la vieillesse dans le canton de Zurich, en Suisse, à partir du 1er janvier 2008 au 31 octobre 2012. Les caractéristiques des victimes et des agresseurs, les types d'abus et les facteurs de risque associés à la victime ou l'auteur ont été évalués.</p> <p>L'analyse a été utilisée pour identifier les déterminants de l'abus et de la négligence.</p> <p>Résultats : Au total, 150 cas reflétaient au moins une forme d'abus de l'aîné ou de la négligence; 104 cas ont été classés comme abusifs avec au moins un type d'abus (135 mentions en général), 46 cas ont été classés comme négligés (actifs ou passifs). L'abus psychologique était la forme la plus signalée (47%), suivi par des mesures financières (35%), physiques (30%) et abus d'anticonstitutionnelles (18%). Dans 81% des 150 cas au moins deux facteurs de risque existaient. En 13%, aucun facteur de risque associé ne pourrait être identifié. Par rapport à la négligence, les aînés souffrant d'abus étaient moins susceptibles de l'être en home que résidant à la maison (odds ratio [OR] 0,02, intervalle de confiance de 95% [CI] 0,00-0,19).</p>

	<p>En outre, ils étaient plus susceptibles de cohabiter avec leurs auteurs (OR 18.01, IC 95% 4.43-73.19).</p> <p>Conclusion: pour la majorité de l'abus d'aîné signalé, au moins deux facteurs de risque associés pouvaient être identifiés. La connaissance de ces drapeaux rouges et de multiples facettes, une stratégie est nécessaire pour identifier et prévenir la maltraitance des personnes âgées.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>-Oui le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit :</p> <p><u>Introduction</u></p> <p>L'abus de personnes âgées est un problème grave dans notre société. La définition de l'abus envers les personnes âgées adopté par l'organisation mondiale de la santé est « un acte unique ou répété, ou un manque d'appropriation d'action, se produisant dans n'importe quelle relation là où règne une confiance, qui cause un préjudice ou une détresse à une personne âgée ». Bien que les cas d'abus de personnes âgées soient apparus littéralement il y a 40 ans, c'est toujours un tabou et un problème caché qui ne dépasse pas souvent le cadre privé de la personne âgée [5]. Au Royaume-Uni une étude de la prévalence des mauvais traitements chez les personnes âgées, qui a été faite en 2006, a estimé une prévalence de 12 mois 2,6% pour tout mauvais traitement (abus ou négligence) chez les personnes âgées de 66 ans et plus. Cela signifie que près d'un sur 40 les personnes âgées sont atteintes de mauvais traitements. Le plus souvent, les victimes cachent le fait d'être maltraité. Surtout financièrement ou les personnes âgées physiquement dépendantes craignent que si l'auteur est arrêté ou retiré du ménage après divulgation, ils peuvent être institutionnalisés ou perdre d'autres libertés. En Suisse, les données concernant la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées ont été recueillies, en particulier au niveau des</p>

	<p>institutions (homes médicalisés), mais pas signalé jusqu'à maintenant.</p> <p>-Objectif de l'étude est :</p> <p>L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence des différents types d'abus envers les personnes âgées dans le nord de la Suisse et facteurs de risque associés pour les victimes et les auteurs. En outre, nous voulons comparer la prévalence des facteurs de risque associés avec les abus (infliger des dégâts volontaires) à la prévalence de ceux qui sont associés à la négligence (active ou passive).</p>
Recension des écrits	-Oui une recension des écrits a été entreprise dans le chapitre de l'introduction et présente des sources primaires.
Cadre de recherche	-Oui les concepts sont mis en évidence : Abus envers les personnes âgées; facteurs de risque; Suisse
Buts et question de recherche	<p>-Oui le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise :</p> <p>L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence des différents types d'abus envers les personnes âgées dans le nord de la Suisse et facteurs de risque associés pour les victimes et les auteurs. En outre, nous voulons comparer la prévalence des facteurs de risque associés avec les abus (infliger des dégâts volontaires) à la prévalence de ceux qui sont associés à la négligence (active ou passive).</p>
METHODE	
Population et échantillon	-La population est définie de façon imprécise, il y a que l'âge qui est spécifié : personnes âgées de 60 ans ou plus. Echantillon : (n = 150)
Considérations éthiques	<p>-Oui des moyens ont été pris pour sauvegarder les droits des participants et ils sont adéquats :</p> <p>Une table anonyme a été construite à partir des bases de données électroniques de l'autorité des plaintes indépendantes pour la vieillesse. Selon le comité d'éthique du canton de Zurich l'étude</p>

	n'exigeait pas l'approbation formelle de l'éthique (référence KEK-ZH-numéro 26-2015).
Devis de recherche	-Oui le devis utilisé permet d'atteindre le but de l'étude. C'est une analyse rétrospective
Modes de collectes de données	-Oui les outils permettent de mesurer les variables : Tests de chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher
Conduite de la recherche	<p>-Oui le processus de collecte de données est décrit clairement :</p> <p>Des dossiers de plaintes de personnes âgées de 60 ans ou plus, qui avait contacté l'autorité indépendante des plaintes pour la vieillesse dans le canton de Zurich, en Suisse, a été utilisée pour cette analyse rétrospective. Ce centre de conseil est une association privée dédiée à la résolution de problèmes concernant les conflits d'aînés. Seulement une minorité de conflits accomplit les critères de négligence active ou passive ou d'abus, l'infliction délibérée de dégâts. La majorité concerne les désaccords sur les détails financiers pour les services fournis ou simples conflits de quartier ou attentes irréalistes des personnes âgées pour de services qu'ils aimeraient, mais n'ont pas le droit de recevoir (par exemple, aide financière). Il y a un bureau dans le Centre-ville de Zurich, qui est ouvert les jours ouvrables et est accessible également par e-mail ou par téléphone. Il n'y a pas de frais pour utiliser le Swiss Medical Weekly; les conseillers, principalement des spécialistes à la retraite des soins aux personnes âgées dans différentes professions sont soumis à la confidentialité professionnelle.</p> <p>Les données ont été recueillies rétrospectivement à partir du 1er janvier 2008 au 31 octobre 2012 en utilisant la base de données électronique de L'autorité indépendante des plaintes pour la vieillesse. Ça été fait par le premier auteur. En cas de doute, elle a consulté le chef du comité d'experts ou le gérant d'un home expérimenté. La base de données comprenait des notes de cas</p>

	<p>des conseillers, qui ont exploré la personne déclarante et si possible, la victime et les auteurs.</p> <p>Ces données subjectives ont conclu que les cas indiqués semblaient fiables pour les conseillers. Certaines données telles que l'âge exact n'ont pas été notées régulièrement, quand il semblait que les conseillers n'étaient pas importants pour résoudre un conflit. Par exemple, un diagnostic de démence a été indiqué dans les notes de cas lorsqu'il a été signalé et apparu comme étant un diagnostic clinique probable dans les cas observés, même si on ne sait pas sur quels critères reposent le diagnostic.</p>
Analyse des données	<p>-Oui les méthodes d'analyse sont décrites :</p> <p>Les statistiques descriptives ont été calculées pour tous les variables et présentées comme proportions, moyens et écarts types ou les médianes et les gammes interquartiles pour les variables continues et les fréquences et les pourcentages pour les données catégoriques. Comparaisons unies variées entre cas d'abus et de négligence ont été réalisés à l'aide des statistiques de test de chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher. Évaluer l'association indépendante entre abus ou négligence, victime ou auteur, les caractéristiques et facteurs de risque associés, respectivement une analyse de régression logistique multiple a été appliquée. Twosided les valeurs $p < 0,05$ ont été considérées comme statistiquement significatives. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version R 3.0.2.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>-Oui les résultats sont adéquatement présentés et à l'aide de tableaux et figures :</p> <p><u>Résultats</u></p> <p>Etude de la population et les caractéristiques des victimes, au total, 903 dossiers ont été analysés. De ce nombre, 753 cas n'ont pas été qualifiés d'abus ou de négligence (par exemple, conflits avec les voisins) et 150 cas représentaient au</p>

moins une forme d'abus ou de négligence envers les personnes âgées. L'abus a été rapporté dans plus des deux tiers (69,3%, n = 104), négligence active dans 26% (n = 39) et négligence passive dans 4,7% (n = 7). Le tableau 2 présente les caractéristiques de la victime (cf. article en annexe). L'âge moyen des victimes était de 82 ans \pm 9,1 ans (portée 60-99) ; 63,3% étaient des femmes. À la suite de la collecte de données anonymes, les données concernant l'âge manquaient dans 76 cas et le genre en 11 Cas. Quarante-trois pour cent des victimes vivaient dans des homes médicalisés ; Le reste vivait dans leurs appartements. En moyenne, la durée d'abus ou de négligence était de 3 mois (médiane, Interquartile range [IQR] 2-6).

La prévalence des facteurs de risque associés aux victimes

Dans l'ensemble, les facteurs de risque les plus courants liés aux victimes étaient : besoin de soutien (73%), besoin de soins (59%) et la démence (41%). Toutes les personnes ayant besoin de soins étaient également en besoin de soutien pour les activités quotidiennes. Histoire positive de la violence (Les victimes ont été victimes de violence au moins une fois au cours de leur vie avant le cas réel) a été signalé dans 14% de tous les cas, comportement agressif dans 11%, maladie de l'addiction dans 3%, autre maladie psychiatrique dans 10%. L'isolement social était signalé dans 6%. Le tableau 3 présente la distribution de fréquence des facteurs de risque enregistrés.

Caractéristiques des auteurs

Quarante-six pour cent des auteurs étaient membres de la famille, 37% soignants professionnels et 11% entreprises commerciales. Les 6% restants ont été classés comme amis, les autorités publiques ou les « autres » (par exemple les voisins). La famille Les membres étaient divisés en partenaire / conjoint (17%), fils (14%), fille (8%) et autres membres de la famille (7%). Concernant Les victimes vivant à la maison, les auteurs étaient principalement

membres de la famille (partenaire de 28%, fils de 20% et fille dans 12%) ou des sociétés commerciales (17%). Concernant les soins infirmiers en homes médicalisés, 80% des auteurs étaient professionnels soignants.

La prévalence des facteurs de risque associés aux auteurs

Les facteurs de risque les plus courants liés aux auteurs étaient la surcharge de la situation et de la cohabitation avec la victime (33% chacun). Dans environ la moitié des cas de cohabitation, l'auteur était le partenaire ou le conjoint de la victime (17%), dans l'autre moitié c'était le fils, la fille ou un autre membre de la famille (5% chacune). Dans 17% des cas signalés, l'auteur était responsable de la victime. Dans la plupart des cas, la dépendance financière ou émotionnelle a été rapportée. Caractéristiques pathologiques des auteurs tels que la maladie de l'addiction, la démence ou d'autres maladies psychiatriques les maladies ont été signalées dans 16% de tous les cas.

Types d'abus

L'abus psychologique était la forme la plus commune (signalée dans 47%). Deuxième plus commune était un abus financier (35%), suivi d'un abus physique (30%) et abus anticonstitutionnel (18%).

Fréquence des facteurs de risque

Au moins un facteur de risque, lié à la victime ou à l'auteur, était présent dans 131 des 150 cas (87%) évalués. Deux ou plus de risques ont été signalés pour 81% de tous les cas. Le nombre de facteurs de risque par cas variait entre 0 (19 cas, 13%) et 8 (3 cas, 3%). En 120 cas (80%) au moins un facteur de risque lié à la victime et dans 89 cas (59%) au moins un facteur de risque lié à l'auteur ont été rapportés.

Comparaison des facteurs de risque associés et caractéristiques en matière de mauvais traitements et de négligence

Analyse uni variée

Trois facteurs de risque ont été associés de manière significative à moins de risque d'abus que de négligence : besoin de soutien, besoin

	<p>des soins et la démence de la victime. En revanche, les facteurs significativement associés à un risque plus élevé d'abus de souffrance que la négligence étaient : l'histoire positive de la violence de la victime, cohabitation de la victime et de l'auteur, surcharge de l'auteur, la dépendance de la victime à un agresseur ou une maladie psychiatrique autre que la maladie de l'addiction ou la démence de l'auteur. Probabilité d'abus envers les personnes âgées était plus faible pour les personnes vivant dans un foyer de soins infirmiers. Non significatif des associations d'abus ou de négligence ont été trouvées pour l'âge ou le sexe de la victime, ou pour l'autre risque associé facteurs.</p> <p>Analyse multivariée</p> <p>Nous avons effectué deux modèles de régression multivariés, modèle A et B, pour identifier les déterminants de l'abus. Pour le modèle A, nous ont considéré les huit facteurs de risque liés à la victime, situation de vie (significative dans l'analyse uni variée), genre et l'âge (confusion potentielle). Après l'application du modèle, le seul déterminant important de l'abus était la situation de vie : les résidents des maisons de retraite ont un risque plus faible de d'abus et de risque de négligence plus élevé que les personnes vivant à la maison (odds ratio [OR] 0,02, intervalle de confiance de 95% [CI] 0,00-0,20). Pour le modèle B, nous avons considéré les six facteurs de risque liés à L'auteur. La cohabitation a été significativement associée avec un risque plus élevé d'abus que de négligence (OR 18.01, 95% CI 4.43-73.19). La surcharge était significativement associée avec un risque plus faible d'abus que de négligence (OR 0.07, IC à 95% 0,02-0,21).</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>-Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche :</p> <p>La présente étude a montré plusieurs résultats clés. Tout d'abord, l'abus psychologique a été le type d'abus le plus fréquent signalé.</p>

Deuxièmement, dans plus de 80% de tous les cas évalués, il y a au moins deux facteurs de risque associés à la maltraitance et à la négligence envers les personnes âgées qui pourrait être identifié.

Troisièmement, la cohabitation était plus fréquemment associée à l'abus qu'à la négligence.

Ces types de cas ne seraient pas détectés par une installation au niveau d'institutions (auto-déclaration d'abus et de négligence par professionnel Soignants). Par conséquent, un service à bas seuil accessible à l'ensemble de la population âgée est très important.

Quatrièmement, l'abus était moins fréquent chez les résidents de soins infirmiers. Cela implique que, dans des cas très difficiles (par exemple, les personnes démentes) une implication de soins professionnels qui est nécessaires non seulement pour soutenir les patients mais aussi pour réduire le risque de mauvais traitements envers les personnes âgées.

Types d'abus

Nous avons identifié les abus psychologiques comme les plus répandus des types d'abus, suivi de la politique financière, physique et anticonstitutionnelle. Ce classement est conforme à d'autres études d'enquête sur la prévalence des 12 derniers mois en Europe (6,9-35,6% pour les facteurs psychologiques, 1,7-9,6% pour les 0,3-2% pour abus physique) et les États-Unis (9% Pour verbal, 3,4% pour les finances et 0,2% pour les abus physiques). Cependant, nos estimations de prévalence ne peuvent pas être par rapport à ceux de la population basée ci-dessus des études de prévalence pour deux raisons. Tout d'abord, nous avons enquêté un échantillon présélectionné, c'est-à-dire les personnes qui ont contacté l'autorité indépendante des plaintes pour la vieillesse. Donc nos estimations de la prévalence des quatre types d'abus pourraient

être plus élevées.

Deuxièmement, les plaintes indépendantes de l'autorité pour la vieillesse a été contactée le plus souvent après plusieurs reprises d'actes d'abus ou de négligence (médiation de la durée d'abus ou de négligence: 3 mois), ce qui est très typique chez les aînés abusés. Nous supposons que la prévalence des 12 derniers mois pourrait être plus élevée que la prévalence à vie des actes de répétitions d'abus ou de négligence envers les aînés. Une étude allemande similaire (en utilisant les données des services de conseil pour les personnes âgées) a montré une distribution et des fréquences similaires de types d'abus et de négligence. Sur une période de 3 ans (1998-2001) différentes approches pour la prévention et l'intervention dans le domaine de l'abus de personnes âgées a été testée au niveau local. Deux tiers des cas portaient sur des abus psychologiques, environ un tiers d'abus physiques et dans 20% de financement et l'abus anticonstitutionnel ont été signalés.

Caractéristiques des victimes et des auteurs

Plus de femmes que d'hommes ont été victimes dans notre échantillon et l'âge moyen était de 82 ans, ce qui correspond à d'autres études. Un pourcentage plus élevé de victimes vivait dans leur propre maison que dans un home. Toutefois, la proportion des résidents dans les homes dans notre échantillon est beaucoup plus élevé que dans la population totale de la Suisse : la proportion des personnes âgées d'au moins 65 ans et vivant en home est de 7%. Cela peut avoir deux implications différentes.

Premièrement, une forte proportion de maltraitance ou de négligence envers les aînés chez les domestiques L'environnement pourrait encore être sous-estimée.

Deuxièmement, les rapports peuvent avoir été au nom des victimes par une tierce partie des journalistes : non seulement les victimes elles-

mêmes pourraient contacter l'autorité indépendante des plaintes pour la vieillesse et demandez pour l'aide, mais n'importe qui, y compris les amis, les membres de la famille et voisins. Cela montre l'importance des contrôles entre différents acteurs et partenaires qui se soucient du bien-être des personnes âgées. Si ces contrôles n'existent pas, les cas d'abus d'aînés ne seront pas signalés. En ce qui concerne les auteurs, les deux groupes principaux étaient les membres familiaux (46%) et les soignants (37%).

La proportion relativement élevée d'auteurs de soins que nous avons trouvés comparés avec d'autres études doit être discuté avec attention. Les aidants naturels font, en fait, signaler ont signalés leur comportement abusif, mais en raison de la méthodologie utilisée dans les grandes enquêtes en Europe et aux États-Unis, des études basées sur un échantillonnage aléatoire des registres municipaux, les personnes handicapées et les personnes vivant dans les établissements de soins ont été exclus, ce qui a donné lieu à une proportion plus faible. En outre, les membres de la famille ont moins honte de signaler un abus ou une négligence par un professionnel ou aidants naturels que les membres de leur famille apparente.

Donc, Il est très probable que les mauvais traitements et la négligence envers les aînés par la famille ont un taux beaucoup plus élevé de sous-déclaration que lorsqu'ils sont commis par des soignants professionnels. Dans notre étude, les membres de la famille étaient plus susceptibles d'être impliqués dans l'abus et la négligence, alors que les soignants étaient principalement impliqués dans des maisons de retraite. Cependant, la comparaison des catégories d'auteurs (victimes vivant à domicile contre les homes) est limitée car les deux paramètres sont totalement différents.

Prévalence des facteurs de risque associés dans notre échantillon par rapport à la

population totale

Les facteurs de risque les plus courants associés de manière significative à la victimisation nécessitaient des soins (dans l'analyse multivariée), Besoin de soutien, de démence et d'antécédents de violence positifs (Uniquement dans l'analyse univariée). Des études antérieures concernant ces facteurs de risque dans la population totale montrent des fréquences plus faibles pour les trois premiers facteurs de risque: le besoin de soins était signalé pour 10%, besoin de soutien pour 33% et la démence Dans la même zone urbaine (ville de Zurich) À 10%. Des données sur l'histoire positive de la violence dans une grande étude européenne était supérieure à nos taux: durée de vie de la prévalence de la violence (sauf la négligence) était entre 71% et 76%, la prévalence de la violence au cours de l'année précédente a été signalée dans environ 30%. Nous supposons que cette différence est due à la conception de l'étude.

Dans notre analyse rétrospective, il n'a pas été possible de contacter les victimes et se renseigner activement sur ce facteur de risque, ce qui n'était souvent pas lié au problème ou à la cause réelle pour laquelle la personne avait contacté l'autorité indépendante des plaintes pour la vieillesse.

En ce qui concerne les facteurs de risque liés aux auteurs, la surcharge, la cohabitation avec la victime et la dépendance sur la victime ont été signalés le plus souvent dans notre étude. En Suisse, la cohabitation d'une personne plus jeune et d'une personne de plus de 65 ans a déjà été signalée dans 1,4% [17], qui est plus faible que dans notre échantillon (33%). Pour les deux autres facteurs de risque, données insuffisantes pour la population totale existent pour faire des comparaisons avec notre étude.

Abus de l'aîné versus négligence envers les aînés

La cohabitation était significativement plus

fréquente en cas d'abus que la négligence dans l'analyse à la fois uni variée et multivariée. En comparant différents types d'abus, il y avait une plus grande proportion d'auteurs de mauvais traitements physiques car beaucoup moins de violence psychologique ont vécu avec la victime, par rapport à la situation financière et anticonstitutionnelle. Dans la moitié des cas, l'auteur était le partenaire ou conjoint ; dans l'autre moitié c'était une autre personne, Principalement le fils, la fille ou un autre membre de la famille. Les résultats sont conformes aux études disponibles sur la maltraitance des personnes âgées des États-Unis. Les résidents des homes étaient beaucoup moins susceptibles de souffrir d'abus que de négligence par rapport aux personnes vivant à la maison. Tout d'abord, un biais de déclaration doit être pris en considération (un type faible de négligence pourrait être signalé plutôt que d'abus).

Deuxièmement, comme nous l'avons déjà mentionné, cela pourrait être dû à la réciprocité de tout contrôle auprès des soignants professionnels ou des contrôles externes par un membre de la famille. Cette vérification est souvent absente dans l'environnement domestique. Dans les régions où existe déjà des médiateurs au niveau des institutions, ces cas n'est signalé et reste inaperçu. Par conséquent, il est important d'établir un établissement non seulement au niveau des institutions (Par exemple les maisons de soins infirmiers, les hôpitaux), mais aussi pour les personnes vivant dans leurs propres maisons, comme les plaintes indépendantes à l'autorité pour la vieillesse.

- Oui les limites de l'étude sont définies : L'étude comporte plusieurs limites. D'abord, l'échantillon de l'étude est petit ($n = 150$).

Deuxièmement, il n'a enquêté que sur les cas signalés par les victimes ou leurs procurations. Seules les personnes qui savent que cette institution privée peut y répondre. En outre, un

	<p>biais de rapport doit être pris en compte. Troisième, la conception rétrospective limite notre capacité à demander aux victimes explicitement sur les facteurs de risque associés, donc aucune connexion peut être établie. Cela signifie que les notes de cas ne reposaient pas sur un questionnaire normalisé, mais plutôt sur des informations documentées par hasard.</p> <p>Quatrièmement, le classement n'a été fait que par le premier auteur, vérifié par un autre (AW) sur quelques fichiers choisis incidemment. La force de notre étude est la classification des différents types d'abus de personnes âgées de manière systématique.</p> <p>Dans notre échantillon, les principaux facteurs de risque associés, étaient surreprésentés par rapport à la population totale. En outre, en contraste avec d'autres études, à l'exclusion des personnes handicapées et ceux qui vivent dans des maisons des homes, nous avons également recueilli des données sur l'abus des personnes âgées avec ces deux risques associés facteurs.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>-Oui l'auteur amène des recommandations pour la pratique et amène à une conclusion :</p> <p>Identifier ces facteurs de risque dans une dizaine d'auteurs et une attention particulière et une confiance sont nécessaires. Les cliniciens qui connaissent souvent les détails les plus intimes des vies des patients devraient être conscients de ces facteurs de risque pour prévenir et identifier les cas de mauvais traitements ou de négligence envers les aînés. Les résultats de notre étude soulignent l'importance d'établir une stratégie à multiples facettes à différents niveaux (non seulement clinicien et d'autres professionnels de la santé et institutions, mais aussi les ressources communautaires et les décideurs soignants non professionnels) pour identifier et prévenir les aînés abusés. Surtout les médecins de famille et ceux qui fournissent services pour le soutien et les soins aux personnes âgées vivant dans des appartements privés ou des maisons devraient</p>

	<p>régulièrement demander aux membres de la famille sur leur charge de soins et leur adresse les possibilités d'abaisser le fardeau par un ou plusieurs prestations de service. Cela devrait être fait avec encore une plus grande accentuation si plusieurs autres facteurs de risque sont présents en particulier l'isolement social, la démence, la dépendance ou toute autre maladie psychiatrique.</p>
--	---

Grille de Fortin n°15

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	La maltraitance de l'équipe soignante envers les personnes âgées dans des établissements médico – sociaux : Explorer les dynamiques
Résumé	<p>Oui, le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode et discussion, sauf les résultats.</p> <p>But :</p> <p>Cette étude explore les dynamiques qui existent dans les EMS concernant la maltraitance envers les personnes âgées.</p> <p>Cette recherche présente des résultats sur la théorie fondée sur la réponse des professionnels d'EMS à des résidents agressifs sans conséquences pour eux – mêmes ou pour le résident qu'ils ont pris en charge.</p> <p>L'interaction interculturelle symbolique fournit le cadre théorique de cette étude.</p> <p>Méthode :</p> <p>L'approche fondée sur la théorie a été utilisée pour analyser les données qui comprenaient des entretiens avec le personnel soignant des EMS et avec des enquêteurs sur les abus.</p> <p>Discussion :</p> <p>Des enquêtes supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la compréhension de la dynamique des abus des résidents par le personnel institutionnel et pour développer les programmes de prévention et d'intervention.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Oui, le problème/phénomène à l'étude est clairement formulé et circonscrit :</p> <p>Les personnes âgées qui résident dans les institutions de soins sont à risque d'être victimes d'actes de violence et de négligence.</p> <p>Malgré les recherches concernant la maltraitance effectuées au cours des 20 dernières années, il existe un manque de connaissances concernant</p>

	<p>les abus envers les personnes âgées, en particulier ceux qui résident dans des EMS. Cette recherche étudie les dynamiques et les problèmes qui existent au sein des EMS et qui sont en lien avec les abus envers les personnes âgées.</p> <p>Oui, le problème/phénomène est pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Oui, une recension a été entreprise :</p> <p>Les facteurs de risques qui contribuent à la vulnérabilité des personnes âgées institutionnalisées et à la maltraitance et à la négligence comprennent la dépendance physique, les maladies chroniques et le manque d'expériences et de connaissances de la part des aidants (Aravanis et al. 1992).</p> <p>Une recherche a été effectuée et celle – ci comprenait des plaintes d'abus et de négligence reçues par les programmes de « Long – Term Care Ombudsman ». Cette recherche montre qu'il existe des lacunes concernant la qualité des soins dans les EMS. Parmi les plaintes, l'abus le plus commun est la violation des droits des résidents qui ne sont pas respectés avec dignité (Paton, Huber, & Netting, 1994).</p> <p>Bien que l'incidence et la prévalence de l'abus dans les EMS ne soient pas connues, la violence dans un EMS n'est pas rare (Pillemer & Hudson, 1993 ; Pillemer & Moore, 1989).</p> <p>Dans une étude antérieure, un sondage téléphonique a été effectué auprès de 577 aides – soignantes et infirmières. 10% ont admis avoir commis de la maltraitance physique et 36% ont été témoins, au moins une fois, de maltraitance (Pillemer & Moore, 1989).</p> <p>Les programmes de prévention proposés par le sondage montrent que les aides – soignantes maltraitent les résidents de la manière suivante : cris, insultes, coups, moyens de contention, bousculades, claques, avec un objet, etc. (Pillemer & Moore, 1989). Le personnel soignant,</p>

qui entrent fréquemment en conflits avec les résidents, qui considèrent que les résidents sont comme des enfants, qui ressentent fréquemment l'envie de démissionner ou qui font un burnout, augmente les risques de maltraitance physique et psychologique envers les personnes âgées (Pillemer & Moore, 1989). Des problèmes dans la vie personnelle des professionnels augmentent le risque de maltraitance psychologique (Pillemer & Moore, 1989).

La maltraitance de la part des soignants envers la personne âgée est multifactorielle. Le comportement agressif des résidents envers les soignants peut être un facteur de risque de maltraitance envers les personnes âgées. Newbern (1987) pense que les résidents agressifs sont 4x plus susceptibles d'être maltraités que les résidents non – agressifs. Pillemer et Bachman – Prehn (1991) pense que la maltraitance envers les résidents est causée par les conditions de travail stressantes et par le burnout. Dans la même étude, les auteurs pensent que les plus grands facteurs de maltraitance physique sont les résidents agressifs, le conflit entre l'équipe soignante et le résident et le burnout des professionnels.

La prise en charge de résidents agressifs ou agités et la routine sont des facteurs de risque de maltraitance physique et psychologique (Adler, 1991) ; Foner, 1994 ; Lusk, 1992 ; Shaw, 1997). Les soignants qui ont subis des agressions telles que les coups de poing, coups de pieds, griffures, morsures, etc. sont susceptibles d'être maltraitants. (Shaw, 1997). L'équipe soignante a pour mission de prodiguer des soins à des résidents agressifs, ce qui n'est pas facile compte tenu de la réalité des agressions des résidents envers le personnel et de la quantité des soins à faire aux résidents. Ils doivent également gérer des résidents difficiles tout en respectant leurs droits (Wilner, 1994).

- Oui, la recension fournit une synthèse de

	<p>l'état de la question par rapport au problème de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, la recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude. L'auteur présente l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude - Oui, la recension présente des sources primaires
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, les concepts clés sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel : <p>L'interactionnisme symbolique fournit le cadre théorique de cette étude. L'interactionnisme symbolique se réfère à des interactions sociales distinctes entre les personnes dans lesquelles elles interprètent ou définissent les actions de l'autre en fonction de la signification qu'elles attachent à ces actions (Blumer, 1969). Le moi et le monde sont socialement construits et en constante évolution par le processus d'interaction social, de sorte que les individus et leurs actions ne peuvent être compris dans leur contexte social (Hutchinson, 1993).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence - Oui, le cadre de référence est lié au but de l'étude
Buts et question de recherche	<p>Oui, le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise :</p> <p>Cet article présente les résultats d'une étude théorique pour explorer les réponses de l'équipe soignante face à l'agressivité et aux actes de violences des résidents.</p> <p>Les facteurs sociaux influençant la prise en charge des résidents agressifs sont discutés dans cette étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont clairement énoncées - Oui, les questions de recherche ou les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent

	<p>logiquement du but</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non, les variables ne reflètent pas les concepts précisés dans le cadre de recherche - Non, les questions ne s'appuient pas sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique
METHODE	
Population et échantillon	Oui, la population visée est définie de façon précise, cependant, l'article ne comporte pas d'échantillon car les auteurs se sont inspirés d'une étude théorique.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> - Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants ne sont pas précisés - L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants : ce point n'est pas précisé
Devis de recherche	<p>La conception de la recherche est explicative et descriptive et s'appuie sur des méthodes d'analyse théorique.</p> <p>Les chercheurs de la théorie utilisent des méthodes systématiquement appliquées pour générer des concepts et des relations conceptuelles qui expliquent et interprètent la variation du comportement le plus souvent lié au traitement d'un problème pour les participants à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses - Non, le choix du devis ne permet pas de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-

	<p>Neutralité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, la méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé
Modes de collectes de données	<p>Oui, les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables :</p> <p>Les données ont été recueillies en utilisant des techniques d'échantillonnage théoriques (Glaser & Strauss, 1967).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non, les questions de recherche n'ont pas été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées - Non, l'auteur n'indique pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude - Non, la procédure expérimentale n'est pas cohérente avec les outils mesurés
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Non, le processus de collecte des données/enregistrement n'est pas décrit clairement
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> - Non, les méthodes d'analyse ne sont pas décrites - Non, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas pris en considération dans les analyses - Oui, le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Oui, les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux :</p> <p>La figure n°1 représente le modèle théorique et identifie les composantes du modèle qui font l'objet de cet article. La dimension « développement de l'immunité » comprend les bases psychosociales qui émergent de l'analyse de données et explique comment la majorité de l'équipe soignante font pour résoudre les problèmes psychosociaux lorsque les résidents sont maltraitants.</p> <p>Le « développement de l'immunité » est un processus psychosocial qui permet aux</p>

	<p>professionnels de se protéger des abus de la part de résidents et qui leur permet de résister/éviter des actes maltraitants envers les personnes âgées. C'est un ensemble d'auto – protection qui permet aux professionnels de continuer à travailler dans un EMS (Shaw, 1997).</p> <p>Oui, les thèmes ou les modèles sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène</p> <p>Oui, les résultats sont résumés par un texte narratif :</p> <p>Les 3 dimensions du développement de l'immunité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'équipe soignante qui développe et soutienne l'immunité : <p>Les professionnels progressent, par phase, une socialisation, développent une idéologie de la maltraitance et deviennent proactif. Il existe 2 conditions pour développer l'immunité : un emploi favorable et des valeurs de caring (figure n°1 ; Shaw, 1997)</p> <p>De nombreux facteurs structurels sociaux influencent sur la capacité des membres du personnel de soutenir l'immunité contre la maltraitance. Ceux-ci sont : les expériences de vie, la satisfaction au travail, les contraintes financières, la fatigue, la toxicomanie et les problèmes domestiques. Les membres du personnel de la maison de soins infirmiers qui développent et soutiennent l'immunité ont tendance à se sentir bien au niveau des résultats de leur travail, à réaliser leur valeur en tant qu'êtres humains, à maintenir la résilience et la patience et se donner à d'autres. Les antécédents des membres du personnel et la vie familiale actuelle influent sur leur capacité à soutenir l'immunité. L'histoire des expériences positives avec les personnes âgées et la prise en charge de valeurs familiales telles que le respect et le respect des autres contribuent à la capacité des membres du personnel à subvenir à l'immunité.</p>
--	--

	<p>2. Les membres du personnel infirmier qui développent et perdent leur immunité :</p> <p>L'immunité contre la maltraitance des résidents des maisons de soins infirmiers peut être perdue lorsque la résistance des membres du personnel est considérablement compromise. Il en résulte une incapacité de continuer à travailler dans la maison de soins infirmiers, des conséquences émotionnelles négatives pour les membres du personnel et / ou des abus et des négligences des résidents de maisons de retraite. La perte de l'immunité survient souvent dans des situations où le personnel, incapable de contrôler ses impulsions, réagit négativement et sans penser à des situations avec des résidents agressifs. Les demandes permanentes au travail et à la maison érodent progressivement la résistance des membres du personnel au comportement agressif du résident.</p> <p>Le personnel qui a perdu l'immunité n'a pas été en mesure de séparer adéquatement les émotions liées au travail et à la maison, et, contrairement au personnel qui a maintenu l'immunité, ne pouvait « quitter le travail et les problèmes à la maison ». Une aide-soignante a décrit son point de vue sur le personnel qui perd l'immunité et sa stratégie de temporisation pour faire face à la colère. Ce pourrait être leur vie personnelle, quelque chose qu'ils ont apportée à la maison. Ils n'ont pas eu le temps de mettre leurs pensées à l'écart et ils sortent le premier. Donc, il suffit de laisser le travail au travail et de le laisser à la maison. Certaines personnes ne peuvent pas faire cela. Il arrive parfois que vous ne pouvez pas le faire, mais c'est trop lourd et vous devez prendre du temps pour vous. Ne venez pas au travail parce que vous allez l'emporter sur le résident si vous vous sentez comme ça. Donc, il vaut mieux que vous restiez à vous-même et que vous vous occupiez de ce problème avec la personne avec qui vous êtes en colère.</p> <p>3. Les membres du personnel infirmier qui ne développent pas d'immunité :</p>
--	--

Certains membres du personnel infirmier ne développent pas d'immunité et sont abusés par des résidents des maisons de soins infirmiers. Ils peuvent mettre fin à leur emploi parce qu'ils sont maltraités par les résidents ; Cependant, beaucoup partent en raison de la charge de travail ou parce qu'ils ne peuvent pas traiter des personnes malades. Un aide-soignant a parlé d'un aide-soignant qui a quitté le travail et a déclaré que la charge de travail le surprend beaucoup.

Dans une étude sur les 245 aides-soignants canadiens : la charge de travail plutôt que les problèmes de comportement des résidents de maison de soins infirmiers ou le niveau de déficience cognitive était le prédicteur majeur du fardeau. Les symptômes de charge ont diminué pour les aides- soignants, car la charge de travail a diminué. Les membres du personnel de la maison de soins infirmiers ne développent pas l'immunité contre les abus commis par les soignants des maisons de soins infirmiers et quittent leur emploi parce qu'ils craignent de maltraiter ou d'avoir abusé des résidents. Un aide- soignant a parlé d'aide- soignant qui ne sont pas immunisés contre les abus commis contre les résidents des maisons de soins infirmiers et quittent leur emploi. Certains d'entre eux ne peuvent pas le gérer ... alors, peut-être avant qu'ils ne les reprennent, c'est la cause de leur départ. Une autre aide- soignante a indiqué que certains quittent l'emploi parce qu'ils ont déjà abusé d'un résident et savaient qu'il était faux de le faire ou, c'est travailler sur un foyer de soins infirmiers en dépit de ne jamais développer l'immunité contre les comportements abusifs des résidents de maisons de soins infirmiers. Ces employés risquent d'abuser et de négliger les résidents.

Types de personnel abusif :

Lorsque l'immunité contre l'abus de résidents de maisons de soins infirmiers est perdue, l'abus de résidents est susceptible de se produire. L'analyse des données a identifié deux principaux types de

personnel maltraitant de la maison de soins infirmiers, ceux qui réagissent à la situation immédiate ou les toxicomanes réactifs et ceux qui abusent systématiquement ou intentionnellement ou abusent sadiquement. Un enquêteur sur les abus l'a déclaré de cette façon : Soit vous avez la froideur et vous allez le faire simplement parce que c'est votre nature ou si vous êtes une personne agréable et que vous essayez de faire le meilleur possible, vous serez juste stressé.

Les agresseurs sadiques :

Les administrateurs de maisons de soins infirmiers ont de la chance lorsque les membres du personnel qui ne développent pas d'immunité mettent fin à leur emploi. Les pires employés qui ne développent pas l'immunité mettent fin à leur emploi. Les pires employés de la maison de soins infirmiers sont des agresseurs sadiques qui abusent méthodiquement et à maintes reprises des résidents. Ces personnes sont incapables de développer l'immunité, de nier ou de blâmer les autres pour leurs comportements abusifs et de ne pas ressentir de remords. Des enquêteurs d'abus ont dénoncé l'abus sadique :

Beaucoup de comportements sont le comportement typique que vous pouvez attendre d'un auteur, en blâmant tout le monde, sauf eux-mêmes. Je me souviens d'une femme qui me disait, oh, j'ai été tellement belle. La façon dont elle a abusé physiquement des gens était plus effrayante que ce que j'ai habituellement rencontré dans mes enquêtes sur l'abus de maison de soins infirmiers. La femme (résident de la maison de soins infirmiers) souffrait de MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique). Elle tenait un oreiller sur la tête. Une autre femme, lui a lavé ses organes génitaux et a ensuite tenté de coller le chiffon dans sa gorge. Une autre, elle l'a tenu sous un tuyau avec une buse ... quand elle supposait se laver les cheveux, en essayant de la noyer. Un médecin à la retraite, l'a réveillée en le frappant dans les côtes. On lui tirait les cheveux, frappant avec une brosse à cheveux, mais surtout les coups de poing au thorax et à l'abdomen, au

	<p>visage, ces choses étaient dures. Cela et l'étouffement, surtout chez quelqu'un qui ne peut pas respirer.</p> <p>Cet enquêteur a mis en évidence les problèmes vus chez les agresseurs sadiques, en particulier l'abus de substances et les situations familiales dysfonctionnelles : elle avait des relations avec la cocaïne crack ... Il y avait des drogues, du trafic et de la consommation de drogues, une famille d'utilisateurs de drogues, mais pas d'antécédents de troubles de la personnalité ... Vous constaterez que les gens qui travaillent ne suivent souvent pas de traitement ou de gestion de la colère ... (intervieweur : avait-elle été victime de quelqu'un d'autre, une colère, disait-elle, était maltraitée quand elle était enfant ou Victime de violence familiale ?) Je ne doute pas. Il aurait pu décrocher son degré d'hostilité. Si vous grandissez dans un environnement médiocre amélioré où la famille a été impliquée dans beaucoup de problèmes avec la loi ... bien sûr, elle aurait pu être une victime des maux sociaux habituels, le viol, l'inceste. Elle a déclaré que cette affaire était différente des autres cas de violence en raison du grand nombre de victimes de races et des deux sexes ; Parce que ce sont des incidents répétés qui étaient clairement sadiques ... D'autres choses auraient été plus épisodiques. Les toxicomanes réactifs : l'immunité à abuser les résidents des maisons de soins infirmiers peut grande lorsque la résistance des membres du personnel est considérablement compromise. Dans les situations avec des résidents agressifs, les agresseurs réactifs, incapables de contrôler leurs impulsions, perdent l'immunité de manière inquiétante et sans réfléchir. Ils réagissent négativement au résident avec des réactions impulsives, presque instinctives, souvent liées à l'invasion de leur espace corporel personnel. Ces réactions représentent une perte d'immunité et entraînent des abus de résidents. La dynamique sous-jacente à l'abus est clairement différente pour les toxicomanes réactifs et les agresseurs sadiques. Un enquêteur sur les abus a commenté ces</p>
--	--

différences en décrivant un agresseur réactif qui a étouffé un résident agressif en réponse à l'invasion de l'espace corporel et un agresseur sadique qui a intentionnellement retenu pour étouffer un résident avec un oreiller :

Frappant, pliant les doigts jusqu'à la rupture, ces choses sont sadiques Je vois étouffer avec l'oreiller comme sadique ... La raison de cela a à voir avec la volonté. Ceci pour moi est inadapté et c'est un mauvais contrôle des impulsions et un mauvais jugement. C'est une véritable différenciation ... bien pire et plus sévère, la femme qui ... tiendrait l'oreiller sur la tête du résident, qui avait fait cela à deux reprises, aurait su par avance qu'elle allait faire cela. Une question de contrôle des impulsions ... cette question de l'espace corporel à nouveau.

L'abus des résidents résultant d'une perte soudaine d'immuabilité est plus fréquent que l'abus sadique du personnel de la maison de soins infirmiers. Un enquêteur sur les abus a déclaré : Je pense, beaucoup plus fréquent est probablement fait, le résident qui est difficile à gérer, est frustré, exigeant ... La personne peut l'entendre plusieurs fois, puis réagir et réagir. Cela semble être plus fréquent. De nombreux facteurs influent sur la capacité des membres du personnel de soutenir l'immunité. Ces facteurs méritent notre attention car leur compréhension peut conduire à des stratégies visant à prévenir l'abus des résidents des maisons de soins infirmiers.

Les multiples facteurs de stress et autres influences négatives pour l'immunité :

L'équipe soignante a l'habitude d'être confronté à de multiples facteurs de stress dans les EMS et également dans leur vie personnelle. L'abus auprès des personnes âgées est augmenté par l'épuisement physique de l'équipe soignante mais également par l'épuisement émotionnel causé par les problèmes au travail et à la maison. L'abus de substance et les antécédents de violence domestique sont également des facteurs qui

	<p>augmentent le risque d'abus.</p> <p>Les perceptions des administrateurs des EMS tiennent compte des résultats de l'étude de Bowers et Becker (1992) qui ont reportés que les aides – soignantes, qui sont économiquement instables, procurent des soins médiocres.</p> <p>Le salaire bas, le taux d'absentéisme, les circonstances personnelles, l'abus de substances, etc. influencent les habilités de l'équipe soignante à soigner les résidents et à maintenir l'immunité.</p> <p>Un expert en maltraitance décrit de multiples facteurs internes et externes de stress qui contribuent à la perte de l'immunité et soutiennent que toute personne est capable d'être maltraitant.</p> <p>Les stress personnels et le style de vie peuvent contribuer à l'abus verbal auprès des résidents.</p> <p>Les circonstances et les facteurs institutionnels affectent l'habilité de l'équipe soignante à maintenir l'immunité contre les actes de maltraitements envers les résidents. Par exemple, dans un home qui est sensible aux besoins des soignantes, cela favorise l'idéalisme, renforce l'estime de soi, valorise leurs rôles et favorise l'esprit d'équipe ou de famille. Cela évoque de la loyauté et du dévouement qui amène les soignantes à s'attacher aux résidents et à faire plus pour eux.</p> <p>L'abus de substance par l'équipe soignante est un risque de maltraitance car l'alcool ou les drogues diminuent le contrôle des impulsions et favorisent les actes agressifs.</p> <p>Les soignants qui ont vécu de la violence domestique sont plus susceptibles d'être maltraitant envers les personnes âgées. Les personnes, qui ont été victimes d'abus dans leur passé, sont très sensibles à l'invasion de l'espace personnel (physique) donc elles tendent à réagir de manière physiquement violente.</p> <p>Le fait d'avoir été victime d'abus peut altérer les perceptions des bons ou mauvais</p>
--	--

	<p>comportements. Avoir vécu dans la violence peut désensibiliser les personnes à reconnaître des actes violents envers les autres.</p> <p>Le manque de rémunération et d'appréciation peut être des facteurs de risques de maltraitances. Le manque de revenu pousse les soignants à avoir plusieurs jobs, ce qui provoque un épuisement physique. Dans une étude concernant les causes de violence au travail (Olson, 1994) montre que l'inégalité salariale génère un sentiment d'hostilité, d'injustice et d'agressivité.</p> <p>L'équipe soignante pense que si la direction améliore les conditions de travail, cela aidera à gérer les difficultés auprès des résidents.</p> <p>L'équipe soignante, en particulier les aides-soignantes, ne se sentent pas reconnus dans leurs rôles. Les aides pensent qu'elles font des contributions significatives auprès des résidents et pensent qu'elles ont les connaissances pour améliorer la qualité des soins. Elles souhaitent le respect par rapport à leurs connaissances sur les résidents et souhaitent une communication adéquate avec les administrateurs et l'équipe soignante. Une bonne communication au sein de l'équipe ainsi que les connaissances concernant les résidents peuvent développer et maintenir l'immunité.</p> <p>La négligence auprès des résidents a de multiples origines mais celles-ci sont similaires à la maltraitance.</p> <p>En conclusion, développer l'immunité est un processus de protection contre les impacts d'abus des résidents qui permet à l'équipe soignante de résister à la violence. L'immunité se perd lorsque l'équipe soignante est compromise à divers facteurs de stress. Comme cité ci – dessus, les antécédents de violence, le manque de rémunération, l'épuisement physique et émotionnel, les abus de substances, etc. influencent l'habilité de développer et de maintenir l'immunité et contribuent à la</p>
--	---

	<p>maltraitance ou à la négligence.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non, l'auteur n'a pas fait évaluer les données par les participants ou par des experts
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Oui, les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses</p> <p>Cette étude fournit de nouvelles idées sur la dynamique de l'abus des résidents des EMS et illustre la nature complexe du phénomène d'abus au sein des EMS.</p> <p>Les facteurs de stress dans l'environnement se combinent avec une certaine pression au sein de l'établissement, y compris les revenus insuffisants, contribuent à la perte d'immunité des membres du personnel envers les comportements abusifs et agressifs sur les résidents qui entraînent parfois des abus des résidents par le personnel. Les aspects structurels de l'environnement des EMS contribuent au stress du personnel infirmier et des résidents. L'environnement des EMS peut être sévère et oppressant pour le personnel. Il y a également de multiples exigences sur le personnel combiné avec l'espoir qu'ils divorcent de leurs luttes personnelles quotidiennes au sein des EMS. Un nombre inadéquat de personnel contribue aux mauvais soins, à l'agression et aux abus des résidents, à la négligence du personnel et parfois aux mauvais traitements infligés aux résidents par le personnel.</p> <p>Les participants, en particulier les aides-soignants, se sont dits préoccupés par le fait qu'ils n'étaient pas respectés, appréciés, écoutés ou valorisés. Les politiques et les programmes des EMS ne fournissent pas systématiquement un soutien aux membres du personnel pour faire face aux responsabilités familiales, à la violence domestique, à la toxicomanie et aux difficultés</p>

	<p>financières.</p> <p>Les salaires typiques des aides-soignantes, les gardent dans une position défavorisée où il y a une lutte presque constante pour survivre, en particulier s'ils sont le seul soutien familial. Les salaires minimaux, le statut et le respect, ainsi que les niveaux élevés de contrôle par les administrateurs et les infirmières des EMS, ne favorisent pas l'estime de soi positive. Au lieu de cela, l'aide-soignant est souvent déshumanisé en étant perçu comme un objet remplaçable, actualisé et opprimé.</p> <p>Les chercheurs et les administrateurs des EMS doivent examiner attentivement les éléments structurels et leur relation avec le stress du personnel et les mauvais traitements des résidents. Les changements nécessitent un changement de paradigme à partir d'un modèle médical axé sur le secteur financier, où l'efficacité et la productivité sont des objectifs primordiaux, à un système qui valorise le soin et les relations humaines. Cela exige que les personnes dans l'administration des EMS modifient les aspects structurels pour créer un environnement de soins qui soutient les besoins humains du personnel et des résidents et favorise les relations humaines entre tout le niveau de personnel et entre le personnel et les résidents des EMS. Les changements structurels suggérés comprennent l'assurance d'un niveau adéquat de dotation en personnel, l'amélioration du personnel, le temps pour nouer les relations entre le personnel et les résidents et des salaires favorables afin que le personnel puisse vivre adéquatement à plein temps, ce qui favorise l'estime de soi du personnel et le respect et la compréhension pour le personnel et les besoins et responsabilités de leur famille. Ces politiques comprennent des congés de maladie et des prestations d'assurance humanitaires ; Temps de congé familial ; Appuyer les programmes visant à lutter contre le stress au travail, la violence domestique et l'abus de substances et des programmes de récompenses et de mobilité ascendante.</p>
--	--

	<p>L'éducation doit être assurée par les exigences de certification de base, en particulier en ce qui concerne les soins aux résidents. Les programmes impliquant un jeu de rôle ont réussi à réduire l'agression des résidents et l'abus des résidents par les membres du personnel. Ce type de programme est plus réaliste que les méthodes traditionnelles et peut aider à préparer le personnel afin qu'ils ne réagissent pas abusivement dans des situations similaires avec les résidents. Un participant a déclaré que le personnel des foyers de soins infirmiers avait besoin de « programmes éducatifs explicites » qui sont « rigoureux et offensants car ils offensent l'espace corporel, le rendent réel, de véritables objets corporels ».</p> <p>Ce type d'expérience apporte de l'éducation d'un point de vue conceptuel à un niveau d'expérience physique et offre un lieu pour une discussion ouverte sur les stratégies d'adaptation des participants. Le contenu éducatif de base devrait également inclure des stratégies de gestion du stress et de la colère, des techniques de relaxation et des stratégies spécifiques pour traiter avec les résidents abusifs. Les résultats de cette étude fournissent des conseils pour l'orientation pour la sélection du personnel de la sont moins susceptibles d'abuser des résidents. Les administrateurs devraient examiner attentivement le personnel potentiel en explorant, par le jeu de rôle, la discussion de cas, ou des questions directes, leurs prises en charge aux personnes âgées, la réaction des résidents abusés, l'éthique du travail, la colère et la gestion du stress et l'histoire de la toxicomanie et de la violence familiale. Les vérifications d'antécédents pour les antécédents criminels et les performances avec les employeurs précédents devraient être effectuées régulièrement par les administrateurs de la maison de soins infirmiers avant d'embaucher de nouveaux employés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas d'information si les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses - Non, les limites de l'étude ont été définies - Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats - Non, la question du caractère transférable des conclusions n'est pas mentionnée
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - L'auteur ne précise pas les conséquences de la recherche - Oui, l'auteur fait des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures : <p>La dynamique de l'abus des résidents par le personnel est un domaine majeur qui nécessite des recherches supplémentaires. Une approche fondée sur la théorie fondamentale pour découvrir la dynamique des aidants abusifs contribuerait de manière significative aux connaissances actuelles sur les mauvais traitements envers les personnes âgées dans les établissements. Cette étude délimite clairement deux types d'agresseurs institutionnels, l'agresseur réactif et l'agresseur sadique. Des informations plus approfondies sont nécessaires. La littérature quantitative actuelle offre un aperçu des abus institutionnels des aînés. Une recherche qualitative supplémentaire offrirait une vision conceptuelle plus large de l'abus institutionnel et constituerait les fondements d'autres études quantitatives.</p> <p>Enfin, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les complexités de l'abus des résidents et la dynamique impliquant des agresseurs sadiques et réactifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données sont plus ou moins suffisamment riches pour appuyer les conclusions

Appendice E - questionnaire : entretiens professionnels

1. *Que signifie pour vous la maltraitance (accent sur la maltraitance psychologique) ?*

2. *De par votre carrière, avez-vous vu une évolution, un changement pour ce concept (au niveau de la sensibilité, dans les traitements) ?*

3. *Maintenant, êtes-vous plus attentive à cette notion ? Si oui, pourquoi ?*

4. *Un projet est-il envisagé ou instauré pour l'EMS où vous exercer pour contrôler et contrer ce phénomène de maltraitance ?*

5. *Remarquez-vous une différence d'attitude au niveau de la prise en charge entre une personne capable de discernement et une personne incapable de discernement ?*

6. *Quels signes précurseurs de maltraitance vous alertent ? Comment réagissez-vous ? (procédure, etc.)*

7. *Avez-vous un exemple pratique ?*

8. *Connaissez-vous le label SONATE ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Si non, avez-vous mis en place des stratégies si rapprochant ?*

9. *Selon vous quels sont les grands facteurs de risque de la maltraitance ?*

10. *Qu'est-ce que c'est la commission d'éthique de l'association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées ANEMPA (sa mission) ?*

11. *Quelles ont été vos motivations pour l'adhésion à cette commission ?*

12. Comment faites-vous pour diffuser les réflexions ou faire appliquer les recommandations de la commission d'éthique au sein des institutions ANEMPA ?

13. PREMALPA – en quoi consiste la formation, quel est le titre et sa visée, où se déroule la formation, faut-il renouveler le titre (réactualisation des connaissances), un prérequis est-il demandé, depuis quand existe la formation, est-ce une obligation, depuis l'instauration de cette spécialisation des changements ont-ils été observés, mesurés, quels sont les points positifs / négatifs de cette formation ?
