

***La maltraitance envers les personnes âgées en
établissement médico-social (EMS) :
Identification des facteurs de risque et des moyens de prévention***

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par

Benita Bytyqi

Promotion 2007-2011

Sous la direction de : Aurélie Klingshirn

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

Cette revue de littérature étoffée porte sur l'identification des facteurs de risque et des moyens de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS). Elle débute par une recherche documentaire détaillée. La recherche de références est menée essentiellement sur la banque de données PubMed. Onze articles sont trouvés. Puis, afin de mieux appréhender le sujet, les concepts-clés utilisés pour cette recherche tels que la maltraitance, la déontologie infirmière et les principes éthiques sont définis. Suite à l'élaboration de la problématique et dans une perspective d'accompagnement infirmier, les objectifs sont explicités. Il s'agit de répertorier les différentes pistes d'actions nécessaires et pertinentes, dans ce type de situation. L'analyse de onze articles scientifiques et la synthèse des résultats mettent ensuite les interventions infirmières en évidence. Durant le travail, la méthodologie utilisée pour l'élaboration de l'étude est également explicitée. Pour conclure, quelques recommandations pour les soins infirmiers sont exposées, ainsi que l'évaluation des points faibles et des points forts de ce travail.

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire Madame Aurélie Klingshirn, pour m'avoir suivie pendant l'élaboration de ce travail, ainsi que pour sa disponibilité, ses corrections, ses conseils et ses encouragements qui me furent très utiles.

Je tiens également à remercier Sylvie Valin qui a consacré du temps à relire et corriger l'orthographe et la syntaxe de mon travail.

Je remercie aussi mon mari et ma famille, qui ont su me motiver et m'encourager durant chaque étape de la réalisation de ce Bachelor Thesis.

Table des matières

1.	Introduction	6
2.	Problématique	7
3.	Cadres de référence	11
3.1.	La maltraitance	11
3.2.	La déontologie infirmière	14
3.3.	L'éthique	15
3.3.1.	Les principes éthiques pour les soins infirmiers	15
✗	Le principe d'autonomie	16
✗	Le principe de bienfaisance	17
✗	Le principe de non-malfaisance	18
✗	Le principe de justice	19
4.	Méthodologie	20
4.1.	Argumentation de l'adéquation du devis	20
4.2.	Etapas de la réalisation de la revue étoffée de littérature	20
4.3.	Mots-clés/Termes utilisés	21
4.4.	Critères d'inclusion	22
4.5.	Critères d'exclusion	22
4.6.	Résultats des stratégies de recherche	23
4.6.1.	Stratégies 1	23
4.6.2.	Stratégies 2	23
4.6.3.	Stratégies 3	23
4.6.4.	Stratégies 4	24
4.6.5.	Stratégies 5	24
4.6.6.	Stratégies 6	24
4.6.7.	Stratégies 7	25
4.6.8.	Stratégies 8	25
5.	Résultats	26
5.1.	Les facteurs de risque de la maltraitance	27
5.1.1.	Les facteurs en lien avec les professionnels	27
✗	Epuisement professionnel (burnout) et stress	27
✗	Connaissances inadéquates dans le domaine des soins gériatriques	29
✗	Problèmes personnels du soignant	30
✗	Omissions de déclaration des cas	30
5.1.2.	Les facteurs en lien avec l'institution	31
✗	Pénurie de personnel	31
✗	Difficultés rencontrées au niveau des relations internes aux équipes	31
✗	Difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution	32
✗	Difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur	33
✗	Règlement de l'institution	33
5.1.3.	Les facteurs en lien avec les résidents	34
✗	Démence	34

	×	Dépendance	34
	×	Isolement social	35
	×	Omissions de déclaration des cas	35
5.1.4.		Les facteurs en lien avec la société	36
	×	Définition de la maltraitance	36
	×	Faible estime des personnes âgées	36
5.2.		Les moyens de prévention de la maltraitance	37
5.2.1.		La prévention sur les facteurs en lien avec les professionnels	37
	×	Gestion du stress	37
	×	Formation	39
	×	Dépistage, contrôle et supervision	40
	×	Information sur les procédures de signalement	40
5.2.2.		La prévention sur les facteurs en lien avec l'institution	41
	×	Meilleure fonctionnement de l'institution	41
	×	Résolution des problèmes centrés sur les relations internes à l'équipe ; sur les relations de l'équipe avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution ; sur les relations de l'équipe avec l'extérieur	42
	×	Opter pour une meilleure relation soignant-soigné puis négocier les soins avec le résidant	43
5.2.3.		La prévention sur les facteurs en lien avec les résidants	43
	×	Gérer les situations difficiles	43
	×	Soutien social	45
	×	Information sur les droits et les procédures de signalement	45
5.2.4.		La prévention sur les facteurs en lien avec la société	46
	×	Mieux connaître le problème et développer l'estime des personnes âgées	46
6.		Discussion	47
6.1.		La discussion de la qualité des études recensées	47
6.2.		La discussion des résultats	48
6.3.		Les perspectives pour la pratique	56
7.		Conclusion	59
8.		Bibliographie	61
8.1.		Ouvrages	61
8.2.		Polycopiés	61
8.3.		Articles	62
8.4.		Mémoires	62
8.5.		Recherches	62
8.6.		Brochures	63
8.7.		Sites internet	64
8.8.		Document audio-visuel	64
9.		Annexes	65
9.1.		Annexe A : Déclaration d'authenticité	65
9.2.		Annexe B : Grille d'évaluation des facteurs de risque de maltraitance	66
9.3.		Annexe C : Grilles d'analyse des recherches	67

1. Introduction

Dans le cadre de ce travail, une revue de littérature étoffée est choisie afin de répertorier les facteurs de risque et les moyens de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées en établissement médico-social (EMS).

Actuellement avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population, de plus en plus de personnes doivent être placées en institution. Ces personnes sont généralement dépendantes et le placement en institution est la dernière solution. Les personnes âgées vivant en EMS sont souvent dépendantes pour les activités de la vie quotidienne et peuvent également souffrir de déficits physiques et psychiques qui les rendent plus vulnérables à la maltraitance.

Cet écrit débute par l'élaboration de la problématique. Nous posons ensuite notre questionnement et les objectifs s'y rapportant. Puis suit la présentation de quelques concepts-clés, tels que la maltraitance, la déontologie infirmière et les principes éthiques. Ensuite la méthodologie et les résultats de la revue de littérature sont présentés et discutés. Au terme de ce travail, quelques recommandations pour les soins infirmiers sont exposées et pour conclure une mise en évidence des points forts et des points faibles présentés sous forme d'évaluation.

2. Problématique

Selon Alter Ego (2002), la maltraitance envers les personnes âgées est une relation dysfonctionnelle entre des personnes. Elle a été définie comme « un ensemble d'actes – comportements et attitudes – commis ou omis, envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. La maltraitance engendre un tort ou une blessure. Elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne ». Alter Ego (2002), met en évidence les différents types de maltraitance : les abus financiers et matériels, les abus physiques et sexuels, les abus psychologiques et moraux, la négligence et la violation des droits.

Selon les prévisions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002), la maltraitance des personnes âgées inquiète car dans les prochaines décennies, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, le nombre des personnes âgées va considérablement croître dans la population. Dans le monde, les personnes âgées (60 ans et plus) devraient atteindre 1,2 milliard d'ici 2025, ce qui double cette population en l'espace de 30 ans. En Suisse, comme dans tous les pays industrialisés, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ne fait que d'augmenter. Selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS, 2009), au cours du 20^{ème} siècle, la population des personnes âgées (plus de 64 ans) a progressé de 5,8% à 16,8%. Ces chiffres sont constamment en augmentation et devrait passer de 16,8% (2009) à environ 28,3% en 2060. Ceci montre que la population suisse devient de plus en plus âgée. Ce phénomène, connu sous le nom de vieillissement démographique est en partie dû à l'allongement de l'espérance de vie et surtout du recul de la fécondité. Les statistiques citées ci-dessus démontrent que la population devient de plus en plus âgée et que la demande pour un placement en établissement médico-social (EMS) croît proportionnellement. Cela démontre, qu'avec l'âge, la demande en soins devient plus grande et que le placement se révèle de plus en plus nécessaire. Suivant les lieux, les EMS ont une liste d'attente très importante. Par conséquent, il est difficile de rester sourd à la problématique de la maltraitance, qui, semble être en augmentation. Selon les Nations Unies (2002), entre 3 et 10 % des personnes de plus de 65 ans seraient concernées par les mauvais traitements. Alter Ego (2002) indique qu'en Suisse, 70'000 personnes âgées seraient touchées par une forme de maltraitance, selon le Professeur

Wettstein de l'Université de Zürich. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002) estime que 4% à 6% des personnes âgées dans le monde sont victimes de maltraitance – physique ou psychologique – ou d'un défaut de soins, ou sont exploitées financièrement. Puis en 2002, l'OMS a publié un rapport sur la violence et la santé dans le monde. Elle y reconnaît le besoin de mettre en œuvre une stratégie globale de prévention de la maltraitance des personnes âgées et de développer la recherche sur le sujet.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002) définit une personne âgée à partir de 60 ans, population ciblée par ce travail. En Suisse, l'âge de 64 ans a été retenu comme la retraite. En physiologie, le vieillissement est un processus qui entraîne la modification de nombreuses fonctions organiques et psychiques. Ces différentes modifications entraînent une baisse d'indépendance chez la personne âgée qui peut aller jusqu'à l'impossibilité de rester à domicile. C'est alors qu'elle entre dans les établissements pour personnes âgées, aussi appelés établissements médico-sociaux (EMS), foyers ou homes. Ces institutions ont pour mission d'accueillir des personnes âgées dont l'état de santé exige des soins infirmiers et requiert une surveillance continue et qui pallie à l'épuisement des ressources qui maintenaient jusqu'alors la personne âgée à son domicile. L'EMS devient son lieu de vie. Les différentes institutions proposent une prise en charge médico-sociale appropriée à chaque cas. Les résidents placés en institution ont perdu leur autonomie, ils sont donc dépendants pour certaines activités de la vie quotidienne.

L'analyse des facteurs favorisant la maltraitance des personnes âgées en institution a permis de constater que cette problématique est principalement liée aux facteurs en lien avec les professionnels, les résidents eux-mêmes, les éléments institutionnels et les phénomènes de société. Selon le réseau ALMA (Allô maltraitance des personnes âgées, 1995), les facteurs de risque se rapportent essentiellement au manque de communication et d'écoute (25%) entre cadres, personnels, résidents et familles ; puis au manque de personnel et absentéisme (18%), qui induisent épuisement (12%), négligences, puis maltraitances.

A travers les diverses parutions et travaux existants et sélectionnés dans le cadre de ce travail, les auteurs se sont aussi intéressés aux différents moyens de prévention, et les

décrivent de la manière suivante : la formation pour le personnel soignant sur le sujet de la maltraitance, le dépistage des antécédents du personnel à l'engagement, les informations aux résidents et leurs familles sur leurs droits et comment dénoncer des situations, la vigilance quand aux signes d'abus, les cours d'éducation à l'intention de l'identification et la gestion de la maltraitance pour le personnel soignant. Le personnel doit être informé par l'établissement qu'une dénonciation d'abus n'est pas considérée comme mauvaise au contraire, elle permet la mise en place rapide de moyens efficaces pour désamorcer une situation qui devient critique en terme de mauvais traitement. À chacun de ces moyens de prévention nous pouvons avoir une action sur l'individu (dans ce cas-ci, sur le résident, sa famille et le soignant), sur l'interaction de l'individu avec ses patients, sur l'organisation personnelle et sur l'organisation institutionnelle.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002), les conséquences de la maltraitance peuvent être particulièrement graves. Les personnes âgées sont physiquement plus faibles et plus vulnérables que des adultes plus jeunes, physiologiquement leurs os sont plus fragiles et la convalescence est plus longue pour elles. Même un traumatisme bénin peut provoquer des dommages permanents et graves. La maltraitance entraîne des souffrances ou des douleurs inutiles, la perte ou la violation de droits de l'homme et une dégradation de la qualité de vie de la personne âgée. Nous disposons de très peu d'études empiriques à ce sujet pour déterminer les conséquences de la maltraitance, même si quantité d'études cliniques et d'études de cas font état des graves troubles émotionnels relevés chez les personnes âgées maltraitées. Certaines études menées dans des pays développés indiquent que les personnes âgées maltraitées sont plus nombreuses à souffrir de dépression ou de détresse psychologique que celles qui ne le sont pas. D'autres symptômes sont cités tels que : sentiments d'impuissance, insécurité, culpabilité, honte, peur, angoisse et anxiété, déni, manifestation d'un stress post-traumatique et repli sur soi, sentiment de dévalorisation, perte d'identité et estime de soi, pouvant aller jusqu'au désir de mort. La maltraitance peut être à l'origine d'atteintes physiques : fractures, déshydratation, perte de poids, affaiblissement du système immunitaire, troubles alimentaires, malnutrition, escarres, etc. Nous notons une augmentation de la fréquentation des salles d'urgences, croissance de la mortalité liée à la maltraitance sur les personnes âgées. Ce profond mal-être provoqué par la maltraitance peut induire des comportements autodestructeurs qui peuvent mener la personne maltraitée au suicide. La maltraitance, outre les dommages causés au niveau

personnel a aussi un impact financier. Nous estimons que les coûts humains et financiers de la maltraitance des personnes âgées sont considérables. Les coûts directs de la maltraitance sont divers et variés, engendrés par les campagnes de prévention et aux interventions, les procédures pénales, les soins en établissement plus coûteux (soins aigus, réadaptation, psychiatriques...), de même que la mise en place de nouveaux programmes d'éducation et de recherche.

A la lumière de ces éléments, de nombreuses recherches ont été effectuées, démontrant que la maltraitance envers les personnes âgées existe, est effectivement d'actualité et parfois médiatisée par des reportages vu l'importance de la problématique.

Ces différentes données sur la maltraitance ont suscitées un questionnement quand aux facteurs de risque et moyens de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées en institution. De ce questionnement, la question de recherche suivante s'est posée :

Quels sont les facteurs de risque de la maltraitance auprès des personnes âgées en établissement médico-social (EMS) ? Quels sont les moyens de prévention possibles pour supprimer ou diminuer les facteurs de risque ?

Afin de répondre à cette question, les principales thématiques analysées par le biais de recherches seront les facteurs de risque de la maltraitance. De plus, dans le but d'apporter de nouvelles pistes d'actions pour la profession d'infirmière, la seconde partie de ce travail se concentrera principalement sur les moyens de prévention.

Le but de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances actuelles à ce sujet, et des recherches réalisées jusqu'à ce jour. De ce recueil de données ressortiront les facteurs de risque de la maltraitance ainsi que les moyens de prévention existants. Pour terminer, un lien entre la maltraitance et l'activité d'infirmière sera effectué pour obtenir des pistes d'actions utilisables dans la pratique et devraient viser à améliorer la prise en charge soignante.

3. Cadre de référence

Pour mieux appréhender le problème étudié, il est essentiel de définir les concepts qui se rapportent à la maltraitance des personnes âgées. Plus tard, ces concepts vont permettre de proposer des pistes d'actions pour la prévention.

3.1. La maltraitance

Afin de permettre une meilleure compréhension des enjeux de la maltraitance, une définition de celle-ci s'impose.

Selon l'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé (2002), la maltraitance des personnes âgées est « un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée ». Et selon Alter Ego (2002) : « Volontaire ou involontaire, réaction à un comportement pénible ou poursuite d'une histoire familiale conflictuelle, la maltraitance est une relation dysfonctionnelle entre des personnes qui ont toutes un rôle à jouer pour améliorer la situation. La maltraitance est un ensemble d'actes – comportements et attitudes – commis ou omis, envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. La maltraitance engendre un tort ou une blessure. Elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne ».

Ces deux définitions permettent de faire la distinction entre les différents types de maltraitance. En effet, Alter Ego (2002) les répertorie : l'abus financier et matériel correspond à exploiter ou utiliser de manière illégale ou impropre les fonds ou les ressources d'une personne âgée, l'abus physique et sexuel recouvre l'ensemble des atteintes corporelles, l'abus psychologique et moral est le fait d'infliger des torts relatifs ou psychiques, la négligence est de refuser de s'acquitter d'une obligation de soin ou ne pas s'en acquitter, et la violation des droits. Quel que soit le type de violence, elle est définie comme un abus de force ou de pouvoir, tous deux destructeurs. D'après les données statistiques de ALMA, la violence par négligence à l'égard des personnes âgées est la plus fréquente (34%), mais aussi la plus difficile à identifier (ALMA, 2007). En

effet, tout manquement d'aide à la vie quotidienne de la personne âgée est considéré comme une négligence (Berg, Moreau & Giet, 2005). Toujours selon les statistiques de ALMA, la violence psychologique (19%) est la deuxième forme de violence qui apparaît le plus souvent, viennent ensuite la violence financière (14%), la violence physique (11%). Quand on parle de violence, on pense avant tout à la violence directe ou violence physique qui est identifiable par tous car est visible. Au contraire, la violence psychologique se voit moins, elle est beaucoup plus subtile, sourde, et agit de façon souterraine sans laisser de traces réellement tangibles. On n'est d'ailleurs pas sûr de sa réalité (Ferragut, 2006).

Les personnes âgées les plus touchées par la maltraitance sont les personnes dépendantes pour les soins de base et les activités de la vie quotidienne, atteintes d'un handicap physique, en perte d'autonomie psychique, ou n'ayant plus toute leur capacité de discernement, du 4^{ème} âge (80 ans et plus) et plus souvent de sexe féminin (61,54%) (Alter Ego, 2002). Selon les données statistiques de ALMA, 62 % des victimes de maltraitance sont des femmes, 25 % ont un handicap physique et 15 % souffrent de la maladie d'Alzheimer (ALMA, 2007). Donc, les personnes les plus vulnérables et qui demandent une prise en charge plus conséquente pour les activités de la vie quotidienne sont les plus touchées. Les victimes de maltraitance sont aussi des personnes isolées sur le plan relationnel et social, qui s'expriment souvent peu sur la maltraitance subit et craignent des représailles (Marc, 2004).

Pour permettre la dénonciation des cas de maltraitance par les personnes âgées elles-mêmes, le professeur Robert Hugonot (2004) a créé le réseau ALMA en France en 1995. Ils font appel à des retraités bénévoles, formés à l'écoute et aux différents aspects de la maltraitance des personnes âgées pour répondre aux entretiens téléphoniques d'une centrale de parole. Les écoutants recueillent les plaintes par écrit, les référents en prennent connaissance et décident de la suite à donner aux informations recueillies et font appel, le cas échéant, aux consultants pour s'assurer du bien fondé de leurs démarches. Le nombre d'appels à ALMA croît d'année en année. Cette progression s'explique par l'augmentation du nombre d'antennes. Le pourcentage d'appels était de 49% en 1997, il atteint 65% en 2001. Les appels proviennent des personnes âgées elles-mêmes (25,7%) et des professionnels (19,7%). En Suisse, Alter Ego, met sur pieds en 2002 avec des professionnels de la santé et du social, une association d'intérêt public

qui cible la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées et la promotion de la dignité et le respect des aînés.

En ce qui concerne les auteures de maltraitance sur les personnes âgées, Alter Ego (2002) indique que dans 35,9% des cas, c'est un membre de la famille de la victime, dans 23,08% des cas, il s'agit de l'enfant de la victime. Dans 28,20% des cas il s'agit d'un professionnel. Le fait d'identifier des soignants comme maltraitants est troublant, car c'est en contradiction avec leur rôle et la déontologie du professionnel soignant. La personne qui maltraite n'en est pas consciente, ou que rarement. Elle pense à bien faire, est pleine de bonnes intentions (par exemple contention pour éviter une chute, donner des calmants pour ne pas déranger les autres, parler fermement ou hausser le ton pour faire comprendre quelque chose, etc.). Souvent, elle voit ses collègues fonctionner de la même façon (Heiniger, 2003).

Selon le site Vieillir en Liberté (2003), dans le processus de dépistage de la maltraitance, l'implication des acteurs et des témoins est souvent indispensables. Il faut savoir que les motifs du silence des soignants à la dénonciation des cas de maltraitance reposent sur le fait que ces derniers se croient obligés à la confidentialité, pensent qu'ils n'y a pas de procédures de signalement dans l'établissement, craignent les conséquences des procédures de plaintes (impacts sur la réputation de l'établissement), ne croient pas à l'efficacité des procédures de plainte ou de signalement, imaginent des difficultés liées à l'équipe et à la direction et craignent des représailles du soignant maltraitant. Cela démontre la difficulté et la complexité rencontrées par les professionnels face à la dénonciation de cas. Ce phénomène est vécu par les soignants, la victime et la famille. C'est pourquoi la condamnation de la maltraitance provient rarement de l'intérieur de l'institution, mais de la délation des stagiaires (parfois) et des plaintes des visiteurs (le plus souvent) (Despont, 1998).

L'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (1998) définit la maltraitance par les soignants comme un mode de communication dysfonctionnel qui résulte notamment de l'épuisement du personnel ou de ses connaissances insuffisantes. Despont (1998) explique la maltraitance par une violence qui s'installe là où le dialogue est difficile, où la parole fait défaut. Elle fait partie de toute vie sociale. Le soignant maltraitant en gériatrie agirait suite à un stress résultant de la confrontation à l'altérité, à la frustration

engendrée par le sentiment de non-reconnaissance de ses actions, à l'omniprésence de la mort et du handicap, à la difficulté à résoudre les deuils. La violence est une dimension indissociable de la vie. Elle permet l'expulsion de la pression exercée par les frustrations vécues par tout être humain. Partout où la parole fait défaut, où le dialogue entre partenaires de soins est difficile, la violence risque d'apparaître. Selon Gineste (2004), les soignants qui maltraitent se sentent surmenés, stressés et reconnaissent qu'ils sont souvent de biens piètres soignants. Ils avouent même que, découragés, ils leur arrivent de travailler sans respecter les besoins élémentaires des personnes âgées. Pressés, fatigués, ils travaillent comme à l'usine, allant d'une chambre à l'autre, à la chaîne, d'une machine à l'autre. Ils mettent en lumière les différents risques menant à la maltraitance. Les soignants maltraitants agissent à l'encontre des principes mêmes de la déontologie infirmière et des principes éthiques. Ceux-ci reposent sur des principes solides qui devraient pourtant guider notre activité.

3.2. La déontologie infirmière

La déontologie désigne « l'ensemble des devoirs liés à l'exercice d'une profession » (Durand, 1999, p.99). C'est une réglementation interne d'une profession, visant à guider les conduites particulières de ses membres et préciser leurs devoirs. Une profession manifeste son autonomie lorsqu'elle se donne à elle-même sa propre loi ; elle démontre qu'elle est à même de déterminer les valeurs fondamentales qui doivent guider l'agir professionnel. Les orientations choisies sont ensuite édictées sous la forme de règles dans des codes de déontologie. Les normes comportementales prescrites dans ces codes de déontologie visent principalement les trois objectifs suivants : promouvoir une bonne pratique, prévenir la médiocrité puis réagir face aux cas inacceptables.

Le code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) (2006) est un guide pour une pratique infirmière basée sur des valeurs, des besoins et des nécessités sociales. Ce code a servi de normes aux infirmières dans le monde entier dès qu'il fut adopté en 1953. Il est régulièrement révisé pour répondre aux réalités des soins infirmiers et de santé dans une société en constant changement.

Le Code de déontologie répertorie les quatre grands volets (l'infirmière et l'individu, l'infirmière et la pratique, l'infirmière et la profession ainsi que l'infirmière et ses collègues) dans lesquels sont présentées les normes de conduite déontologique à respecter, c'est-à-dire les grandes valeurs de la profession infirmière et plusieurs d'entre

elles interdisent la maltraitance. Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. En effet, le code établit clairement le respect des droits humains, incluant le droit à la vie, à la dignité et d'être traité avec respect. Il guide les infirmières dans leur choix quotidien et les soutient dans leur refus de participer à des activités en conflit avec les soins et la guérison. Ce code demande également à l'infirmière de maintenir à jour ses connaissances professionnelles par une formation continue dans le but de rester performant. L'infirmière devrait respecter les normes de soins et créer un environnement de travail qui favorise la sécurité et la qualité des soins. Si l'infirmière suit ce code, elle ne devrait pas devenir maltraitante. Ce code a été réfléchi dans un souci de qualité des soins pour les patients. L'infirmière a le devoir de le suivre et il doit pouvoir guider sa pratique.

3.3. L'éthique

Le concept de maltraitance fait également référence à l'éthique dans les soins. L'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (2003) définit l'éthique comme une science de la morale, qui cherche à saisir sous quelles conditions un comportement peut être considéré comme juste, et à définir la frontière entre les comportements moraux et les autres comportements des hommes.

3.3.1. Les principes éthiques pour les soins infirmiers

Dès 1980, encouragé par le conseil international des infirmiers (CII), ce n'est qu'en 1990 que l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) adopte "les principes éthiques pour les soins infirmiers". Ils seront revus et modifiés en 2002 et servent de références déontologiques à la pratique infirmière suisse. Ces principes s'inspirent du code de déontologie du CII. Le code de déontologie infirmière et les principes éthiques permettent aux soignants d'avoir un texte sur lequel se baser pour avoir une pratique soignante réflexive.

L'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) décrit que l'éthique dans les soins s'appuie essentiellement sur quatre principes, que sont l'autonomie (respect de l'auto-détermination), la bienfaisance (souci de faire le bien, d'offrir sécurité et qualité

de vie), la non-malfaisance (prévention des dommages potentiels) et la justice (recherche d'une répartition juste des ressources, avantages, charges et dépenses). En ce qui concerne la maltraitance, ces quatre principes dénoncent le fait de porter atteinte à un patient volontairement ou par négligence. Ces principes éthiques guident les professionnels de la santé vers une prise de position et de décision ainsi qu'une pratique moralement adéquate. Ce n'est toutefois pas sur ces seuls principes éthiques que s'appuient les soignants dans leur recherche d'une bonne pratique. Cette démarche doit être complétée par une réflexion sur les compétences morales, dont les soignants doivent faire preuve, telles que véracité, fidélité, authenticité et honnêteté (ASI, 2003).

✘ Le principe d'autonomie

L'autonomie sous-entend la possibilité de définir ses propres objectifs et d'agir en conséquence. Elle comprend la liberté personnelle et l'autodétermination, le fait de donner soi-même un contenu spécifique à ses actes, le droit d'avoir ses propres valeurs et ses opinions ainsi que de pouvoir les exprimer (ASI, 2003).

Dans les soins infirmiers, le fait de respecter les personnes en tant qu'individus autonomes, c'est reconnaître que leurs choix découlent de leurs convictions et de leurs valeurs personnelles même si leurs capacités sont momentanément ou durablement modifiées par l'âge ou la maladie (autonomie morale, autonomie physique). Favoriser l'exercice de l'autonomie amène à l'individualisation des soins.

Ce principe se réfère également au droit qu'à la personne au respect, à la considération, quel que soit son état de santé physique ou mentale ; aux informations nécessaires pour une décision sans contrainte par rapport à son diagnostic, des possibilités de traitements et de soins, de l'évolution prévisible, de la participation à un protocole de recherche ; à la participation aux décisions de soins ; au respect de la sphère privée, à la liberté de mouvement ; à l'expression des goûts, des préférences, des sentiments, des valeurs puis à la participation à ses propres soins dans la mesure de ses possibilités mais aussi au droit de les refuser (ASI, 2003).

Lors de maltraitance envers les personnes âgées, ce principe d'autonomie n'est pas respecté dès le moment où leurs valeurs et leurs opinions ne sont pas pris en considération. Au travers tous les types de maltraitance cités auparavant, il y a atteinte à l'autonomie de la personne âgée, dès que le professionnel de la santé n'est pas à son écoute ou qu'il ne respecte plus son autonomie.

✘ Le principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance se réfère à "l'obligation morale d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être, à l'obligation morale de protéger et défendre les intérêts d'autrui, sa vie, sa sécurité, sa santé." (ASI, 2003, p.13).

Pour les soins infirmiers, le souci est de faire le bien pour favoriser l'ouverture à tous aux meilleurs soins possibles. Idéalement, dans ce contexte, il est essentiel de concerter puis de communiquer avec les patients, les proches, les professionnels et les institutions pour la pesée des risques, des bénéfices, des coûts et de l'utilité de chaque action de soins dans l'objectif de faire le bien.

En effet, le principe de bienfaisance se réfère au droit de la personne à recevoir l'aide nécessaire pour protéger sa santé, de bénéficier des soins et traitements qu'exige son état, de voir ses symptômes pris au sérieux, d'être en sécurité dans un milieu de soins et être respecté dans ses choix et ses options (ASI, 2003).

Dans les cas de maltraitance, il est évident que le personnel soignant ne respecte pas ce principe de bienfaisance. En effet, la personne soignée n'obtient pas ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être et ce qui la protège. Par exemple, lors de maltraitance physique, le soignant ne se soucie plus du bien-être physique de la personne âgée. Pour tous les types de maltraitements, le personnel soignant s'éloigne de ce principe car ne favorise plus l'ouverture aux meilleurs soins pour la personne soignée.

✘ Le principe de non-malfaisance

La non-malfaisance sous-entend l'aptitude de reconnaître, de réduire ou d'éviter les risques potentiels, en relation avec le développement des connaissances, de la recherche, de la société. Il s'agit de ne pas causer, librement ou non, de préjudice physique ou moral à autrui ; de ne pas faire, de prévenir puis de supprimer tout ce qui cause le mal (ASI, 2003).

Pour les soins infirmiers, le respect du principe de non-malfaisance amène à ne pas nuire à la personne soignée ou à la communauté.

La non-malfaisance se réfère au droit de la personne de vivre dans un environnement sûr ; d'être respecté dans sa personne, de ne pas être offensée ; de recevoir les soins et traitements qu'exige son état ; de ne subir aucune violence ou contrainte physique ou morale ; de ne pas subir de dommages physiques, psychologiques ou moraux ; de ne pas être tué ; d'être protégé contre les dommages résultant d'erreurs de comportements et/ou de jugements professionnels. Se réfère, également, au devoir des soignants de reconnaître les dangers potentiels ; de réduire au maximum les risques de préjudice physique ou psychologique dans les activités de soins et de recherche ou les risques liés au système institutionnel ou à l'environnement ; d'intervenir lorsqu'un danger est reconnu puis au devoir de chacun de ne pas nuire délibérément à sa santé, de se protéger contre ce qui peut endommager la santé (ASI, 2003).

Lors de maltraitance, il est clair que le personnel soignant nuit à la personne soignée, ce qui signifie clairement que le principe de non-malfaisance n'est pas respecté. Toute forme de maltraitance va donc à l'encontre de ce principe.

✘ Le principe de justice

Généralement, la justice symbolise à la fois : "un droit fondamental des individus et le système qui définit et applique ce qui est juste dans la société. " (ASI, 2003, p.19).

Le principe de justice fait référence à la reconnaissance et au respect des droits, des intérêts, du mérite d'une personne ou d'un groupe et de la part qui lui/leur revient.

Dans les soins, ce principe se rapporte à l'obligation de décider d'une application juste des ressources et de traiter chacun avec équité selon ses besoins. Cela implique de donner droit aux soins à tous, d'assurer l'égalité des chances dans l'accès aux ressources, de pondérer l'égalité par le principe du besoin et de l'associer au principe de responsabilité (ASI, 2003).

Dans les cas de maltraitance, ce principe n'est pas respecté. Par exemple lors de négligence dans les soins envers la personne soignée, cela signifie que cette dernière ne reçoit pas les soins qui sont nécessaire à son état de santé et donc que le soignant ne donne pas droit aux soins à la personne âgée.

4. Méthodologie

4.1. Argumentation de l'adéquation du devis

Le devis utilisé pour ce travail est une revue de littérature étoffée. Pour exploiter ce devis, il faut s'enquérir de certaines étapes méthodologiques décrites dans le manuel de Loiselle (2007). Le fait de composer une revue de littérature permet de dresser l'état actuel des connaissances touchant le thème de recherche en y mettant en évidence les apports mais aussi les manques et en confrontant les différents résultats. Ceci permettra d'évaluer les interventions pratiquées actuellement et donc de proposer des pistes de changements. Cela permet de travailler à un moindre coût en s'appuyant sur ce qui existe déjà. La revue de littérature étoffée permet de mettre en lumière la façon dont le sujet (les facteurs et la prévention de la maltraitance) a déjà été étudié par les précédents auteurs. Elle sert aussi à répondre à la question de recherche de manière fiable car la réponse est le résultat de la confrontation de plusieurs études réalisées par différents auteurs, et pour élaborer quelques pistes d'ouvertures pour la pratique dans le domaine des soins infirmiers.

4.2. Etapes de la réalisation de la revue étoffée de littérature

Dans le but de répondre à ma question de recherche (Quels sont les facteurs de risque de la maltraitance auprès des personnes âgées en établissement médico-social ? Quels sont les moyens de prévention possibles pour supprimer ou diminuer les facteurs de risque ?), voici les étapes utilisées pour effectuer une recherche d'articles scientifiques.

Tout d'abord, les mots-clés (mesh) et les concepts à rechercher ont été définis. Ensuite cela a permis de repérer des références grâce à une recherche par voie électronique sur la base de données *Pubmed*. En lien avec les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-après, les références et les résumés des articles prometteurs ont été extraits. Suite à cette démarche, il a fallu sélectionner des références selon leur pertinence, et par conséquent, celles qui étaient inappropriées ont été éliminées. Ces différentes sélections ont été lues, traduites et des résumés ont été effectués. Ce qui a permis de poursuivre de nouvelles recherches en se basant sur les références trouvées dans les citations des premiers articles (en cliquant sur « related citations » sur *Pubmed*). Pour parfaire la démarche, ces différentes recherches ont été analysées à

l'aide de grilles (cf. : 9.3 : Annexe C : Grilles d'analyse des recherches). Enfin, la rédaction de l'analyse documentaire a débuté.

Pour compléter, des recherches manuelles ont été faites à la bibliothèque et concernent les périodiques suivants : *Recherche en soins infirmiers* et *Revue de l'infirmière*. Le moteur de recherches électroniques *Google* et le site associatif de l'ASI sont utilisés. Cependant les articles les plus pertinents sont trouvés sur la banque de données *Pubmed*.

4.3. Mots-clés/Termes utilisés

Mots-clés (mesh¹) pertinents utilisés pour les recherches électroniques :

Mots-clés français

Abus envers les aînés
Foyers pour personnes âgées
Maisons de soins infirmiers
Facteurs de risque
Abus envers les aînés/prévention et contrôle
Attitude du personnel soignant
Déclaration obligatoire

Mots-clés anglais

Elder Abuse
Homes for the Aged
Nursing homes
Risk factors
Elder Abuse/prevention and control
Attitude of health personnel
Mandatory Reporting

¹ Mots en anglais permettant de limiter les recherches tels que AND, OR, NOT,...

4.4. Critères d'inclusion

Afin d'affiner les recherches et d'être le plus pertinent possible, les critères d'inclusion suivants ont été sélectionnés :

- Articles scientifiques publiés il y a moins de 10 ans
- Langues : français et anglais
- Personne âgée à partir de 65 ans
- Établissement pour personnes âgées ou EMS
- Maltraitance par des soignants
- Critères de validité : les études sélectionnées devaient comporter un résumé, avoir une bonne méthodologie et respecter les règles éthiques.
- Une des exigences était aussi d'avoir accès aux articles

4.5. Critères d'exclusion

Pour ne pas se perdre dans la recherche et la lecture d'articles non pertinents et pour avoir une réponse la plus adéquate possible avec la question de recherche, voici les critères d'exclusion fixés :

- Maltraitance infantile
- Maltraitance domestique
- Violence sexuelle plus particulièrement
- Détection de la maltraitance aux urgences ou en service hospitalier
- Articles traitant spécifiquement des lois en vigueur
- Violence de résidents à résidents dans les établissements
- Violence sur le personnel soignant
- Articles traitant spécifiquement des mesures de contrainte

4.6. Résultats des stratégies de recherche

Dans cette partie sont exposées les différentes stratégies de recherche utilisées pour l'obtention des divers articles. Toutes les recherches ont été effectuées avec les mots-clés énoncés précédemment et se basent sur les critères d'inclusion mentionnés dans les points précédents, toujours avec les limitations suivantes : *Published in the last 10 years, only items with abstracts, English, French, Aged: 65+ years.*

4.6.1. Stratégie 1

[("Elder abuse"[Mesh]) AND ("Risk factors"[Mesh]) AND ("Homes for the Aged"[Mesh]) AND ("Prevention and control"[Mesh])]

Résultats : 14 articles dont 1 a été retenu :

- Buzgová, R. & Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings.

4.6.2. Stratégie 2

[("Mandatory Reporting"[Mesh]) AND ("Elder Abuse"[Mesh]) AND ("Prevention and control"[Mesh])]

Résultats : 30 articles dont 1 a été retenu :

- Donohue, WA., Dibble, JL. & Schiamberg, LB. (2008). A Social Capital Approach to the Prevention of Elder Mistreatment.

4.6.3. Stratégie 3

[("Elder Abuse"[Mesh]) AND ("Prevention and control"[Mesh]) AND ("Attitude of Health Personnel"[Mesh])]

Résultats : 24 articles dont 1 a été retenu :

- Baker, MW. & Heitkemper, MM. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment.

4.6.4. Stratégie 4

[("Prevention and control"[Mesh]) AND ("Elder Abuse"[Mesh])]

Résultats : 176 articles dont 3 ont été retenus :

- Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H. & Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse.
- McGarry, J. & Simpson, C. (2008). Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting.
- Dong, X. & Simon, MA. (2008). Is greater social support a protective factor against elder mistreatment?

4.6.5. Stratégie 5

[("Elder Abuse"[Mesh]) AND ("Nursing Homes"[Mesh])]

Résultats : 49 articles dont 2 ont été retenus :

- Lindbloom, EJ., Brandt, J., Hough, LD. & Meadows, SE. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review.
- Joshi, S. & Flaherty, JH. (2005). Elder abuse and neglect in long-term care.

4.6.6. Stratégie 6

Recherches dans les articles associés (« Related Articles ») aux articles retenus.

Résultats : 2 articles retenus.

- Collins, KA. (2006). Elder maltreatment: a review.
- Neno, R. & Neno, M. (2005). Identifying abuse in older people.

4.6.7. Stratégie 7

Recherche sur *Google*.

[("Maltraitance"[Mesh]) AND ("Personnes âgées"[Mesh]) AND ("Recherches"[Mesh]) AND ("EMS"[Mesh])]

Résultats : 1'040 pages concernant les termes dont la suivante a été retenue :

- Christen-Gueissaz, E., Roulet, D., Genton, A., Viens-Python, N. & Heiniger, M. (2004). Prévention de la maltraitance des personnes âgées. Recherche-action réalisée dans quelques établissements médico-sociaux vaudois.

4.6.8. Stratégie 8

De nombreux essais d'association de mots-clés n'ont pas donné de résultats probants ou listaient des articles déjà obtenus.

A la fin de ces 8 stratégies, un total de 11 articles scientifiques est sélectionné afin de répondre à la question de cette revue de littérature. Suite à la recension des écrits, les études ont été traduites, résumées et analysées grâce à une grille inspirée de la « trame de présentation des recherches retenues » (Nadot, 2008), puis les résultats principaux sont relevés. Ces grilles se retrouvent en annexe et récapitulent la totalité des articles retenus (*cf.* : 9.3 : *Annexe C : Grilles d'analyse des recherches*).

5. Résultats

Les résultats obtenus après l'analyse et la synthèse des articles ont permis de mettre en évidence les facteurs de risque et les moyens de prévention de la maltraitance. Voici le récapitulatif des catégories des facteurs de risque et des moyens de prévention qui permettent de réduire les cas de maltraitance et qui, dans une certaine mesure, améliorera la qualité des soins. Ceci permettra par la suite de rédiger la discussion.

Les facteurs de risque de la maltraitance :

- ✘ Les facteurs en lien avec les professionnels : épuisement professionnel (burnout) et stress, connaissances inadéquates dans le domaine des soins, problèmes personnels du soignant, omissions de déclaration des cas.
- ✘ Les facteurs en lien avec l'institution : pénurie de personnel, difficultés rencontrées au niveau des relations internes aux équipes, difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution, difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur, règlement de l'institution.
- ✘ Les facteurs en lien avec les résidents : démence, dépendance, isolement social, omissions de déclaration des cas.
- ✘ Les facteurs en lien avec la société : définition de la maltraitance, faible estime des personnes âgées.

Les moyens de prévention de la maltraitance :

- ✘ La prévention sur les facteurs en lien avec les professionnels : gestion du stress ; formation ; dépistage, contrôle et supervision ; information sur les procédures de signalement.
- ✘ La prévention sur les facteurs en lien avec l'institution : meilleure fonctionnement de l'institution ; résolution des problèmes centrés sur les relations internes à l'équipe, sur les relations de l'équipe avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution, sur les relations de l'équipe avec l'extérieur ; opter pour une meilleure relation soignant-soigné puis négocier les soins avec le résident.

- ✘ La prévention sur les facteurs en lien avec les résidants : gérer les situations difficiles ; soutien social ; information sur les droits et les procédures de signalement.
- ✘ La prévention sur les facteurs en lien avec la société : mieux connaître le problème et développer l'estime des personnes âgées.

5.1. Les facteurs de risque de la maltraitance

A la suite de l'analyse des informations récoltées dans les différentes recherches sélectionnées, les résultats quand aux facteurs de risque de la maltraitance mettent en évidence quatre principaux facteurs à la maltraitance des personnes âgées en institution : les facteurs en lien avec les professionnels, les facteurs en lien avec l'institution, les facteurs en lien avec les résidants puis les facteurs en lien avec la société. Dans la partie qui suit, une explication de chacun des facteurs sera faite de manière plus approfondie.

5.1.1. Les facteurs en lien avec les professionnels

✘ Épuisement professionnel (burnout) et stress

Dans la plupart des études, les auteurs mettent en avant le facteur lié à l'épuisement professionnel (burnout²) (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Baker & Heitkemper, 2005 ; Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Collins, 2006 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; McGarry & Simpson, 2008). L'épuisement professionnel provoquerait des attitudes négatives des soignants envers la personne âgée (Joshi & Flaherty, 2005). Selon Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows (2007) le syndrome d'épuisement professionnel contribue à augmenter l'insatisfaction au travail, à diminuer l'engagement du soignant, à détériorer les relations entre collègues et avec les personnes soignées. De ce fait le personnel soignant atteint de cet épuisement professionnel est moins impliqué dans son travail. Les conséquences du burnout entraîneraient une dépersonnalisation des résidants avec

² D'après Freudenberger (1974), le burn-out ou épuisement professionnel est un état de détresse. Il a été défini par Maslach (1998), comme « un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les patients » (cité par Canoui, 1998, p. 10).

des risques d'abus et de maltraitance. D'après Bužgová & Ivanová (2009), le burnout serait causé par un travail exigeant, par exemple par des heures supplémentaires qui sont obligatoires. Le burnout est surtout provoqué par le stress³. Celui-ci a aussi été cité comme un facteur entraînant des risques de maltraitance. Selon McGarry & Simpson (2008), les résultats de l'étude indiquent un lien entre le statut cognitif et le potentiel du soignant de maltraiter les personnes âgées dans les soins. Les effets des facteurs de stress sont liés aux fonctions du soignant. Ces facteurs de stress vont influencer le statut cognitif du soignant. L'impact négatif d'un facteur de stress peut être diminué si les individus possèdent des capacités d'adaptation, des ressources cognitives et affectives suffisantes. Il y aurait une accumulation de stress en lien avec les soins apportés à la personne âgée. C'est-à-dire que le personnel confronté à des personnes dépendantes physiquement et/ou psychiquement, et/ou rencontrant une difficulté à communiquer avec des personnes atteintes de troubles psycho-intellectuels influencerait l'accroissement du stress. Il y aurait donc cinq sources de stress citées par Bužgová & Ivanová (2009) : l'étude a montré que la brutalité des employés n'est pas préméditée, mais est le résultat d'un travail et une charge de travail extrêmement stressant en raison du manque de personnel, du manque de formation, du manque de temps pour des soins individualisés, des conflits interpersonnels et l'agression par certains résidents ou leurs proches. Selon Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger (2004), le stress du personnel soignant découle de la confrontation à l'altérité, de la frustration engendrée par le sentiment de non-reconnaissance de ses actions, du sentiment de manque de pouvoir puis de la présence de la mort et du handicap.

³ Le stress est une transaction particulière entre un individu et une situation (ou l'environnement) dans laquelle celle-ci (la situation) est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être» (Lazarus & Folkman, 1984, p.19)

✗ Connaissances inadéquates dans le domaine des soins gériatriques

Un autre facteur est le manque de connaissances ou connaissances inadéquates du personnel soignant par rapport aux soins à apporter à la personne âgée (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Baker & Heitkemper, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005). Selon Baker & Heitkemper (2005), l'absence de formation du personnel face au comportement agressif du résidant serait un facteur de risque car le soignant ne sait pas comment faire face à un tel comportement et par ailleurs n'a pas toujours les réponses et comportements adaptés pour réagir à l'agressivité et donc aux besoins du résidant. L'accompagnement au quotidien de la personne âgée dans les situations de crise demande des connaissances. Bužgová & Ivanová (2009), nous font remarquer que la non-qualification du personnel est un facteur de risque de la violence dans les soins. Ils indiquent que le développement de compétences autour du respect de la personne âgée passe par des apprentissages de connaissances et de savoirs être qui ne peuvent être acquis que par une formation approfondie. Il est important de centrer la formation sur l'étude du contenu relationnel soignant-soigné, et sur l'accompagnement des crises de la sénescence comme par exemple lors de dépendance, veuvage, ou des modifications physiques ou mnésiques pour accomplir des activités et changement de rôle social. La formation doit offrir aux soignants les outils intellectuels leur permettant d'éviter de sombrer dans la violence. Les soignants doivent être capables de vivre dans un milieu difficile, de faire face à des comportements agressifs et inadéquats, et de trouver l'énergie nécessaire à mettre en place des stratégies adaptées à chaque situation problématique. Une autre étude indique que le peu de formation actualisée en gérontologie ou lors de situations de conflits de valeurs entre les soignants et les médecins sur les traitements mis en place ou non sont sources de problèmes en l'absence de réunions d'équipe (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). Un autre élément relevé en lien avec le manque de connaissances est le phénomène de l'âgisme qui est une croyance erronée à propos de la vieillesse. Il est possible que l'inadéquation du niveau et du type de formation contribuent à ces croyances. En effet, certains soignants croient que la démence, la confusion ou l'irritation sont normaux avec l'âge (Joshi & Flaherty, 2005).

✘ Problèmes personnels du soignant

Les auteurs décrivent beaucoup les facteurs liés aux soignants car certains peuvent être à risque d'abus envers les personnes âgées en fonction de leurs propres difficultés. Nous constatons que les problèmes personnels des employés peuvent donc avoir une influence sur leurs relations avec les résidents, d'où le risque de maltraitance. Les histoires personnelles de violence ou si les soignants sont abusés eux-mêmes, ont plus de risque de maltraiter une personne âgée (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). Selon Bužgová & Ivanová (2009), lorsque le soignant lui-même en tant qu'être humain est touché par des problèmes personnels importants il peut souffrir d'un syndrome dépressif, il y a aussi un risque d'abuser de la personne âgée. D'autres auteurs indiquent qu'un soignant qui souffre de problèmes de dépendance à une substance, comme l'alcoolisme ou la toxicomanie est plus susceptible de devenir maltraitant, car cela induit une prise en charge difficile de la personne âgée (Joshi & Flaherty, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007).

✘ Omissions de déclaration des cas

De nombreuses études traitent également le problème de la non-déclaration des cas de maltraitance qui fait partie des facteurs de risque. Les auteurs relèvent diverses raisons possibles au fait que les soignants ne signalent pas les abus. Les motifs du silence des soignants reposent sur le fait que ces derniers pensent qu'ils n'y a pas de procédures de signalement des abus dans l'établissement. Les soignants ne savent donc pas à qui dénoncer les cas de maltraitance (Joshi & Flaherty, 2005). La difficulté pour les soignants à identifier les abus est également une des raisons de ce silence. Le manque de temps pour évaluer les risques de maltraitance par les soignants est une autre raison (charge de travail). Les soignants ont des difficultés à propos de la confidentialité, si elle est respectée ou non dans ces situations de dénonciations (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). D'autres raisons pour lesquelles le soignant ne parle pas sont la peur de perdre l'emploi, la peur des représailles du soignant maltraitant, le manque de courage et l'impuissance (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Joshi & Flaherty, 2005).

5.1.2. Les facteurs en lien avec l'institution

✗ Pénurie de personnel

L'un des principaux facteurs en lien avec l'institution est la pénurie de personnel qui induit une mauvaise organisation du travail et un mauvais fonctionnement de l'institution (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Baker & Heitkemper, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). Selon Bužgová & Ivanová (2009), la pénurie de personnel peut conduire à un manque de temps à consacrer aux résidants, à faire les choses à la place du résidant ce qui ne favorise pas leur indépendance et les soins peuvent devenir insuffisants car écourtés. Lors de manque de personnel, les soins sont précipités et débouchent sur une forme de violence. Cela entraîne des difficultés car les personnes âgées ont des besoins d'aides, de rééducation, d'accompagnement accrus du fait de leur état de santé, cela demande du temps et de la disponibilité, d'où le besoin d'un nombre conséquent et nécessaire de personnel. Certains auteurs signalent également le manque d'infirmières diplômées dans les institutions (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). Tous ces problèmes sont liés à un sous-financement des institutions pour personnes âgées, qui provoquent de mauvaises conditions de travail et une augmentation du stress chez les soignants (Bužgová & Ivanová, 2009).

✗ Difficultés rencontrées au niveau des relations internes aux équipes

Les difficultés rencontrées au niveau des relations entre les soignants, c'est-à-dire du fonctionnement de l'équipe peut également favoriser l'apparition de maltraitance. Les collaborateurs montrent le rôle important joué par les relations et la dynamique de l'équipe dans le développement d'une situation d'impasse. De plus, il est expliqué que la résolution du problème vécu dans la relation avec le résident est accompagnée d'une amélioration de la communication et de la collaboration au sein de l'équipe. Il existe donc des difficultés liées au fonctionnement de l'équipe elle-même et cela a permis de constater que ces difficultés internes venaient « parasiter » les échanges au sein de l'équipe. D'où l'importance d'une démarche de résolution de problèmes centrée sur les relations internes de l'équipe. Ce passage est nécessaire pour permettre à l'équipe de se concentrer ensuite sur la relation avec le résidant et répondre de façon plus appropriée à une situation problématique. En résumé, plusieurs facteurs de risque apparus sont propres aux relations de l'équipe, les voici : le manque de cohérence dans les attitudes

de l'équipe vis-à-vis du résident, les messages contradictoires donnés par les infirmières au reste de l'équipe, le manque de communication et collaboration dans l'équipe (notamment malentendus et conflits de pouvoir), le décalage entre les valeurs ou le regard des membres de l'équipe sur la situation, les rôles et responsabilités mal définis, les tensions liées à la répartition des charges de travail et aux plannings (tournus, sentiment d'injustice). Ces éléments constituent des signaux d'alarme auxquels les collaborateurs de l'institution et les différents intervenants extérieurs devraient être attentifs. L'accumulation de problèmes internes des équipes risque de donner lieu à des situations d'impasse, car elle abaisse le seuil de tolérance des soignants à l'égard des résidents. Leur énergie se trouve en effet prioritairement investie dans la résolution d'autres enjeux. Cette recherche a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés liées au fonctionnement de l'équipe elle-même (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004).

✘ Difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution

Les difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution sont aussi des facteurs de risques de maltraitance. Cette étude a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés liées à la relation entre l'équipe et les autres collaborateurs de l'institution : par exemple lorsque le résident va se plaindre auprès du directeur ; par le manque d'appui et de soutien de la part du médecin ; le manque de communication et de collaboration entre l'équipe et la hiérarchie ainsi qu'avec les autres divisions de l'institution ; le manque de reconnaissance et d'intérêt pour la gériatrie par les médecins ; les problèmes de communication et manque de confiance entre la direction et l'équipe (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004).

✘ Difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur

Comme autre facteur de risque de maltraitance, les difficultés rencontrées par les équipes dans les relations entre l'institution et l'extérieur. Par « extérieur », ils entendent tous les acteurs qui jouent un rôle actif dans la situation, sans pour autant appartenir à l'institution. Il s'agit autant des familles et des proches des résidents que des médecins ou des autorités politiques. Ce niveau de contexte inclut également l'environnement physique, socio-démographique, économique, culturel, légal et social dans lequel s'inscrivaient ces situations. Cette recherche a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur : le manque de visibilité et de reconnaissance de l'institution ; le désintérêt général des médecins pour la gériatrie ; les préjugés et manque de communication de l'équipe vis-à-vis de l'ami du résident puis le manque de communication entre l'équipe et les enfants du résident (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004).

✘ Règlement de l'institution

Le règlement de l'institution est également un facteur de risque de maltraitance envers les personnes âgées. En effet, dans chaque institution il existe un règlement institutionnel dont les résidents doivent s'y conformer par exemple : ils n'ont pas la possibilité de choisir l'heure de se lever, de se coucher ou de manger. Certains résidents l'acceptent mais d'autres montrent ou expriment parfois leur mécontentement. Cela peut rendre difficile la relation entre le soignant et le soigné, d'où le risque de maltraitance (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007).

5.1.3. Les facteurs en lien avec les résidants

✘ Démence

L'un des principaux facteurs de risque en lien avec le résidant est la démence et toutes ses conséquences : les symptômes comportementaux dont l'agitation, l'agressivité puis l'errance. Cette pathologie rend le résidant vulnérable à la maltraitance (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005). Selon Joshi & Flaherty (2005), les comportements des résidants atteints de démence, c'est-à-dire les résidants agités et agressifs sont étiquetés comme « mauvais » et que la compréhension de l'origine de ces comportements n'est pas faite. De plus, ces comportements perturbateurs peuvent être interprétés comme provoquants par le personnel soignant, ce dernier y répond par de la violence. Ces personnes âgées recevraient des traitements moins humains et moins respectueux, car ils ont une plus grande dépendance et sont plus difficiles à soigner. Les personnes démentes sont plus vulnérables et n'arriveront pas à se manifester en cas d'abus car ils ont une baisse de leurs fonctions cognitives. D'autres auteurs expliquent que la présence d'agressivité de la part du résidant altère la qualité des soins offerts. Les comportements agressifs viendraient se rajouter au stress des soignants et constitueraient un point de rupture. Ces manifestations ont un impact sur la qualité de vie des soignants qui se sentent souvent désarmés. Il n'est donc pas surprenant dans ces conditions que le personnel soignant ressente de la détresse et de l'anxiété. Donc, les résidants qui montrent de l'agressivité envers les soignants sont à risque d'abus (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007)

✘ Dépendance

La dépendance physique ou mentale du résidant fait également partie des facteurs de risque de maltraitance (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Baker & Heitkemper, 2005 ; Collins, 2006 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; McGarry & Simpson, 2008). En lien avec la démence, le thème de la dépendance apparaît fréquemment dans les études. En effet, la dépendance du dément, par la charge qu'elle constitue sur les tiers, épuisés et à bout de nerf, susceptibles au fil du temps de gestes d'égarement, d'où le risque d'abus (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Joshi & Flaherty, 2005). Les dépendances physiques ou mentales engendrent du stress et rendent le résidant plus à risque de subir de la maltraitance et de

la négligence. Ce stress peut toucher le personnel qui n'a pas les compétences requises et les ressources pour prendre en charge ce type de résidant (Baker & Heitkemper, 2005). La personne âgée qui souffre d'un handicap physique, qui est très dépendante, qui ne peut accomplir seule les actes de la vie quotidienne (alimentation, toilette,...), crée une surcharge de travail qui peut entraîner le rejet, l'isolement, voir même l'abandon de la personne âgée (Joshi & Flaherty, 2005).

✘ Isolement social

Un autre facteur de risque de maltraitance est l'isolement de la personne âgée. En outre, la perte d'amis et de parents réduit les possibilités d'interaction sociale. Le résidant qui est isolé des membres de sa famille et ses proches ou qui a peu de contacts avec l'extérieur est problématique. Beaucoup de personnes âgées sont isolées à cause d'infirmités physiques ou mentales. En lien avec l'isolement par rapport à la famille, ce qui peut poser problème au résidant, est qu'il compte beaucoup sur son entourage lors de problèmes au sein de l'institution et certains résidants sont incapables de demander de l'aide en dehors du cercle familial (Dong & Simon, 2008 ; Donohue, Dibble & Schiamberg, 2008).

✘ Omissions de déclaration des cas

Dans certaines situations de maltraitance, les résidants sont à l'origine de la non-déclaration des abus dont ils sont victimes (Collins, 2006 ; Baker & Heitkemper, 2005). Selon Collins (2006), très souvent, la victime âgée ne se plaint pas, préférant souffrir en silence plutôt que de révéler sa pénible situation. Certaines personnes âgées acceptent la violence comme faisant partie des expériences de la vie. D'autres raisons ont été citées par l'auteur pour justifier ce comportement : la peur de subir des représailles du soignant maltraitant, la honte et la culpabilité de la personne âgée, la crainte d'être renvoyées de l'institution, la crainte d'être abandonnée, de causer un scandale puis que de perdre des relations significatives. D'autres raisons ont été décrites par Baker & Heitkemper (2005) pour expliquer le fait que les résidants ont de la peine à déclarer les cas de maltraitance tels que l'isolement et leurs problèmes physiques ou mentales, d'où l'incapacité d'exprimer sa situation de violence ou de demander de l'aide.

5.1.4. Les facteurs en lien avec la société

✘ Définition de la maltraitance

Le problème lié à la définition de la maltraitance fait partie des différents facteurs de risque de maltraitance. La définition est jugée trop vague, trop multiple, imprécise et contradictoire. Les auteurs se plaignent aussi de la trop grande variété de définitions qui sont différentes ce qui provoque une difficulté pour déterminer l'ampleur exacte du problème (Joshi & Flaherty, 2005). Les auteurs se posent la question de savoir qui décide quels comportements sont qualifiés d'abusifs ou pas (Joshi & Flaherty, 2005) ?

✘ Faible estime des personnes âgées

D'après certains auteurs, l'une des principales raisons de l'augmentation de la maltraitance en institution serait liée à l'évolution de la société moderne qui manifeste une faible estime envers les personnes âgées (Baker & Heitkemper, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). En effet, les personnes âgées sont de moins en moins considérées, estimées, dans la société et par conséquent, recevraient des soins de faible qualité (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007).

5.2. Les moyens de prévention de la maltraitance

Après avoir énuméré les facteurs de la maltraitance des personnes âgées en institution, il est intéressant de savoir comment le prévenir. Ce point tentera d'exposer quelques moyens, pistes de prévention de la maltraitance en institution et pour se faire des liens sont fait avec les différents facteurs de risque énumérés dans le point précédent. En effet, quatre études mentionnent l'importance d'inclure les facteurs de risque dans les mesures de prévention et d'intervenir sur ceux-ci pour contribuer à réduire les cas de maltraitance en institution (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Donohue, Dibble & Schiamberg, 2008 ; Collins, 2006 ; Joshi & Flaherty, 2005).

5.2.1. La prévention sur les facteurs en lien avec les professionnels

✗ Gestion du stress

L'épuisement professionnel (burnout) ou le stress sont des facteurs importants de la maltraitance en lien avec les professionnels. Il contribue à une insatisfaction au travail, à diminuer l'engagement du soignant puis à détériorer les relations avec les collègues et les personnes soignées, qui entraînent des risques de maltraitance. Le burnout qui est surtout provoqué par le stress peut être géré par différents moyens cités par les auteurs. D'après Donohue, Dibble & Schiamberg (2008) pour prévenir la maltraitance des personnes âgées en institution, il faut agir sur le stress du personnel soignant. Pour cela, lorsqu'un agent stressant apparaît, il faut faire une évaluation de l'ampleur du stress pour savoir si une action est nécessaire. Ce type d'évaluation est connu sous le nom d'évaluation primaire. Les auteurs mentionnent que l'impact négatif d'un facteur de stress peut être diminué si le soignant possède des capacités d'adaptation, des ressources cognitives et affectives. C'est-à-dire savoir contrôler ses émotions et faciliter l'amélioration de la situation, pour cela il faut avoir des compétences d'adaptation émotionnelle et d'adaptation au problème. Ces deux formes d'adaptation font parties de la compétence en communication qui est un ensemble des capacités d'adaptation. La compétence en communication permet d'avoir de meilleures relations humaines et de diminuer les effets du stress liés aux soins auprès d'une personne âgée. Il faut savoir que le manque de soutien social provoque un déficit en compétence de communication et que ce soutien social est donc une ressource pour faire face au stress. Le soutien social et la compétence en communication forme le capital social. Ce capital social

permet à son tour de réduire le risque de maltraitance. Donc le capital social et les méthodes de communication peuvent avoir un impact positif ou négatif sur la maltraitance. Selon d'autres auteurs (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004), les conditions de travail acceptables, c'est-à-dire la dotation suffisante en personnel soignant est un moyen de prévention de la maltraitance lors d'une charge de travail stressante en raison du manque de personnel. Joshi & Flaherty (2005) indiquent que la baisse de la charge de travail diminue les risques d'abus. La diminution des heures de travail supplémentaires aiderait fortement à la prévention de l'épuisement professionnel. Le fait d'avoir une dotation suffisante en personnel soignant pourrait permettre d'éviter ces heures additionnelles (Bužgová & Ivanová (2009). D'autres auteurs affirment que les cours de formation professionnelle pour le personnel soignant sur la résolution de problèmes et la gestion des conflits puis la gestion du stress et de la colère permettent de réduire les cas de maltraitances et améliorent la satisfaction au travail (Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). Selon Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger (2004), lors de situations de stress le personnel soignant doit se donner du répit et un temps pour souffler (turnus). Un autre moyen de prévention décrit par ces auteurs est le type d'écoute et l'opportunité à chacun de s'exprimer qui permet à chacun d'avoir le sentiment de soulagement par le fait de disposer d'un espace pour verbaliser leurs émotions lié au stress. Bužgová & Ivanová (2009) expliquent que les institutions devraient pouvoir évaluer le niveau de burnout du personnel soignant puis faire de la prévention par des groupes de soutien et d'écoute pour pouvoir se décharger en abordant la question du surmenage personnel. Pour finir, le fait d'assurer une rotation régulière du personnel lors de situation difficile avec un résidant permet de réduire le risque d'épuisement et le potentiel risque de maltraitance. L'institution en mettant ces procédures en œuvre, favorise le bon climat et entretient la reconnaissance et la valeur du travail réalisé auprès des personnes âgées (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Joshi & Flaherty, 2005).

✘ Formation

Le manque de connaissances du personnel soignant dans le domaine des soins est un second facteur important de la maltraitance en institution. La formation apparaît comme un deuxième moyen de prévention de la maltraitance, le plus cité dans les recherches analysées. Selon différents auteurs (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009), en milieu institutionnel, il n'est pas nécessaire que tous les soignants soient des infirmiers. Il semble par contre indispensable que chacun ait reçu un minimum d'instruction avant sa prise de fonction. Il ne devrait pas être possible pour n'importe qui de pouvoir assurer des soins de nursing sans avoir été formé. Plusieurs évaluations de compétences professionnelles devraient être faites régulièrement. Ce qui explique que le personnel soignant doit avoir des connaissances et des compétences professionnelles suffisantes pour travailler dans le domaine des soins. De plus, il faut savoir que les soins aux personnes âgées comportent quelques spécificités dues aux polyopathologies, aux troubles cognitifs, aux processus de sénescence et à la fin de vie. Ils doivent recevoir une formation au sujet de la gérontologie, de la maltraitance, sur le contenu relationnel soignant-soigné, sur le processus de vieillissement pour augmenter la sensibilité aux besoins des personnes âgées et pour également prévenir l'âgisme, sur les soins aux personnes âgées, sur les soins aux personnes démentes, sur les pathologies (démence, maladie de Parkinson, etc.) pour ne pas se sentir dépourvu face à la manifestation de symptômes associés à ces maladies reliées au grand âge, sur l'accompagnement des crises de la sénescence comme par exemple lors de dépendance, veuvage, ou des modifications des activités et des rôles sociaux, puis sur la gestion des conflits et du stress pour réduire l'épuisement professionnel. Les auteurs tiennent à souligner l'impact de l'enseignement. Les infirmières sont également responsables de leur formation continue dans les domaines spécialisés et une mise à jour de l'éthique professionnelle, mais ce sont les employeurs qui doivent leur fournir les moyens nécessaires pour y parvenir. La formation continue permet de garder l'enthousiasme pour le métier et de mettre à jour régulièrement ses connaissances par rapport à l'évolution des soins. Elle permet l'acquisition de nouvelles connaissances. La formation permet d'apprendre de nouvelles techniques et d'acquérir de nouvelles compétences afin de prodiguer des soins adéquats. Pour conclure, la formation doit offrir aux soignants les outils intellectuels leur permettant d'éviter de sombrer dans la

violence, ce qui donne la capacité aux soignants de s'adapter dans un milieu difficile, de faire face à des comportements agressifs, et de trouver les ressources nécessaires pour désamorcer des situations problématiques.

✗ Dépistage, contrôle et supervision

Concernant les problèmes personnels du soignant qui peuvent aboutir à de la maltraitance sur les personnes âgées en institution, les différents auteurs mentionnent quelques solutions quand aux moyens de prévention. Tout d'abord, le dépistage des antécédents du personnel soignant à l'engagement pour évaluer son attitude professionnelle. Le fait d'avoir un casier judiciaire a aussi été relevé comme étant un facteur de risque de maltraitance, de ce fait les auteurs encouragent par là à être prudent lors du recrutement de nouveau personnel (McGarry & Simpson, 2008 ; Joshi & Flaherty (2005). Le contrôle et la supervision des soignants à risques lors de cas suspect de maltraitance est important, cela permet dans la supervision de les aider à découvrir des moyens de prévention de la maltraitance. Notre rôle est de percevoir les manifestations d'impatience et les mouvements d'agressivité des collègues et aborder cette question (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005). Puis il est également nécessaire de surveiller les relations entre le personnel et les résidents pour prévenir les cas de maltraitance (Bužgová & Ivanová, 2009).

✗ Information sur les procédures de signalement

En lien avec le problème de la non-déclaration des cas de maltraitance qui fait partie des facteurs de risque de la maltraitance en institution, les auteurs ont relevé que le personnel soignant ne signale pas les abus car pense qu'il n'y a pas de procédures de dénonciation dans l'établissement. Les soignants ne savent donc pas à qui reporter les cas de maltraitance. Ce qui explique qu'il y a un manque d'information du personnel soignant relatif aux procédures de signalement. Celui-ci doit savoir que ces procédures existent dans l'institution, à qui et où déclarer les cas lors de maltraitance envers la personne âgée. Le moyen de prévention quant à cette problématique est d'informer les soignants quand aux procédures de signalement dès l'engagement et dans la mesure du possible à travers des colloques d'équipes pour rappeler l'existence de ces procédures. Les soignants doivent sentir qu'ils peuvent rapporter les cas avec l'assurance qu'il n'y aura pas de représailles. Ils doivent également être rassurés qu'une enquête aura lieu, et

que tout soit mise en œuvre pour la réparation des torts causés par la situation dénoncée. Pour que l'institution encourage le signalement, il serait judicieux de pouvoir aborder ce thème avec les équipes autour d'une discussion pour ainsi les sensibiliser, comme par exemple lors de réunions d'équipe (Joshi & Flaherty, 2005 ; Neno & Neno, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009 ; Baker & Heitkemper, 2005 ; McGarry & Simpson, 2008).

5.2.2. La prévention sur les facteurs en lien avec l'institution

✗ Meilleure fonctionnement de l'institution

Un des principaux facteurs en lien avec l'institution est la pénurie de personnel qui est une conséquence d'un sous-financement des institutions pour personnes âgées. Ce qui induit une mauvaise organisation du travail, mauvais fonctionnement de l'institution, de la frustration puis une grande rotation du personnel. Tous ces problèmes n'incitent pas les soignants diplômés à s'engager. Afin de prévenir ce facteur de risque, peu de moyens sont proposés par les auteurs. Toutefois, Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan (2009) indiquent que le recrutement de professionnel est un moyen de prévention de la maltraitance. Pour cela, il faut que chaque établissement fasse un calcul de la charge de travail des soignants. Buzgová & Ivanová, (2009) encouragent les institutions d'avoir des moyens de contrôle et de surveillance de la maltraitance, puis des procédures de déclaration. Les institutions doivent respecter les normes de qualité et permettre au personnel soignant d'appliquer ces normes de qualité donc de fournir des soins adéquats à la personne âgée. Pour conclure, les soignants n'ont pas beaucoup d'influence sur ce point.

✘ Résolution des problèmes centrés sur les relations internes à l'équipe ; sur les relations de l'équipe avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution ; sur les relations de l'équipe avec l'extérieur

Les difficultés rencontrées au niveau des relations entre les soignants peuvent favoriser l'apparition de la maltraitance. Les auteurs mentionnent quelques éléments comme moyens de prévention de la maltraitance des personnes âgées en institution. Tout d'abord, l'infirmier-chef doit refuser que son équipe se fasse violenter par un résidant. L'équipe doit être au clair sur les valeurs et la philosophie de l'établissement, il ne faut pas oublier que la priorité du soignant est le résidant. L'équipe doit avoir une bonne communication entre elle et des valeurs communes car le manque de communication entraîne des difficultés dans leurs relations. Puis, que chaque soignant prenne l'habitude de discuter des problèmes qu'il rencontre avec la personne âgée lors de réunions d'équipe (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004). En ce qui concerne les difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution, peuvent également provoquer la maltraitance envers les personnes âgées en institution. Afin de prévenir ce facteur de risque, peu de moyens sont proposés par les auteurs. Toutefois, Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger (2004) indiquent que le bon soutien de la direction ainsi que la bonne collaboration entre les secteurs comme par exemple les colloques interdisciplinaires et activités communes qui sont réalisés permettent de réduire les cas de maltraitance. En effet, le travail interdisciplinaire permet la vision de plusieurs personnes de différentes professions sur un cas difficile, ce qui à l'avantage de mieux se remettre en question par rapport à la prise en charge du résidant. Puis, par rapport aux difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur sont aussi des facteurs de risque de maltraitance. Les auteurs mentionnent quelques pistes comme moyens de prévention. Tout d'abord, il faudrait qu'un cadre soit mis en place avec le psychiatre, que les soignants aient l'appui du médecin pour appliquer le cadre décidé avec le psychiatre, puis que les soignants aient le soutien et la cohérence de la part du tuteur lors d'un manque de communication entre l'équipe et la famille du résidant. Tous ces points sont des moyens de prévention de la maltraitance (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004).

✘ Opter pour une meilleure relation soignant-soigné puis négocier les soins avec le résidant

Le règlement de l'institution peut également favoriser l'apparition de la maltraitance envers les personnes âgées. En effet, chaque résidant doit se conformer au règlement de l'institution où il séjourne. Parfois certains résidants l'acceptent mais d'autres montrent leur mécontentement, ce qui peut rendre difficile la relation entre le soignant et le soigné, d'où le risque de maltraitance. Afin de prévenir ce facteur de risque, peu de moyens sont proposés par les auteurs. Toutefois, certains auteurs (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007) indiquent que si un résidant lutte contre un soin ou contre un quelconque règlement comme par exemple l'heure de se lever ou de manger, et n'est pas capable de raisonner, il faut le laisser tranquille pendant un certain temps. Par contre, si le résidant est capable de raisonner, il faut que le soignant négocie pour un autre moment ou lui demander une solution. D'autres auteurs mentionnent l'importance pour le personnel soignant d'avoir des connaissances et des compétences professionnelles sur le contenu relationnel soignant-soigné, afin de ne pas se sentir dépourvu lors de crises comme par exemple lorsque le résidant montre son mécontentement quand au règlement de l'institution. Puis sur la gestion des conflits pour réduire l'épuisement professionnel et donc le risque de maltraitance (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009).

5.2.3. La prévention sur les facteurs en lien avec les résidants

✘ Gérer les situations difficiles

Au sujet des facteurs en lien avec les résidants, la démence et toutes ses conséquences dont l'agitation, l'agressivité puis l'errance, ainsi que la dépendance physique ou mentale du résidant font que ce dernier est plus vulnérable à la maltraitance (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2000, Bužgová & Ivanová, 2009 ; Baker & Heitkemper, 2005 ; Collins, 2006 ; McGarry & Simpson, 2008). D'après certains auteurs (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004), les abus passent inaperçus chez les personnes démentes, car elles sont plus vulnérables et n'arrivent pas à se manifester à cause de leur baisse des fonctions cognitives, elles n'iront donc pas se plaindre ou n'en auront pas la possibilité, il est

important d'informer et de sensibiliser les résidants et la famille quand aux procédures de déclaration des cas de maltraitance. Comme autres moyens de prévention cités par les auteurs (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009), il serait judicieux de permettre au personnel soignant de suivre des cours de formation sur l'éthique professionnelle à l'aide d'étude de cas pour les sensibiliser. Ils doivent recevoir également une formation au sujet de la maltraitance, sur le contenu relationnel soignant-soigné, sur les soins aux personnes âgées, sur la démence pour comprendre les manifestations de violence et pour ne pas se sentir dépourvu face à la manifestation de symptômes associés à cette maladie, sur les soins aux personnes démentes, sur l'accompagnement des crises de la sénescence comme par exemple lors de dépendance, puis sur la gestion des conflits et du stress pour réduire l'épuisement professionnel. Selon Bužgová & Ivanová (2009), il est également nécessaire de surveiller les relations entre les employés et les résidants. Il est prouvé que de bonnes relations entre les résidants et les employés visent à réduire le risque de violence, dans ce cas, les employés respectent les résidants et leurs choix plus volontiers. D'après d'autres auteurs (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004), le fait d'organiser et de participer à des colloques pluridisciplinaires ou à des réunions du personnel pour discuter de situations de soins difficiles et sur la manière de les gérer permettraient de prévenir les abus. Le fait de disposer d'un regard extérieur par un autre membre du personnel sur la situation problématique, permet de prendre du recul par rapport à la situation et à identifier ses propres ressources. Le type d'écoute et l'opportunité à chacun de s'exprimer, permet d'avoir le sentiment de soulagement par le fait de disposer d'un espace pour verbaliser ses émotions. Puis le fait de se trouver face à des personnes extérieures exigent des employés à mettre en mots et expliquer leur vision de la situation ; ce qui permet d'identifier d'éventuels malentendus. Pour finir, les auteurs (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009) indiquent que lorsque les professionnels anticipent une perte de capacité de discernement chez une personne âgée, il est essentiel qu'un système de représentant thérapeutique (tutelle, curatelle) soit mise en place, ce qui est vu comme un moyen de prévention de la maltraitance des personnes âgées en institution.

✘ Soutien social

L'isolement social du résidant par rapport à sa famille a été mentionné comme un facteur de risque de maltraitance. La perte d'amis et de parents réduit les possibilités des interactions sociales, ce qui est problématique pour le résidant car lors de problèmes au sein de l'institution, il est incapable de demander de l'aide en dehors du cercle familial, ce qui explique qu'il compte beaucoup sur ses membres lors de problèmes. Les auteurs mentionnent comme moyen de prévention, un meilleur soutien social permettant de briser l'isolement et favorise la baisse des risques d'abus. Le dépistage du soutien social puis trouver les moyens pour construire un meilleur soutien social peut aider à maintenir et améliorer la santé des personnes âgées. La famille et les soignants pourraient jouer un rôle important dans la diminution de l'isolement social du résidant, et augmenter le soutien social et la compagnie. Les interventions qui améliorent ce soutien social peuvent donc empêcher la maltraitance des personnes âgées (Dong & Simon, 2008 ; Donohue, Dibble & Schiamberg, 2008).

✘ Information sur les droits et les procédures de signalement

Le problème de la non-déclaration des cas de maltraitance est un autre facteur de risque. Les auteurs ont relevé que certains résidants ne signalent pas les abus par peur de subir des représailles, par sentiment de honte et culpabilité, la crainte d'être renvoyés de l'institution, d'être abandonnés et de causer un scandale qui risque d'entraîner la perte des relations significatives. D'autres résidants n'ont pas les informations relatives aux procédures de signalement, c'est-à-dire qu'ils pensent qu'il n'y en a pas dans l'établissement. Par contre, d'autres résidants ont de la peine à déclarer les cas d'abus à cause de leur isolement, de leurs problèmes physiques ou mentaux, de leur incapacité à exprimer leur situation de violence ou de demander de l'aide. Les moyens de prévention sont d'informer les résidants sur leurs droits et les procédures de signalement, c'est-à-dire vers qui se diriger et où reporter les cas de maltraitance. De plus, une information sur les adresses des personnes de référence à l'extérieur de l'institution s'avère utile voir nécessaire en terme de prévention. Il faut aussi permettre aux résidants d'exprimer leurs plaintes de manière simple et sans crainte de répercussions négatives sur eux (Collins, 2006 ; Baker & Heitkemper, 2005; Joshi & Flaherty, 2005).

5.2.4. La prévention sur les facteurs en lien avec la société

✗ Mieux connaître le problème et développer l'estime des personnes âgées

Les facteurs de risque de la maltraitance en lien avec la société se centrent particulièrement sur le problème lié à la définition de la maltraitance qui est trop vague et imprécise, ce qui provoque une difficulté pour déterminer l'ampleur exact du problème (Joshi & Flaherty, 2005). Aussi, le problème en lien avec l'évolution de la société moderne qui manifeste un manque de respect envers les personnes âgées, en effet, mal considérées, elles ont une faible estime dans la société et donc recevraient des services de faible qualité (Baker & Heitkemper, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Collins, 2006 ; McGarry & Simpson, 2008). Afin de prévenir ces facteurs de risque, peu de moyens sont proposés par les auteurs. En effet, en lien avec la définition de la maltraitance, les études des différents auteurs ne donnent pas de réponse quand aux moyens de prévention. Mais signalent tout de même qu'il est primordial de mieux comprendre ce qu'est la maltraitance des personnes âgées pour ainsi mieux connaître le problème (Joshi & Flaherty, 2005 ; Collins, 2006). En ce qui concerne le problème lié avec l'évolution de la société, les auteurs agissent en faveur d'une évolution de l'attitude à l'égard des personnes âgées et de l'éducation des enfants à la morale et au respect de cette population. Pour ainsi augmenter le respect et réduire les risques de violence, il faut favoriser une bonne relation entre les soignants et les résidents. Chaque soignant doit traiter le résident avec tout le respect qu'on aimerait recevoir. Les informations et la sensibilisation de la population permettent aussi de diminuer la maltraitance, par la médiatisation des cas d'abus ainsi que par des reportages. Ce qui devrait permettre à la société de prendre conscience du problème de la maltraitance (Baker & Heitkemper, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Collins, 2006 ; McGarry & Simpson, 2008).

6. Discussion

Dans ce chapitre, il y sera discuté la qualité des résultats. Ensuite, les résultats seront analysés et des liens seront effectués entre les différents concepts choisis. Puis, les perspectives pour la pratique seront exposées.

6.1. La discussion de la qualité des études recensées

Tout d'abord, il y a onze articles qui ont été retenus et analysés pour élaborer cette revue de littérature. Parmi ceux-ci, quatre études sont des revues de littérature et quatre autres sont des études théoriques. Une recherche est de type d'étude qualitative et phénoménologique. Une étude est une recherche-action⁴ et une autre est de type descriptif et transversal. Toutes les études traitaient spécifiquement de la maltraitance sur la personne âgée en institution. Pour la sélection des études, la priorité a été donnée à la qualité de la méthodologie ainsi qu'à la population cible définie pour l'élaboration de ce travail (personnes âgées vivant en institution et personnel soignant y travaillant). Ces onze études ont principalement été retenues à cause de leurs résultats intéressants par rapport à la question de recherche, de plus, elles s'inscrivaient dans les meilleures études car elles répondaient à tous les critères d'inclusion, de fiabilité et de validité des articles. Les dates de réalisation de ces études sont comprises entre 2004 et 2009, ce qui faisait, de par leur actualité, de très bonnes recherches pour le thème. Le nombre de participants a varié de 48 à 412 ce qui fait un grand écart. Quatre études étaient des revues de littérature dont une n'a pas mentionnée le nombre de recherches utilisées ; quand aux trois autres, un total de 10 à 99 sources ont été incluses.

Plusieurs de ces études ont mentionnées une demande à une commission d'éthique, qui ont été approuvées. Ceci révèle que les recommandations éthiques (d'anonymat, de respect des participants, de consentement...) ont été respectées.

⁴ La recherche-action est une démarche empirique et pragmatique qui comporte un objectif théorique d'explication des phénomènes qu'elle observe et sur lesquels elle intervient. (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004)

Dans certains écrits, plusieurs pays ont fait l'objet de la même analyse puis ont été pris en compte afin de les comparer. Les Etats-Unis et l'Angleterre ont été les pays les plus représentés. En effet, au total, huit recherches se sont intéressées à ces pays. Enfin, la République Tchèque, le Canada et la Suisse n'ont été cités qu'une fois dans les recherches consultées.

6.2. La discussion des résultats

Dans ce chapitre, les différents thèmes apparaissant au travers des résultats vont être abordés et mis en lien avec les concepts choisis. Ce point tentera d'énumérer les facteurs de risque et faire ressortir les principales pistes d'action pour la prévention de la maltraitance en institution.

D'après les études sélectionnées, les auteurs des recherches ont classés les facteurs de risque en quatre catégories : les facteurs en lien avec les professionnels, l'institution, les résidents et la société. En ce qui concerne les moyens de prévention, quatre études mentionnent l'importance d'inclure ces facteurs de risque dans les mesures de prévention et d'intervenir sur ceux-ci pour contribuer à réduire les cas de maltraitance en institution (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Donohue, Dibble & Schiamberg, 2008 ; Collins, 2006 ; Joshi & Flaherty, 2005). En effet, des liens sont faits entre les différents facteurs de risque pour exposer ou développer quelques moyens de prévention de la maltraitance.

L'épuisement professionnel (burnout) et le stress sont des facteurs importants de la maltraitance en lien avec les professionnels. Les normes comportementales prescrites dans les codes de déontologie visent principalement trois objectifs : promouvoir une bonne pratique, prévenir la médiocrité puis réagir face aux cas inacceptables. Ce qui explique que l'infirmière devrait respecter les normes de soins et créer un environnement de travail qui favorise la sécurité et la qualité des soins. Si l'infirmière suit ces codes de déontologie, elle ne devrait pas devenir maltraitante. Ces codes ont été réfléchis dans un souci de qualité des soins pour les patients. Pour prévenir la maltraitance des personnes âgées en institution, les auteurs affirment qu'il faut agir sur le stress du personnel soignant (Donohue, Dibble & Schiamberg ; 2008). Selon d'autres auteurs, les cours de formation professionnelle pour le personnel soignant sur la

résolution de problèmes et la gestion de conflits puis la gestion du stress et de la colère permettent également de réduire les cas de maltraitance et d'améliorer la satisfaction au travail (Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). Selon Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger (2004), le type d'écoute puis l'opportunité à chacun de s'exprimer permettraient à tous de ressentir un soulagement, une aide appropriée, par le fait de disposer d'un espace pour verbaliser les émotions lors de stress, ce qui peut diminuer les risques d'abus. Bužgová & Ivanová (2009) expliquent que les institutions devraient pouvoir évaluer le niveau de burnout du personnel soignant et faire de la prévention par des groupes de soutien et d'écoute pour pouvoir se décharger en abordant la question du surmenage personnel.

Toujours en lien avec les professionnels, un deuxième facteur de risque de la maltraitance apparaît très fréquemment : le manque de connaissance du personnel soignant dans le domaine des soins gériatriques. Selon la déontologie, l'infirmière doit maintenir à jour ses connaissances professionnelles par une formation continue dans le but de rester performant. De ce fait, la formation et la formation continue sont d'autres moyens de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées en institution les plus cités dans les recherches analysées. Il est important de centrer la formation sur la gérontologie, la maltraitance, le contenu relationnel soignant-soigné, le processus de vieillissement, les soins aux personnes âgées, les soins aux personnes démentes, les pathologies (la démence en particulier), l'accompagnement des crises de la sénescence comme par exemple lors de dépendance puis sur la gestion des conflits et du stress pour réduire l'épuisement professionnel. Ce qui explique que le personnel soignant doit avoir des connaissances et des compétences professionnelles suffisantes pour travailler dans le domaine des soins gériatriques. La formation continue permet de garder l'enthousiasme pour le métier et de mettre à jour régulièrement ses connaissances par rapport à l'évolution des soins. Elle permet donc d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, d'apprendre de nouvelles techniques, la formation permet la réflexion sur des situations critiques soignants-soignés, permet de prodiguer des soins adéquats. Celle-ci doit offrir aux soignants les outils intellectuels qui permettraient d'éviter de sombrer dans la violence. Les soignants doivent être capables de vivre dans un milieu difficile, de faire face à des comportements agressifs et déments, puis de trouver l'énergie nécessaire à résoudre des situations de crise (Bužgová & Ivanová, 2009 ;

Baker & Heitkemper, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005).

Les problèmes personnels du soignant font également partie des facteurs de risque de la maltraitance. En effet, les histoires personnelles de violence, lorsque les soignants sont abusés eux-mêmes (dans le passé ou au présent), lorsqu'ils vivent eux-mêmes une difficulté personnelle (par exemple : deuil, dépression...) ou s'ils souffrent de problèmes de dépendance à une substance comme l'alcoolisme ou la toxicomanie, tous ces problèmes peuvent avoir une influence sur leurs relations avec les résidents, d'où le risque de dérapage et de maltraitance. Le fait que le soignant vive une situation problématique risque d'engendrer des conflits avec la déontologie et les principes éthiques. C'est-à-dire un soignant qui n'est pas bien ne doit pas faire subir les conséquences de ses problèmes privés au résident. Comme moyens de prévention à la maltraitance en lien avec ce facteur de risque, les auteurs mentionnent tout d'abord que le dépistage des antécédents du personnel soignant à l'engagement permet de s'assurer qu'ils font preuve d'une attitude professionnelle, malgré d'éventuels problèmes personnels (McGarry & Simpson, 2008 ; Joshi & Flaherty ; 2005). Selon d'autres auteurs, le contrôle et la supervision des soignants à risques lors de cas suspect de maltraitance permet de prévenir les abus (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005). Puis, comme autre moyen de prévention, il est également nécessaire de surveiller les relations entre le personnel et les résidents (Bužgová & Ivanová, 2009).

Pour finir, de nombreuses études traitaient également le problème de la non-déclaration des cas de maltraitance qui est aussi un facteur de risque. Selon l'éthique, si l'infirmière ne signale pas les cas de maltraitance, elle ne respecte pas les principes éthiques. Il est mentionné dans le principe de non-malfaisance, que le personnel soignant doit reconnaître les risques possibles pour la personne soignée. Il s'agit de prévenir puis de supprimer tout ce qui cause le mal. De ce fait, ne pas dénoncer les abus serait un non respect de l'éthique infirmière et de ses principes. Selon les normes comportementales prescrites dans les codes de déontologie, trois objectifs sont principalement visés : promouvoir une bonne pratique, prévenir la médiocrité puis réagir face aux cas inacceptables. Le code de déontologie répertorie quatre grands volets dans lesquels sont présentées les normes de conduite déontologique à respecter, c'est-à-dire les grandes

valeurs de la profession infirmière et plusieurs d'entre elles interdisent la maltraitance. De plus, l'infirmière devrait respecter les normes de soins et créer un environnement de travail qui favorise la sécurité et la qualité des soins. Donc, cela justifie le devoir de chaque soignant de dénoncer les cas de maltraitance. Selon plusieurs auteurs, le moyen de prévention quand à cette problématique est d'informer les soignants sur les procédures de signalement dès l'engagement et dans la mesure du possible à travers des colloques d'équipes pour rappeler l'existence de ces procédures (Joshi & Flaherty, 2005 ; Neno & Neno, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009 ; Baker & Heitkemper, 2005 ; McGarry & Simpson, 2008).

La pénurie de personnel est l'un des principaux facteurs en lien avec l'institution, qui induit une mauvaise organisation du travail, un mauvais fonctionnement de l'institution puis de la frustration. Afin de prévenir ce facteur de risque, peu de moyens sont proposés par les auteurs. Toutefois, Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan (2009) indiquent que le recrutement de professionnels formés est un moyen de prévention de la maltraitance. Pour cela, il faut que chaque établissement fasse un calcul de la charge de travail des soignants. Buzgová & Ivanová, (2009) encouragent les institutions à avoir des moyens de contrôle et de surveillance de la maltraitance, puis des procédures de déclaration. Les institutions doivent respecter les normes de qualité et permettre au personnel soignant d'appliquer ces normes de qualité et donc de fournir des soins adéquats à la personne âgée.

Les difficultés rencontrées au niveau des relations entre les soignants peuvent également favoriser l'apparition de la maltraitance. Il existe donc des difficultés liées au fonctionnement de l'équipe elle-même et cela a permis de constater que ces difficultés internes venaient parasiter les échanges au sein de l'équipe. Les auteurs mentionnent quelques éléments comme moyens de prévention. Tout d'abord, l'équipe doit être au clair sur les valeurs et la philosophie de l'établissement, il ne faut pas oublier que la priorité du soignant est le résident. L'équipe doit avoir une bonne communication et des valeurs communes car le manque de communication entraîne des difficultés dans leurs relations. Puis, que chaque soignant prenne l'habitude de discuter des problèmes qu'il rencontre avec la personne âgée lors de réunions d'équipe (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004). Les difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution font aussi

partie des facteurs de risque de la maltraitance en institution. Peu de moyens sont proposés par les auteurs pour prévenir ce facteur de risque. Toutefois, les auteurs indiquent que le bon soutien de la direction ainsi que la bonne collaboration entre les secteurs permettent de diminuer les cas d'abus (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger ; 2004). Les difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur sont aussi des facteurs de risque de maltraitance des personnes âgées en institution. C'est-à-dire dans les relations avec les familles, proches des résidents ou les médecins. Les auteurs mentionnent quelques pistes pour la prévention quand à ce problème. Il faudrait que les soignants aient l'appui du médecin, puis le soutien de la part du tuteur lors d'un manque de communication avec la famille du résident (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004).

Pour finir sur les facteurs en lien avec l'institution, le règlement de l'institution peut favoriser l'apparition de la maltraitance sur la personne âgée. En effet, dans chaque institution, les résidents doivent se conformer au règlement institutionnel. Parfois, certains résidents montrent leur mécontentement ou l'exprime, ce qui peut rendre difficile la relation entre le soignant et le soigné (par la non acceptation ou non compréhension des consignes institutionnelles). Il est mentionné dans le principe d'autonomie, que le personnel soignant doit accorder aux personnes soignées la liberté de leurs choix qui découle de leurs croyances et de leurs valeurs personnelles même si leurs capacités sont momentanément ou durablement modifiées par l'âge ou la maladie. Le respect de ce principe ainsi que du choix du résident ne repose pas seulement sur la volonté du soignant à faire respecter les choix de la personne soignée. Il paraît important de mentionner que les règles institutionnelles ne permettent, parfois, pas aux soignants de laisser la place pour les désirs des personnes âgées. En effet, en liant les contraintes institutionnelles à l'organisation personnelle de chaque soignant, les demandes des résidents concernant l'heure du lever par exemple ou l'emplacement à table ne peuvent, probablement, qu'être difficilement respectés. Il devrait être possible de discuter et de négocier avec la personne soignée pour que le personnel soignant et le résident puissent s'entendre et qu'il y ait une relation respectueuse. Les auteurs mentionnent quelques moyens de prévention. C'est-à-dire que le soignant doit négocier les soins avec le résident lorsque celui-ci lutte par exemple contre un soin (Bužgová & Ivanová, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). D'autres auteurs affirment qu'il est important que le personnel soignant ait des connaissances et des

compétences sur le contenu relationnel soignant-soigné pour ne pas se sentir dépourvu lors de refus du règlement de l'institution (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009).

En ce qui concerne les facteurs de risque en lien avec les résidants, la démence ainsi que la dépendance qui touchent la personne âgée sont deux éléments qui ressortent beaucoup des études et font que ce dernier est plus vulnérable à la maltraitance. Lors de démence, le résidant peut avoir un comportement agité et agressif qui peut être interprété comme provoquant par le personnel soignant. Celui-ci y répondrait par de la violence. Quand à la dépendance physique ou mentale de la personne âgée, elle constitue une charge importante pour le personnel soignant et apporte une surcharge de travail qui peut entraîner du stress. Si les principes éthiques étaient respectés par les soignants, ces derniers verraient que chaque personne a le droit au respect, à la considération, quel que soit son état de santé physique ou mentale. Le principe de justice fait mention de traiter chacun avec équité et selon ses besoins. Dans les résultats, il a été cité pour les soignants, la difficulté de prendre soin de personnes démentes et/ou dépendantes et ainsi ces personnes recevraient des traitements moins humains et moins respectueux, alors ce principe est bafoué. L'application de ce qui est juste dans les institutions, dépend des gestes du personnel soignant. Puis, en lien avec la déontologie, si elle était respectée par les infirmières, elles verraient qu'elles ont quatre responsabilités: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. En effet, le code établit clairement le respect des droits humains, qui inclut le droit à la vie, à la dignité et d'être traité avec respect. Donc, l'infirmière devrait établir une relation respectueuse avec ces personnes. Comme ces abus passent inaperçus chez les personnes démentes, car elles sont plus vulnérables et n'arrivent pas à se manifester à cause de la baisse des fonctions cognitives, elles ne se plaignent pas ou n'en ont pas la possibilité, de ce fait il est important d'informer et de sensibiliser les résidants et les membres de la famille quand aux procédures de déclaration des cas de maltraitance (Joshi & Flaherty, 2005). Les auteurs affirment d'autres moyens de prévention quand à cette problématique. Selon eux, il est indispensable que le personnel soignant suive des cours de formation sur l'éthique professionnelle pour les sensibiliser, reçoive une formation sur la maltraitance, sur la relation soignant-soigné, sur la démence pour comprendre les manifestations de violence, sur les soins aux personnes

démentes puis sur la gestion des conflits et du stress pour réduire l'épuisement professionnel (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009 ; Ploeg, Fear, Hutchison, MacMillan & Bolan, 2009). Selon Bužgová & Ivanová (2009), il est également nécessaire de surveiller les relations entre les employés et les résidents, car de bonnes relations permettent de réduire les risques de maltraitance. D'autres auteurs signalent que le fait de discuter de situations de soins difficiles et sur la manière dont les gérer permettraient de prévenir ces abus (Christen-Gueissaz, Roulet, Genton, Viens-Python & Heiniger, 2004). Pour finir, les auteurs (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005 ; Bužgová & Ivanová, 2009) indiquent que lorsque les professionnels anticipent une perte de capacité de discernement chez une personne âgée, il est essentiel qu'un système de représentant thérapeutique (tutelle, curatelle) soit mis en place pour ainsi prévenir la maltraitance.

L'isolement social du résidant par rapport aux membres de sa famille a été mentionné comme un facteur de risque de la maltraitance en institution. En effet, la perte d'amis et de parents réduit les possibilités d'interaction sociale, ce qui est problématique pour le résidant car lors de problèmes au sein de l'institution, il lui est impossible de demander de l'aide en dehors du cercle familial, ce qui explique qu'il compte beaucoup sur son entourage lors de problèmes. En lien avec ce facteur de risque, un meilleur soutien social serait un moyen de prévention. Le dépistage du manque de soutien social et la recherche des moyens pour un meilleur soutien social peut aider à maintenir et améliorer la santé de la personne âgée (Dong & Simon, 2008 ; Donohue, Dibble & Schiamberg, 2008). Selon le principe de bienfaisance, l'infirmière a l'obligation morale d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique et ce qui favorise son bien-être.

La non-déclaration des cas de maltraitance est un autre facteur de risque. Les auteurs indiquent des moyens pour prévenir ce problème, tels que d'informer les résidents sur leurs droits et les procédures de signalement, une information sur les personnes de référence à l'extérieur de l'institution, puis permettre aux résidents d'exprimer leurs plaintes sans crainte de répercussions négatives sur eux (Collins, 2006 ; Baker & Heitkemper, 2005; Joshi & Flaherty, 2005). De plus, le principe de non-malfaisance demande aux infirmières de reconnaître, de réduire ou d'éviter les risques potentiels. Il

s'agit de prévenir puis de supprimer tout ce qui cause le mal. Cela relève du devoir de l'infirmière de détecter les cas de maltraitance.

Les facteurs de risque de la maltraitance en lien avec la société se centrent particulièrement sur le problème lié à la définition de la maltraitance qui est trop vague et imprécise, provoque une difficulté pour déterminer l'ampleur exact du problème. Puis sur le problème lié à l'évolution de la société moderne qui manifeste une faible estime des personnes âgées. Les auteurs ne donnent pas de réponse pour prévenir le problème en lien avec la définition de la maltraitance. Mais que l'essentiel est de mieux comprendre ce qu'est la maltraitance pour ainsi mieux connaître le problème (Joshi & Flaherty, 2005). En ce qui concerne le problème lié avec l'évolution de la société, les auteurs penchent en faveur d'une évolution de l'attitude à l'égard des personnes âgées et de l'éducation des enfants à la morale, au respect et au développement de l'estime de cette population. Pour ainsi développer l'estime des personnes âgées et réduire les risques de violence, il faut favoriser une bonne relation entre les soignants et les résidents. Chaque soignant doit traiter le résident avec tout le respect qu'on aimerait recevoir. L'information et la sensibilisation de la population permettent aussi de diminuer la maltraitance, par la médiatisation des cas d'abus ainsi que par des reportages. Ce qui devrait permettre à la société de prendre conscience du problème de la maltraitance (Baker & Heitkemper, 2005 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Collins, 2006 ; McGarry & Simpson, 2008).

Pour résumer cette partie, nous constatons que la maltraitance est au centre de débats éthiques qui cherche à saisir sous quelles conditions un comportement peut être considéré comme juste, et à définir la frontière entre les comportements moraux et les autres comportements des hommes. Les principes éthiques s'inspirent du code de déontologie. Ce code de déontologie infirmière et ces principes éthiques permettent aux soignants d'avoir un texte sur lequel se baser pour avoir une pratique soignante réflexive. Cette réflexion éthique s'appuie essentiellement sur quatre principes, que sont l'autonomie (respect de l'auto-détermination), la bienfaisance (souci de faire le bien, d'offrir sécurité et qualité de vie), la non-malfaisance (prévention des dommages potentiels) et la justice (recherche d'une répartition juste des ressources, avantage, charges et dépenses). Ces principes éthiques dénoncent le fait de porter atteinte à un patient volontairement ou par négligence. Ils guident les professionnels de la santé vers

une prise de décision et une pratique moralement adéquate. Ceci doit être complété par une réflexion sur les compétences morales, dont les soignants doivent faire preuve, telles que véracité, fidélité, authenticité et honnêteté. La maltraitance ne correspond absolument pas aux principes que l'éthique dicte à la profession. L'utilisation de cet outil réflexif devrait se faire sur le terrain autour de situations problématiques.

6.3. Les perspectives pour la pratique

Après avoir traité des facteurs de risque et différentes pistes de prévention énumérés par les auteurs, nous tenterons d'exposer notre point de vue et nos pistes de prévention de la maltraitance en institution qui seraient applicables dans le milieu des soins.

En lien avec les facteurs de risque professionnels, le moyen de prévention qui nous semble prioritaire est la formation. Celle-ci permet de définir tous les facteurs de risque dans notre pratique quotidienne et nous permet en tant que professionnel de proposer et mettre en place divers moyens de prévention supplémentaires à ceux cités par les auteurs. Nos propositions sont les suivantes : une formation sur les pathologies gériatriques accessibles à tous les membres de l'équipe (aide-soignante, ASSC, infirmière) lors de colloque d'équipe, une formation sur le stress (pour connaître et utiliser des petits moyens dans la gestion du stress au quotidien comme par exemple la relaxation, le yoga, les huiles essentielles...) et l'épuisement professionnel (burnout), une formation sur l'éthique professionnelle, une formation continue qui permet de rester à jour et efficace dans la prise en charge des patients gériatriques, une formation pour améliorer et participer à l'encadrement des nouveaux collaborateurs, y compris des stagiaires et étudiants (exemple praticien formateur), une formation sur la communication. Pour terminer nous proposons de chercher, de connaître et de faire connaître les procédures de signalement des cas de maltraitance en institution.

En lien avec les facteurs de risque institutionnels, nous proposons d'améliorer la collaboration interdisciplinaire (ergothérapeutes, physiothérapeutes...), par exemple mise en place de moyens auxiliaires adaptés aux résidents dépendants (pince télescopique, enfile chaussettes et bas, rehausseur wc, couverts adaptés) et matériel adéquat (élévateur, baignoire hydraulique, poignées et sièges de douche...). Proposer des colloques interdisciplinaires pour évaluer les cas et besoins des résidents.

Développer et travailler à améliorer l'organisation du travail selon la charge de travail (rotation des équipes pour éviter de prendre en charge un résidant pendant plusieurs jours ce qui induit ou peut induire un épuisement au final) qui évolue toujours en institution, proposer la mise en place d'une boîte à idées pour chacun puissent y déposer ses plaintes et demandent sur ce qui se fait dans l'institution (évaluation de la charge de travail, évaluation de l'effectif et possibilités de remplacement) et ainsi créer des opportunités d'échanges des membres de l'équipe infirmière et/ou pluridisciplinaire lors de colloques. Si ce n'est pas déjà le cas, nous proposons une évaluation du personnel (une fois par année ou plus si nécessaire).

En lien avec les facteurs de risque autour du résidant, nous proposons la mise en place d'une meilleure collaboration entre le médecin traitant, l'équipe, la famille (réseau social si existant), le résidant afin d'adapter au mieux le traitement et la prise en charge en terme de soins de ce dernier pour maintenir son indépendance (par exemple dans les activités de la vie quotidienne). Ceci est une piste de prévention de la maltraitance de part son effet positif sur la qualité des soins donnés et reçus, la charge de travail, le moral du résidant, et pour finir le stress.

Une autre proposition est d'encourager les familles ou l'entourage des résidants en leur communiquant l'importance de leurs visites, l'effet positif de celles-ci sur le résidant (pour lutter contre l'isolement ou le sentiment d'abandon...). De plus, l'entourage dans la plupart des cas permet l'expression des souvenirs et du vécu de son quotidien, et permet aussi un bilan de sa vie. Un résidant en confiance peut aussi mieux s'exprimer sur d'éventuels abus ou maltraitances.

Toujours dans l'optique de la prévention, nous proposons des discussions d'équipes dès lors qu'un cas paraît suspect (manifestations de peur ou réactions inhabituelles d'un résidants tels que angoisse, agitation, pleurs...). Ceci vise une piste de prévention en terme de dépistage et aussi de sensibilisation au sein de l'équipe, autour du résidant.

Il nous paraît important de proposer dans l'organisation de la prise en charge du résidant de s'assurer régulièrement auprès de lui que la qualité de vie au sein de l'institution lui soit satisfaisante et qu'il ne rencontre pas de difficulté, et que si le cas devrait se présenter, nous le sollicitons à s'exprimer à ce sujet.

En lien avec les facteurs de risque de la société, nous pensons que la prévention est insuffisante. Par rapport aux trois autres facteurs de risque précités qui sont, très en

interaction, celui traitant de la société est à part. Nous pensons que ce sujet devrait être beaucoup plus traité en terme de prévention à travers les médias (informer sur ce que se passe, sur les droits et devoirs, briser les tabous), au niveau infirmier, la prévention dans ce domaine peut se poursuivre par de la recherche en science infirmière afin de proposer des pistes de promotion et prévention de la santé, qui pourrait être diffusés au sein des établissements scolaires, institutions pour personnes âgées, écoles d'infirmières. Nous proposons de l'éducation (en matière de respect des aînés, les valeurs de la vie, la violence...) que se soit dans le cercle scolaire (apportée par l'infirmière en santé communautaire) en complément de ce qui se fait dans le cadre familial.

Ces éléments sont des pistes d'actions que l'on pourrait tenter de transférer dans le milieu des soins en institution pour personnes âgées. Cependant, différentes raisons pourraient rendre nos propositions difficiles à appliquer : le manque de temps, la faible disponibilité des soignants (vie de famille, horaires contraignants...), les restrictions financières.

7. Conclusion

Premièrement, ce dernier chapitre servira à relever l'intérêt que cette revue de littérature peut avoir pour la pratique infirmière. Ensuite, une critique sera présentée suivie de nouvelles perspectives de recherche. La conclusion se terminera par le mot de l'auteure vis-à-vis de ce travail.

Cette revue de littérature a permis de soulever quels sont les facteurs de risque de la maltraitance ainsi que les moyens de prévention que l'on peut exercer. Pour la pratique infirmière, ce travail peut donner des pistes d'observation des facteurs pouvant mener à la maltraitance.

Les points forts de ce travail ont été la quantité d'information qui a pu être recueillie. Plusieurs écrits sont présents sur cette thématique. La plupart des recherches sélectionnées pour réaliser ce travail avaient une bonne méthodologie ; c'est-à-dire une bonne qualité qui comportaient toutes un résumé, une introduction, une explication de la méthodologie, des résultats, une discussion et une conclusion. De plus, il y avait une certaine cohérence entre les résultats des différentes recherches, ce qui démontre la pertinence de celle-ci. L'élaboration de cette revue de littérature a permis également d'accomplir différents apprentissages. Tout d'abord, des apprentissages méthodologiques ont été réalisés. En effet, la revue de littérature étoffée nécessite des étapes bien définies comme par exemple l'importance de poser une question de recherche ciblée et celle de sélectionner soigneusement les articles. De plus, une meilleure connaissance de l'anglais professionnel s'ajoute à ceux-là. Dans les points négatifs concernant cette revue de littérature, il y a tout d'abord l'inexpérience de l'auteure car en effet ce travail a été sa première revue de littérature. Puis la majorité des études publiées sur ce sujet étant en anglais, une langue partiellement maîtrisée par l'auteure, la difficulté de l'analyse des recherches a été accrue, ce qui a ralenti la réalisation de ce travail. En lien avec la méthodologie, une étude seulement a été réalisée en Suisse, les autres dans des pays comme la République Tchèque, le Canada et pour la grande majorité, les Etats-Unis et l'Angleterre. La question est alors de savoir si les facteurs et les moyens de prévention sont les mêmes en Suisse que dans ces pays qui n'ont peut-être pas les mêmes valeurs et la même culture qu'en Suisse. Il serait

intéressant, de refaire dans le futur le même type de recherche mais uniquement en Suisse. Pour terminer, beaucoup de facteurs et de moyens de prévention étaient décrits, mais peu étaient vraiment approfondis. De ce fait, pour certains points, des éclairages supplémentaires auraient été souhaitables. Dans les points à améliorer, je pense qu'aujourd'hui je ferais attention à bien rester axée sur la problématique pour la recherche et la sélection d'articles car cela m'éviterait de perdre du temps pour les lire, les traduire et les analyser.

Le choix de ce thème a été motivé par des situations que j'ai moi-même vécues dans un service de gériatrie. J'ai pu observer des gestes brusques, des paroles déplacées, des négligences par certaines infirmières et aides-soignantes. Ces situations m'ont fait beaucoup réfléchir, et surtout sur la manière d'agir face à ce genre de situation. Pour finir, j'avoue ne rien avoir fait quant à cette maltraitance car je n'ai pas osé en parler de peur de perdre ma place de stage ou d'être rejetée par l'équipe. Au début du travail, j'avais l'impression de connaître plusieurs éléments sur la maltraitance, mais lors de mes recherches, je me suis rendue compte de la complexité du sujet. J'ai été très touchée par les reportages que j'ai pu voir à propos de la maltraitance en institution. Suite à ce travail, j'ai acquis de nombreuses connaissances sur la maltraitance. Pour mon avenir, je souhaite identifier les facteurs de risque⁵ puis mettre en pratique les moyens de prévention une fois que je serai engagée dans un service où je serais amenée à côtoyer des personnes âgées. Je vais également faire profiter l'équipe de mes connaissances acquises si des cas de maltraitance se présentent.

⁵ Cf. : 9.2 : Annexe B : Grille d'évaluation des facteurs de risque de maltraitance

8. Bibliographie

8.1. Ouvrages

- De Saussure, C. (1999). *Vieillards martyrs, vieillards tirelires : maltraitements des personnes âgées*. Paris : Médecine & Hygiène.
- Diamant-Berger, F., & Kerangall, C. (2000). *Les personnes âgées : pour une prise en charge globale*. Paris : Masson.
- Durand, J.-P. (1994). *Gérontopsychiatrie : Formez-vous*. Paris : Lamarre.
- Ferragut, E. (2006). *Agressions et maltraitements*. Paris : Masson.
- Gineste, Y. (Ed) (2004). *Silence, on frappe : de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*. Milly-la-Forêt : Animagine.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J. & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Canada : Maloine.
- Loisel, C.G. & Profette-Mc Grath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.
- Marc, B. (2004). *Maltraitements et violences : prise en charge du petit enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne âgée*. Paris : Masson.

8.2. Polycopiés

- De Reyff, M. (2009). *Modèles pour expliquer le concept de stress*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Progin, E. (s.d.). *La maltraitance des personnes âgées lors de la prise en soins*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Bulliard Verville, D. (2007). *Vivre le stress et le décoder*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

8.3. Articles

- Despont, O. & Klingshirn, A. (2003). *Maltraitance : outils d'analyse et de prévention*. Fribourg : Ecole du personnel soignant.
- Despont, O. & Rapin, C.H. (2000). Enquête pilote réalisée dans les homes médicalisés du canton de Fribourg : de la maltraitance vers la reconnaissance. *Soins infirmiers*, 3, 56-59.
- Heiniger, M. (2003). La souffrance des soignants face à leur propre agressivité : Moi, maltraiter ? Jamais ! *Soins infirmiers*, 9, 48-51.

8.4. Mémoires

- Despont, O. (1998). *De la maltraitance vers la reconnaissance. Violence envers les personnes âgées : bilan et prévention dans les homes médicalisés du canton de Fribourg*. Mémoire d'étude. Certificat interfacultaire de Gérontologie, Genève.

8.5. Recherches

- Baker, MW. & Heitkemper, MM. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing outlook*. 53, 253 – 259
- Bužgová, R. & Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*. 16, 110 – 126
- Christen-Gueissaz, E., Roulet, D., Genton, A., Viens-Python, N. & Heiniger, M. *Unité de recherche et d'intervention en gérontologie*. (2004). Prévention de la maltraitance des personnes âgées. Recherche-action réalisée dans quelques établissements médico-sociaux vaudois. UNIGER, Institut de Psychologie, Faculté des Science sociale et politiques.
- Collins, KA. (2006). Elder maltreatment: a review. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 130, 1290 – 1296

- Dong, X. & Simon, MA. (2008). Is greater social support a protective factor against elder mistreatment? *Gerontology*. 54, 381 – 388
- Donohue, WA., Dibble, JL. & Schiamberg, LB. (2008). A Social Capital Approach to the Prevention of Elder Mistreatment. *Journal of elder abuse and neglect*. 20, 1 – 23
- Joshi, S. & Flaherty, JH. (2005). Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinics in geriatric medicine*. 21, 333 – 354
- Lindbloom, EJ., Brandt, J., Hough, LD. & Meadow, SE. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 8, 610 – 616
- McGarry, J. & Simpson, C. (2008). Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. *Nursing standard*. 22, 49 – 55
- Neno, R. & Neno, M. (2005). Identifying abuse in older people. *Nursing standard*. 20, 43 – 47
- Ploeg, J., Fear, J., Hutchison, B., MacMillan, H. & Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 21, 187 – 210

8.6. Brochures

- Association suisse des infirmières et infirmiers. (1999). *Ethique et soins infirmiers*. Berne : ASI.
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2003). *L'éthique dans la pratiques des soins*. Berne : ASI.
- Conseil international des infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : Auteur
- Office fédéral de la statistique. (2009). *Portrait démographique de la Suisse, édition 2006*. Neuchâtel : Auteur.

8.7. Sites internet

- ALMA France. (s.d.). *Statistique 2007*. [Page WEB]. Accès : <http://www.alma-france.org/Statistiques-2007.html> [page consultée le 21.03.11]
- Alter Ego, (s.d.). Qui sommes-nous ? [Page WEB]. Accès : http://www.alter-ego.ch/54/ALTER_EGO.html [page consultée le 25.03.11]
- Office fédéral de la statistique, (2009). *Population : panorama* [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/pan.Document.118132.pdf> [page consultée le 27.03.11]
- Organisation des Nations Unies (s.d.). *Déclaration universelle des droits de l'homme* [Page WEB]. Accès : <http://www.un.org/french/aboutun/dudh.htm> [page consultée le 29.03.11]
- Organisation Mondiale de la Santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Chapitre 5 [Page WEB]. Accès : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf [page consultée le 29.03.11]
- (s.d.). *PubMed*. [Page WEB]. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [page consultée le 10.04.10]
- RIFVEL (s.d.). *Vieillir en liberté*. [Page WEB]. Accès : <http://www.rifvel.org/> [page consultée le 29.03.11]

8.8. Document audio-visuel

- Les vieux ont-ils des têtes à claques? (12 juin 1997). [Emission Temps présent]. Genève : Télévision suisse romande.

9. Annexes

9.1. Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail moi-même, en respectant les règles et normes de l'école. Les références utilisées sont nommées et clairement identifiées selon les directives. »

Benita Bytyqi

9.2. Annexe B : Grille d'évaluation des facteurs de risque de maltraitance

Grille d'évaluation des facteurs de risque de maltraitance

C'est de la rencontre des facteurs de risques chez la personne âgée et dans son environnement (humain et structurel) que naît la maltraitance. La grille ci-dessous permet d'évaluer les risques liés au profil de la victime potentielle et aux situations favorisant les dérives et les abus. Elle permet de sensibiliser l'observateur et de cibler la prévention. A elle seule, elle ne permet pas de dénoncer des maltraitances, mais d'en évaluer le risque.

- Cochez dans chacune des colonnes les items qui correspondent à la situation telle que vous la percevez.
- Au bas de chaque colonne, faites le total des items cochés : dès 5 items dans au moins une colonne, la situation représente un risque important.
- Vous pouvez visualiser le degré de risque en hachurant les colonnes au centre, en reportant le total des facteurs de risque des items de gauche et de droite.

Profil de victime potentielle		Environnement à risque	
<input type="checkbox"/>	Cette personne		
<input type="checkbox"/>	Est dépendante de l'aide d'autrui pour le A.V.Q. (soins de base)	16	16
<input type="checkbox"/>	A peu de contact avec l'extérieur de l'institution.	15	15
<input type="checkbox"/>	Vit en réclusion évidente dans sa chambre.	14	14
<input type="checkbox"/>	Est veuve, veuf, ou célibataire.	13	13
<input type="checkbox"/>	Est désorientée, confuse, a des pertes de mémoire.	12	12
<input type="checkbox"/>	Présente des troubles du comportement (déambulation, agitation, ...) .	11	11
<input type="checkbox"/>	A de la peine à communiquer ses émotions, ses expériences .	10	10
<input type="checkbox"/>	Change brusquement d'humeur.	9	9
<input type="checkbox"/>	A l'air calme à l'excès, apathique.	8	8
<input type="checkbox"/>	Paraît effrayée, méfiante, et/ou présente une apparence négligée.	7	7
<input type="checkbox"/>	Souffre de douleurs chroniques peu ou pas soulagées, pleure facilement.	6	6
<input type="checkbox"/>	Demande la permission à un tiers pour répondre aux questions.	5	5
<input type="checkbox"/>	Exprime des plaintes : douleurs, inconforts, vol, veut quitter l'EMS.	4	4
<input type="checkbox"/>	Dit qu'on la maltraite.	3	3
<input type="checkbox"/>	Est incapable ou embarrassée d'expliquer ses blessures.	2	2
<input type="checkbox"/>	Exprime le souhait de mourir ou de se suicider.	1	1
<input type="checkbox"/>	←total, à reporter en hachurant la colonne graduée de gauche.		à reporter en hachurant la colonne de droite, total→

Autres indices de maltraitance : (témoignages, plaintes, observations particulières, doutes,...)

Risque de quel type de maltraitance : négligence abus psychosocial abus matériel abus physique abus sexuel

	Risque important	⇒ évaluation collective et décision sur des interventions ciblées.
	Risque présent	⇒ évaluation collective.
	Risque pas mis en évidence	⇒ réévaluation régulière.

9.3. Annexe C : Grilles d'analyse des recherches

1^{ère} recherche :

<ul style="list-style-type: none"> • Titre de la recherche • Auteurs • Journal • Année de publication • Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Elder abuse and mistreatment in residential settings • Radka Bužgová & Kateřina Ivanová • Nursing Ethics • 2009 • République Tchèque
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les expériences vécues par les employés et résidents sur la maltraitance perpétrée par le personnel infirmier et les membres de la famille dans les foyers ? Quels sont les expériences de la maltraitance des personnes âgées vécues par les membres de la famille, employés et résidents indiquées dans les plaintes déposées auprès des autorités municipales d'Ostrava ? • Pas d'hypothèse mentionnée • But de cette étude était de décrire les expériences vécues des employés et résidents dans l'abus des personnes âgées commis par du personnel infirmier dans des EMS. La maltraitance des personnes âgées est un problème étudié pour révéler les vécus d'abus des personnes âgées soit par les personnes âgées elles-mêmes soit par les employés puis de savoir leurs points de vue sur les raisons pour lesquelles ce phénomène se produit.
<p>Cadre de référence/Concepts</p>	<p>Définition de la maltraitance par l'OMS : ... Un acte unique ou répété, ou l'absence de mesures appropriées, se produit dans toute relation où il y a une attente de confiance, qui cause un préjudice ou une souffrance à une personne âgée. Il peut être de différentes formes : physique, psychologique et affective, sexuelle, l'exploitation financière et négligence.</p>
<p>Population / Echantillon</p>	<p>Participants : ensemble de l'échantillon se composait de 20 résidents et 26 employés de 4 foyers pour personnes âgées dans la ville d'Ostrava, en République tchèque, et 2 managers de l'autorité municipale extérieurs à l'institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Résidents</u> : échantillon des résidents se compose de 6 hommes et 14 femmes âgés de 78 à 94 ans. L'âge moyen des résidents était 86 ans. Leur durée moyenne de séjour au foyer a été 6 ans. Les résidents devaient répondre aux critères suivants: capable de communiquer, orienté dans le temps et l'espace et voulant participer

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Employés</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ échantillon des employés a été divisé en 3 catégories par rapport à leur profession : personnel de soins directs (7 infirmières et 6 aides-soignants) ; 4 directeurs ; autres employés (9 travailleurs sociaux et 2 physiothérapeutes) ○ sexe des employés : 1 travailleur social était un homme ; 27 employés étaient des femmes ○ âge moyen des employés a été de 39 ans ○ leur durée moyenne de travail dans l'institution a été de 8 ans ○ la durée moyenne d'expérience de travail total avec les personnes âgées a été de 14 ans
Type de recherche	Etude qualitative et phénoménologique
Aspects éthiques	Principes éthiques ont été observés dans le cadre de la recherche en soins infirmiers. Le consentement a été obtenu par les fondateurs et directeurs de toutes les maisons sélectionnées. La commission d'éthique de l'Université d'Ostrava a donné leur consentement pour la mise en œuvre de la recherche. Les résidants et le personnel ont été informés à l'avance par l'établissement sur la recherche dans les mauvais traitements afin de décider s'ils souhaitent participer. L'enquêteur est venu voir chaque participant afin de leur expliquer l'importance de la recherche et la façon dont il allait procéder. Chaque répondant a été assuré de l'anonymat de toutes les données fournies et la possibilité de se retirer de la recherche, même dans le cadre d'une entrevue, ou de ne pas répondre à toutes les questions. Les résidants qui ont accepté une interview ont signé un consentement éclairé. L'enquêteur n'a pas été autorisé à être un employé de l'établissement. Les employés ont été informés à l'avance par lettre, de la recherche, sa réalisation, la méthode et du traitement des données. Ils leur ont également assurés l'anonymat. Les personnes qui ont accepté d'être interrogées ont signé un consentement éclairé.
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	<p>Collecte des données : données ont été recueillies au moyen d'entrevues non-directives, avec l'accent sur l'empathie et la confiance. Les répondants ont été interrogés sur leurs expériences des mauvais traitements. Les entretiens ont eu lieu dans la chambre des résidents et a duré 11-25 minutes. Les entrevues avec les employés ont eu lieu dans une salle spéciale et a duré 12-54 minutes. Un total de 40 entrevues a été enregistré et retranscrites mot à mot. Les documents qui contenaient des plaintes sur les comportements abusifs des employés dans des foyers à Ostrava ont été analysés.</p> <p>Analyse des données : l'interprétation des données reposait sur une analyse qualitative phénoménologique.</p>
Résultats	<p>Causes de la maltraitance envers les personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Caractéristiques institutionnelles</u>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mauvaise organisation de travail ○ Règlement institutionnel : il existe un règlement institutionnel dont les résidants doivent s'y conformer comme par exemple, ils n'ont pas la possibilité de choisir l'heure de se lever, se coucher ou de manger. Certains résidants l'acceptent mais d'autres montrent parfois leur mécontentement. ○ Pénurie de personnel : peut conduire à un manque de temps à consacrer aux résidants, de faire les choses à la place du résidant ce qui ne favorise pas leur indépendance, de plus les soins peuvent devenir insuffisants. <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prévention : institutions d'avoir des moyens de contrôle et de surveillance de la maltraitance, puis des procédures de déclaration. Les institutions doivent respecter les normes de qualité et permettre au personnel soignant d'appliquer ces normes de qualité donc de fournir des soins adéquats à la personne âgée. ● <u>Caractéristiques des employés</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Épuisement des employés (burnout) : épuisement causé par un travail exigeant, par exemple par des heures supplémentaires obligatoires. Le burnout est surtout provoqué par le stress. <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prévention : la diminution des heures de travail supplémentaires aiderait fortement à la prévention de l'épuisement professionnel. Le fait d'avoir une dotation suffisante en personnel soignant pourrait permettre d'éviter ces heures additionnelles. Les institutions doivent évaluer le niveau de burnout, puis faire de la prévention par des groupes de soutien et d'écoute pour se décharger. La rotation régulière permet de réduire le burnout. L'institution favorise le bon climat et entretient la reconnaissance et la valeur du travail. ○ Problèmes personnels des employés : ils peuvent avoir une influence sur leurs relations avec les résidants. Les histoires personnelles de violence ou si les soignants sont abusés eux-mêmes, ont plus de risque de maltraiter une personne âgée. Si le soignant souffre de dépression, il y a un risque d'abus. ○ Stress : il y a cinq sources de stress : la brutalité des employés n'est pas préméditée, mais est le résultat d'un travail et une charge de travail extrêmement stressant en raison du manque de personnel, du manque de formation, du manque de temps pour des soins individualisés, des conflits interpersonnels et l'agression par certains résidants ou leurs proches. <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prévention : les conditions de travail acceptables, c'est-à-dire la dotation suffisante en personnel soignant est un moyen de prévention de la maltraitance lors d'une charge de travail stressante en raison du manque de personnel. Surveiller les relations entre le personnel et les
--	--

	<p>résidents pour prévenir les cas de maltraitance.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Connaissances inadéquates dans le domaine des soins : la non-qualification du personnel. Le développement de compétences autour du respect de la personne âgée passe par des apprentissages de connaissances et de savoirs être qui ne peuvent être acquis que par une formation approfondie. Centrer la formation : sur l'étude relationnel soignant-soigné, sur l'accompagnement des crises de la sénescence (dépendance, veuvage, changement rôle social). La formation offre des outils pour éviter de sombrer dans la violence. Les soignants sont capables de vivre dans un milieu difficile, de faire face aux comportements agressifs. <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prévention : en milieu institutionnel, il n'est pas nécessaire que tous les soignants soient des infirmiers. Il semble par contre indispensable que chacun ait reçu un minimum d'instruction avant sa prise de fonction. Il ne devrait pas être possible pour n'importe qui de pouvoir assurer des soins de nursing sans avoir été formé. Plusieurs évaluations de compétences professionnelles devraient être faites régulièrement. Ce qui explique que le personnel soignant doit avoir des connaissances et des compétences professionnelles suffisantes pour travailler dans le domaine des soins. ○ La pénurie du personnel : peut conduire à un manque de temps pour résident, à faire les choses à sa place, les soins sont précipités. ○ La non-déclaration des cas : les raisons sont (peur de perdre l'emploi, peur des représailles, pas de courage, impuissance). Cela est lié à un sous-financement des institutions. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention : informer les soignants quand aux procédures de signalement dès l'engagement. ● <u>Caractéristiques des résidents</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Caractéristiques personnelles des résidents (personnalité du résident modifiée par ses différentes pathologies : démence, agitation, agressivité → l'agressivité du résident altère la qualité des soins offerts. Ces comportements viennent se rajouter au stress du soignant. ○ Dépendance physique ou mentale : dépendance du dément, par la charge qu'elle constitue sur les tiers, épuisés et à bout de nerf, susceptibles au fil du temps de gestes d'égarement, d'où le risque d'abus ○ Isolement des membres de la famille : isolation du résident, manque de contact avec sa famille ou ses proches, très peu de visites ou pas du tout
Discussion	Déclarations des répondants ont confirmé l'abus dans ces institutions. Notre étude a montré que la brutalité des employés n'est pas préméditée , mais est le résultat d'un travail qui est extrêmement stressant en raison de

	<p>manque de personnel, manque de temps pour des soins individualisés, conflits interpersonnels et l'agression par certains résidants ou leurs proches. Les causes de l'abus envers les résidants identifiés par notre recherche correspondent aux facteurs de risque de la maltraitance des personnes âgées en EMS cité par le centre national à Washington. Ils peuvent être classés comme suit : facteurs externes (schéma institutionnel, mauvaise organisation du travail, mauvaise sélection des employés, manque de temps pour un résidant causée par le manque de personnel ou par une mauvaise organisation du travail) ; facteurs internes (épuisement professionnel, problèmes personnels des employés, le manque d'éducation). Selon le centre national sur la maltraitance des personnes âgées, il est nécessaire d'inclure ces causes dans des mesures préventives. Memarian et al. a également souligné que l'éthique professionnelle du travail des infirmières est influencée par des facteurs internes et externes. Les facteurs internes comprennent les caractéristiques personnelles telles que les connaissances et les compétences, éthique et engagement professionnel, respect de soi et respect des autres, expérience du travail, relations efficaces, intérêt pour la profession et de la responsabilité. Les facteurs externes comprennent les facteurs professionnels tels que la gestion, contrôle, supervision, licence de travail et facteurs environnementaux, y compris la fourniture d'un système efficace d'éducation et de la technologie adéquate. La violence peut également provenir de la dépendance, démence, maladie mentale, hostilité et agressivité des résidents. Les victimes de violence les plus fréquentes sont à charge, rarement visité, agressif et insatisfait.</p>
<p>Conclusion et recommandations</p>	<p>La fragilité des personnes âgées qui dépendent de l'aide des autres peut être un facteur de risque de maltraitance. Il est nécessaire dans les EMS de créer des politiques de prévention qui mettra l'accent sur le contrôle et la surveillance des personnes âgées en ce qui concerne la violation des droits et la violence psychologique et physique, ainsi que sur le renforcement des cultures organisationnelles qui respectent les principes éthiques. Les personnes âgées vivant en EMS sont devenus un groupe à risque d'abus. Les soins infirmiers de ces personnes et les normes de soins doivent être fondés sur l'éthique professionnelle. Les personnes âgées qui sont placés dans des EMS devraient avoir le droit à la dignité, soins et participer à la prise de décisions concernant leur propre vie. Pour prévenir et résoudre les problèmes de maltraitance des personnes âgées, les EMS devraient inclure des politiques de prévention de l'abus dans leur structure organisationnelle. Selon les résultats de ces recherches, les principaux points doivent être :</p> <p><u>Dans les formes de maltraitance des personnes âgées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normes pour le traitement des familles endeuillées quand ils reçoivent les affaires de leur parent décédé • Supervision dans le domaine de la violence psychologique (en particulier la violence verbale) • Supervision dans le domaine de la violation des droits de l'homme (violation du droit à la prise de décision et

	<p>libre choix)</p> <ul style="list-style-type: none"> Supervision dans le domaine de la violence physique (en particulier l'utilisation excessive de moyens de contention) <p><u>Dans les causes de la maltraitance des personnes âgées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre suffisant de membre du personnel ; pour sensibiliser les employés au sujet des droits de l'homme et la violence psychologique ; pour sensibiliser les employés à l'éthique professionnelle à l'aide d'études de cas <p>Il est important pour les EMS de développer une culture organisationnelle et qui respecte aussi les principes éthiques applicables à des soins médicaux et infirmiers. Les programmes de prévention qui mettraient l'accent sur les facteurs ci-dessus pourraient contribuer à réduire les mauvais traitements en milieu résidentiel. Cela nécessite la participation active des institutions individuelles, de leurs fondateurs et des pouvoirs publics. Il est également nécessaire de surveiller les relations entre les employés et les résidents. Il est prouvé que de bonnes relations entre les résidents et les employés visent à réduire le risque de violence, dans ce cas, les employés respect les résidents et leurs choix plus volontiers.</p>
Limite de l'étude	<p>La présente étude comporte certaines limites. La première est la sélection de l'échantillon. Les résidents qui répondaient aux critères requis ont été recommandées par le personnel, ce qui comportait un certain risque pour la sélection. La sélection du personnel a été limitée par leur volonté de parler d'un sujet sensible, sans crainte de nuire à leurs propres intérêts. Comme les résultats de recherche donnent à penser, les répondants ont une certaine expérience avec les mauvais traitements qu'ils étaient disposés à partager. Une autre limitation est le choix d'une méthode qualitative basée sur des schémas de codage, qui sont fondés sur des ensembles de catégories. Il est très difficile dans les méthodes qualitatives de prouver la validité de la recherche et la fiabilité ainsi que la généralisation des résultats. Cependant, cette étude est devenue un point de départ d'une enquête quantitative approfondie, dont les résultats ont déjà affirmé la vérité et la cohérence de certains résultats.</p>
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> Auteurs de cette étude viennent du département des sciences infirmières et sages-femmes de la faculté de médecine. Cette étude se centre plus principalement sur les formes et les causes de la maltraitance mais elle répond tout de même à ma question de recherche. Elle soulève la nécessité de créer des politiques de prévention pour prévenir la maltraitance des personnes âgées en institution. Elle nomme aussi certaines pistes d'actions pour parvenir à cette prévention, pour cela il faut agir sur les formes et les causes de la maltraitance. D'où l'importance de cette étude qui explique en profondeur ces deux points. Mais il m'aurait été utile d'avoir encore plus d'explications et de précisions à ce sujet, c'est-à-dire sur la manière d'y procéder, les moyens les

	<p>plus efficaces.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cette étude a été bien construite, de plus elle est récente et s'appuie sur d'autres recherches.• Il y a une bonne présentation de l'analyse avec des tableaux et des citations des personnes qui ont participé.• La prise en considération des aspects éthiques et déontologiques est présente.
--	---

2ème recherche :

Titre de la recherche Auteurs Journal Année de publication Pays	A systematic review of interventions for elder abuse <ul style="list-style-type: none"> • Jenny Ploeg : Ecole des sciences infirmières • Jana Fear : Ecole des sciences infirmières • Brian Hutchison : Professeur émérite, Département de médecine familiale et d'épidémiologie clinique et bio-statistique • Harriet MacMillan : Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales et de pédiatrie • Gale Bolan: Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre Journal of Elder Abuse & Neglect 2009 Canada
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions contre la maltraitance sont-elles efficaces? Certaines interventions contre la maltraitance des personnes âgées sont plus efficaces que d'autres ? • Pas d'hypothèse mentionnée • Utiliser des méthodes d'une revue systématique pour résumer l'efficacité des interventions sur la maltraitance des P-A.
Cadre de référence / Concepts	Pas de cadre de référence ou de concepts mentionnés
Population / Echantillon	10 articles
Type de recherche	Revue de littérature
Aspects éthiques	Pas d'aspects éthiques mentionnés
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	Recherche documentaire : ont recherché dans chaque base de données sur Ageline, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, PubMed, résumés sociologiques, résumés des sciences humaines depuis début février 2008, en utilisant la base de données spécifique approprié avec les titres et mots-clés suivants « maltraitance des personnes âgées » et « négligence des personnes âgées ». Dans cette recherche, pour les principales études sur les interventions contre la maltraitance des personnes âgées, ont aussi recherché sur des revues systématiques de littérature en utilisant l'Association médicale canadienne INFOBASE, bibliothèque de Cochrane (Cochrane Library), résumés de l'efficacité des études sur la base de données de Services Nationaux de santé, et chambre de

	<p>compensation de directive nationale (National Guideline Clearinghouse) de la base de données respective. Textes des articles pertinents ont été analysés en utilisant les critères d'inclusion suivants : article sur l'abus de P-A de 60 ans et plus; article décrit une intervention qui porte sur une ou plusieurs des types de maltraitance envers les P-A (négligence, physique, psychologique, financière, ou) ; article décrit une intervention qui vise à fournir de l'aide aux personnes maltraités ou aux auteurs, les professionnels qui prennent soin des P-A, ou la communauté; l'article comporte une évaluation des clients, professionnels et/ou résultats dans la communauté (collectivité); article est une étude primaire; étude utilise les méthodes quantitatives; étude comprend un groupe de comparaison et étude est publiée en anglais. Etudes étaient exclues si elles ne s'adressent que de négligence de soi ou si ont été menées dans un pays en développement.</p> <p>Extraction des données : pour chaque étude, les 2 enquêteurs ont extrait les données sur le cadre de l'étude, l'échantillon et les caractéristiques de l'intervention. Un chercheur a extrait des informations sur les résultats de l'étude et le second a comparé les données extraites de la source de données originale.</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une série d'interventions ciblées sur les personnes âgées victimes de violence ont été étudiés, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▪ un groupe de soutien psychopédagogique ▪ 2 programmes de gestion des cas d'abus aux P-A : 1 axé sur les interventions juridiques (programme fourni des services juridiques aux victimes qui comprend l'application des ordonnances de protection ou un tribunal pénal, engageant l'application de la loi en collaboration avec les services du ministère pour poursuivre l'agresseur) et l'autre sur les services sociaux (qui comprennent des conseils, orientation, liens avec la santé et des services de santé mentale, aide à l'obtention des droits et des autres services communautaires et l'aide au logement) ▪ l'éducation liée aux mauvais traitements ▪ des visites à domicile lors de violence domestique par un conseiller et la police ▪ les visiteurs bénévoles qui ont fourni une assistance ▪ du soutien et de la défense avec l'utilisation du système de la justice pénale et de la gestion des cas et d'autres services ▪ un programme axé sur le droit et un programme basé sur la protection • Une étude a examiné une intervention éducative pour le personnel soignant à risque • Interventions pour les professionnels ont inclus : <ul style="list-style-type: none"> ▪ programme de formation pour les visites dans le cadre d'une rotation en gériatrie : pour évaluer le potentiel des victimes d'abus → résidents reçoivent des visites au cours des 3 années de résidence

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cours de formation éducatif pour le personnel infirmier, aides-soignants, directeurs de soins, et assistants sociaux → suivre des séances hebdomadaires de 2 heures ; les méthodes de formation inclus des présentations, discussions de groupe, jeux de rôle, pratique guidée, contenu sur le processus de vieillissement, résolution de problème, gestion du stress et la colère, et l'utilisation des ressources communautaires. ▪ cours d'éducation à l'intention de l'identification et la gestion de la maltraitance ▪ informer les soignants sur les procédures de déclaration des cas de maltraitance ▪ recrutement de professionnel est un moyen de prévention de la maltraitance, il faut que chaque établissement fasse un calcul de la charge de travail des soignants.
<p>Discussion</p>	<p>Résultats de cette revue systématique sur les interventions d'aide aux P-A suggèrent qu'il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves pour appuyer une intervention particulière liée aux mauvais traitements ciblant les clients, auteurs, ou les professionnels de la santé. Il y a plus de 10 ans, Wolf (1997) a indiqué que la littérature sur la maltraitance des personnes âgées a fait défaut sur les données fiables en ce qui concerne l'efficacité des interventions et cette situation est malheureusement encore vraie aujourd'hui. Chercheurs suggèrent que, malgré les lacunes dans les connaissances en matière de traitement des abus envers les P-A, les cliniciens devraient jouer un rôle actif dans l'identification et la gestion. Ils soutiennent que la poursuite des recherches est indispensable dans le domaine des interventions d'aide aux personnes âgées.</p> <p>Implications pour la recherche future : ces études portaient sur plusieurs interventions telles que la gestion des cas, évaluation gériatrique à domicile, groupes de soutien, services de protection des adultes, programmes multiservices, les partenariats avec les communautés de foi, et formation professionnelle, etc. Ces interventions ont le potentiel d'avoir un impact positif sur la violence envers les aînés, mais doivent être évaluées rigoureusement. En outre, de nouvelles approches devraient être développées et évaluées pour répondre à la maltraitance des personnes âgées au niveau individuel, familial, communautaire. Diverses méthodes d'études, les études qui incluent à la fois des composants quantitatives et qualitatives, peut aider à déterminer non seulement l'efficacité des interventions, mais aussi de comprendre pourquoi certaines interventions sont efficaces ou non et les perspectives des bénéficiaires qui reçoivent ces interventions. L'examen des études sur les interventions d'aide aux P-A souligne les défis importants de la recherche dans ce domaine. Les auteurs des études incluses ont discuté des défis dans l'accès, recrutement et rétention des participants, obtention de groupes de comparaison et de relever les défis éthiques de l'accès aux données des clients. Il est essentiel que les cliniciens, chercheurs et décideurs politiques doivent</p>

	promouvoir et soutenir une recherche rigoureuse dans tous les domaines de la violence y compris les abus envers les personnes âgées, et d'appliquer les résultats des interventions efficaces.
Conclusion	Alors que la maltraitance est un problème de plus en plus important au niveau international, il y a peu de recherche de haute qualité sur l'efficacité des interventions. Cet examen met en évidence le nombre limité et la qualité des travaux de recherche empirique dans le domaine. En outre, l'examen suggère qu'il peut y avoir des conséquences positives et négatives des interventions d'aide aux P-A. Le besoin de recherche dans le domaine est essentielle non seulement pour assurer la santé et la qualité de vie des personnes âgées mais aussi pour assurer l'utilisation rationnelle des ressources des services sociaux.
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs de cette étude proviennent de l'école des sciences infirmières, de l'université McMaster. • Cette étude explique qu'étant donné le nombre croissant des P-A victime de maltraitance, et des effets négatifs liés à la maltraitance, qu'il est important de développer et de mettre en œuvre des stratégies de prévention et de gestion. Que le besoin de recherche dans le domaine est essentiel pour assurer la santé et la qualité de vie des personnes âgées. • But de cette étude était de résumer l'état actuel sur l'efficacité des interventions contre la maltraitance des personnes âgées, en faisant une évaluation critique de la qualité des études existantes dans le domaine. Malgré le but de cette étude, cela répond tout de même à ma question de recherche car elle nomme une série d'interventions contre la maltraitance. • Les résultats de cette étude suggèrent qu'il peut y avoir des conséquences négatives associées à certaines interventions comme par exemple la réapparition de la violence, de plus qu'il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves pour appuyer une intervention particulière. Les auteurs expliquent qu'il y a eu d'importantes limites méthodologiques qui empêchent de tirer des conclusions sur l'efficacité de ces interventions. • Les chercheurs suggèrent que, malgré les lacunes dans les connaissances en matière de traitement des abus envers les P-A qu'il faudrait toujours jouer un rôle actif dans l'identification et la gestion. • La méthodologie est clairement explicitée avec mention des mots clés utilisés ainsi que des bases de données consultées. • Cette étude est relativement récente ce qui la rend intéressante.

3ème recherche :

<p>Titre de la recherche Auteurs</p> <p>Journal Année de publication Pays</p>	<p>The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Margaret W. Baker : professeur assistant au département des systèmes de soins infirmiers et de santé de Biobehavioral, université de l'école de soins de Washington, Seattle, WA. • Margaret M. Heitkemper : professeur et président au département des systèmes de soins infirmiers et de santé de Biobehavioral, université de l'école de soins de Washington, Seattle, WA. <p>Nursing outlook 2005 USA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question de recherche mentionnée • Pas d'hypothèse mentionnée • Décrire le rôle infirmier sur les équipes interprofessionnelles lors de mauvais traitements envers les personnes âgées. Cet article présente les facteurs de risque de la maltraitance sur les personnes âgées en institution, suivi par une discussion du rôle des infirmières et stratégies interprofessionnelle pour reconnaître et réduire la maltraitance envers les P-A.
<p>Cadre de référence / Concepts</p>	<p>Pas de cadre de référence ou de concepts mentionnés</p>
<p>Population / Echantillon</p>	<p>La population et l'échantillon n'est pas mentionné</p>
<p>Type de recherche</p>	<p>Etude théorique</p>
<p>Aspects éthiques</p>	<p>Pas d'aspects éthiques mentionnés</p>
<p>Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)</p>	<p>Aucune méthodologie</p>
<p>Résultats</p>	<p>Facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques des résidents : déficiences physiques, cognitives et symptômes comportementaux (démence) comme l'agression physique ; la dépendance (engendre du stress au soignant qui n'a pas les compétences pour prendre en charge ce type de résidant) ; la dépression ; ne déclare pas les cas de maltraitance (raisons : isolement, problèmes physiques ou mentales, incapacité à exprimer leur situation de violence ou de demander de l'aide. La prévention consiste à informer le résidant sur les droits et les procédures de

signalement.).

- Conditions de travail stressantes (par exemple, les pénuries de personnel)
- Epuisement du personnel (par exemple, des heures supplémentaires obligatoires)
- Pénurie du personnel
- Absence de formation du personnel face au comportement agressif du résident (personnel ne sait pas comment traiter un tel comportement)
- Embauche et les pratiques de dépistage sont pauvres, et le manque de contrôle administratif et de surveillance
- Conditions de logement
- Caractéristiques de l'agresseur : agresseurs ont des problèmes avec la maladie mentale (en particulier avec la dépression), connaissances inadéquates dans le domaine des soins (absence de formation face au comportement agressif du résident, ce qui implique que le soignant ne sait pas comment faire face à un tel comportement).
- Autres caractéristiques : sexe, relation de la victime avec l'auteur, caractéristiques de la personnalité des victimes
- Manque de soutien social, isolement social
- L'évolution de la société moderne qui manifeste une faible estime envers les personnes âgées

Rôle des soins infirmiers dans la reconnaissance et la gestion de la maltraitance des personnes-âgées : infirmières ont la responsabilité d'identifier les victimes qui subissent de la violence et de la négligence :

- **Evaluation et dépistage :** important que chaque visite soit utilisée comme une occasion pour faire une évaluation approfondie et un dépistage de la maltraitance sur les personnes âgées. Association American Medical recommande que tous les patients en gériatrie doivent être examinés pour les mauvais traitements. Instruments de dépistage sont disponibles pour interviewer les personnes âgées et le personnel soignant. Fulmer, Guadagno, Dyer et Connolly recommandent d'utiliser l'échelle de tactique de conflit, le bref écran d'abus des personnes âgées, ou l'instrument de paramètres sur la maltraitance des personnes âgées parce que ces instruments sont faciles à utiliser. Des études sont actuellement menées pour tester la collecte de données au cours du dépistage de la maltraitance des personnes âgées. Pour encourager la déclaration de la maltraitance, l'entrevue et évaluation doit avoir lieu dans un cadre privé. Documentation précise comprend des déclarations faites par les personnes âgées et le personnel soignant, ainsi que des photos.
- **Rapport :** infirmières sont des journalistes dans la plupart des Etats, leur rôle consiste à rapporter les cas de

maltraitance. Infirmières doivent connaître leur responsabilité légale en vérifiant les lois de leur état. Dans l'État de Washington, journalistes sont légalement tenus de signaler des cas d'agression physique ou sexuelle au ministère des services sociaux et de santé puis d'appliquer la loi ; de signaler au ministère des services sociaux et de santé et d'appliquer la loi quand ils ont un motif de croire qu'un acte a suscité la crainte que des adultes vulnérables sont face à un danger imminent ; et d'aviser le ministère des services sociaux et de santé s'ils ont des raisons de croire qu'un adulte vulnérable a été abandonné, négligés, maltraités ou exploités financièrement. Dans les cas de mauvais traitement envers les personnes âgées, un renvoi à un travailleur social ou un organisme de services sociaux est indiquée pour assurer un suivi approprié.

- **Enquête sur la plainte** : dans l'État de Washington, les rapports de maltraitance suspectés chez les personnes âgées vivant en EMS sont examinés par des infirmières employés par le service de protection des adultes. Ces infirmières doivent collaborer avec les procureurs, policiers, travailleurs sociaux, professionnels de la santé mentale, dans l'enquête, justification, et la résolution des cas de maltraitance. Bien que les efforts des infirmières individuelles soient importants dans la détection et la gestion de cas, la maltraitance des personnes âgées est un problème complexe qui est mieux abordées grâce à la collaboration interprofessionnelle. Dans la grande région de Seattle, cette collaboration est accomplie grâce à la participation des équipes responsable du projet du comté de King sur la maltraitance des personnes âgées.

Projet du comté de King : une approche interprofessionnelle pour la maltraitance des personnes âgées : en 2001, le procureur du comté de King a créé un projet sur la maltraitance des personnes âgées. **But** est d'améliorer les problèmes confronté à la reconnaissance, traitement, **prévention**, investigation et la poursuite des abus, de négligence, et l'exploitation des personnes âgées vulnérables. **Objectifs** sont de poursuivre les cas de négligence envers les aînés; travailler en collaboration avec la police, services sociaux, et professionnels de la santé pour améliorer le dépistage, enquêtes et la poursuite des cas d'abus et de négligence envers les adultes vulnérables; et, fournir une formation aux premiers intervenants pour mieux reconnaître et répondre aux cas de maltraitance envers les personnes âgées. Avocat général, chargé de diriger le projet, a formé 3 groupes interprofessionnels pour travailler sur les questions de maltraitance des personnes âgées :

- **comté de King sur les conseils de la maltraitance des personnes âgées** : mission est d'utiliser la collaboration interprofessionnelle (y compris les enquêteurs, professionnels des soins de santé, prestataires de services sociaux, responsables gouvernementaux) pour prévenir la maltraitance des P-A, diminuer la gravité de la maltraitance lorsque cela se produit, améliorer la coordination du système, accroître la sensibilisation de la

communauté. Membres du projet comprennent le premier adjoint du ministère public, infirmières, avocats, enquêteurs de l'application des lois, professionnels des services de soins résidentiels, services de protection des adultes.

- **comté de King sur l'examen criminel des mauvais traitements** : but de ce comité est de fournir un forum sur les soins de santé et des services sociaux, l'examen des cas de maltraitance et de consulter les procureurs et professionnels de l'application des lois. Chaque mois, un cas de maltraitance est présenté à la commission par un travailleur social et/ou un enquêteur d'application de la loi du comté de King. Membres du groupe d'examen des dossiers médicaux doivent discuter le cas, recommander une enquête plus approfondie, faire une recommandation quant à la poursuite.
- **application de la loi sur les établissements de soins** : ceci se compose du procureur adjoint de poursuite, police, 4 administrateurs des services de soins résidentiels de la région, travailleurs sociaux des hôpitaux, et administrateurs de la santé. Objectif est d'améliorer la relation de travail entre les différents établissements de soins dans le comté de King.

Rôle des infirmières dans la maltraitance des personnes âgées dans les équipes interprofessionnelles :

- **Avis d'experts** : professionnels des soins infirmiers, comme les infirmières praticiennes en gériatrie et professeurs d'université jouent un rôle clé dans le travail des équipes sur le projet de la maltraitance des personnes âgées. Ils participent à l'examen des dossiers et doivent fournir des avis d'experts, puis aussi clarifier les rôles et responsabilités des infirmières (y compris la supervision des infirmières auxiliaires) dans les situations suspects de maltraitance.
- **Enseignement, formation** : infirmières doivent offrir une éducation sur la maltraitance envers les aînés. Équipes de projet sur la maltraitance des personnes âgées ont bénéficié d'offres par les membres de la faculté de l'Université des sciences infirmières. Par exemple, comme la fréquence des plaies de pression sont observées dans les cas de négligence, ils leur ont été fourni une séance d'information sur l'étiologie, facteurs de risque, et questions liées aux soins de plaies de pression. Infirmière praticienne en gériatrie a présenté une session sur les troubles cognitifs. Le premier adjoint du ministère public a récemment présenté les mauvais traitements envers les aînés à un centre médical métropolitain pour former les médecins et les autres sur la reconnaissance et déclaration des cas de maltraitance. Enfin, sensibiliser le public aux mauvais traitements est important. En 2003, le premier adjoint du procureur a écrit un éditorial sur les mauvais traitements des personnes âgées. Auteurs ont demandé de faire des efforts de prévention, le développement d'unités spécialisées dans les services

	<p>de police afin que les affaires de mauvais traitement pourrait être manipulé avec expertise, la fourniture d'un financement suffisant pour les services de protection des adultes et les soins spéciaux pour que les cas de mauvais traitements puissent recevoir des soins adéquats, et le développement de programmes spécialisés de services sociaux, y compris les maisons d'hébergement, pour les victimes de mauvais traitements.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation de cas et de suivi : le personnel de l'application des lois et les procureurs vont identifier les cas qui nécessitent une consultation immédiate. Membres du comité d'examen criminel sur les mauvais traitements doivent fournir rapidement une consultation individuelle des cas par téléphone ou en personne. Dans ces cas, enquêteurs ont besoin d'informations ou des preuves médicales recueillies sur les lieux. • Recherche : il y a une telle pénurie de recherche sur la maltraitance des personnes âgées, y compris la recherche en soins infirmiers, que pour faire une revue de littérature sur la maltraitance des personnes âgées pour une publication en soins infirmiers, Fulmer devait inclure toutes les recherches et qui comprennent des articles non-infirmier. • Politiques publiques : au cours des réunions du projet sur la maltraitance des personnes âgées, les carences et les lacunes dans les politiques publiques sont identifiées par des discussions sur les programmes et des cas individuels. Alors que ce n'est pas la mission du projet sur la maltraitance des personnes âgées de proposer des modifications législatives, le groupe peut formuler des recommandations politiques aux législateurs ou soutenir les efforts des organisations existantes.
Discussion	Aucune discussion n'est mentionnée
Conclusion	<p>Mauvais traitements envers les personnes âgées est un problème grave et omniprésent. La plupart des cas détectés ne sont pas signalés, certains cas détectés sont à la fois déclarée et non réglementée. Sans interventions efficaces, la maltraitance des personnes âgées peut atteindre des proportions épidémiques dans les décennies à venir. Infirmières sont prêtes à intervenir au niveau de la personne et la famille. Infirmières peuvent aussi apporter une participation aux efforts de la collaboration interprofessionnelle pour lutter contre la maltraitance. Participation des équipes interprofessionnelles sur la maltraitance, offre des possibilités de mise en réseau et aide les infirmières à développer et à perfectionner leurs compétences de collaboration. Tout en participant aux initiatives interprofessionnelles, les infirmières apprennent les rôles et les responsabilités de ceux qui travaillent avec les questions sur la maltraitance des personnes âgées, tout en acquérant des connaissances et leur expérience avec les systèmes qui sont en place pour protéger et soutenir les adultes vulnérables. Le rôle infirmier dans la reconnaissance et la gestion des mauvais traitements comprend l'évaluation et dépistage, déclaration obligatoire et l'enquête sur la plainte. Infirmières ont la responsabilité d'identifier les victimes de mauvais traitement. Bien que les efforts des infirmières</p>

	<p>individuelles soient importants dans la détection et la gestion de cas, la maltraitance des personnes âgées est un problème complexe qui est mieux abordées grâce à la collaboration interprofessionnelle. Dans la grande région de Seattle, cette collaboration est accomplie grâce à la participation des équipes responsable du projet du comté de King sur la maltraitance des personnes âgées. Infirmières donnent leur avis d'experts, forment les membres de l'équipe et consultent les cas de mauvais traitement. Les infirmières et infirmiers ont des possibilités de mise en réseau d'équipes interprofessionnelles ainsi que l'expérience avec le système qui est en place pour protéger et servir les adultes vulnérables.</p>
<p>Éléments critiques / Commentaires personnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auteurs de cette étude viennent du département des systèmes de soins infirmiers et de santé de Biobehavioral, université de l'école de soins de Washington. • La méthodologie n'est pas décrite mais les sources sont mises en bibliographie. • Le but de cet article est de décrire le rôle infirmier sur les équipes interprofessionnelles lors de mauvais traitements envers les personnes âgées. Puis de ressortir les stratégies interprofessionnelles pour reconnaître, gérer et réduire la maltraitance envers les personnes âgées. Cet article explique donc les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le rôle infirmier dans la reconnaissance et la gestion des mauvais traitements qui comprend l'évaluation et le dépistage, la déclaration obligatoire et l'enquête sur la plainte est important et est un problème complexe qui est mieux abordées par la collaboration interprofessionnelle grâce à la participation des équipes responsable du projet du comté de King sur la maltraitance des personnes âgées. Les infirmières et infirmiers ont des possibilités de mise en réseau d'équipes interprofessionnelles pour protéger les adultes vulnérables. <ul style="list-style-type: none"> → Ce point ne répond pas à ma question de recherche car je n'ai pas trouvé de moyens de prévention contre la maltraitance, mais est-ce juste de dire que la reconnaissance et la gestion des mauvais traitements font partie des moyens de prévention de la maltraitance ? Car pour prévenir un problème il faut savoir le reconnaître et le gérer. Il me semble intéressant de consulter les autres articles pour répondre à cette question que je me pose. ○ Le projet du comté de King est une approche interprofessionnelle et les objectifs sont de poursuivre les cas de maltraitance ; de travailler en collaboration avec la police, les services sociaux, et professionnels de la santé pour améliorer le dépistage, les enquêtes et la poursuite des cas de maltraitance envers les adultes vulnérables puis de fournir une formation aux intervenants pour mieux reconnaître et répondre aux cas de maltraitance. Le projet est formé de 3 groupes interprofessionnels pour travailler sur les questions de la maltraitance envers les personnes âgées.

	<p>→ J'ai pu constater qu'un des 3 groupes s'axe plus précisément sur ma question de recherche car son but est d'améliorer les problèmes confronté à la reconnaissance, le traitement, la prévention, l'investigation et la poursuite des cas de maltraitance envers les personnes âgées. La mission est d'utiliser la collaboration interprofessionnelle (y compris les enquêteurs, les professionnels des soins de santé, prestataires de services sociaux, des responsables gouvernementaux) afin de prévenir la maltraitance, diminuer la gravité de la maltraitance lorsque cela se produit, améliorer la coordination du système, accroître la sensibilisation de la communauté.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Le rôle infirmier dans les équipes interprofessionnelles est de participer à l'examen des dossiers, de fournir des avis d'experts, de clarifier les rôles et les responsabilités des infirmières dans les situations suspects de maltraitance. Leur rôle comprend aussi d'offrir une éducation sur les mauvais traitements envers les personnes âgées. Les infirmières doivent aussi identifier les cas qui nécessitent une consultation immédiate. De plus, il est décrit qu'il y a une pénurie de recherche sur la maltraitance des personnes âgées, y compris la recherche en soins infirmiers et cela demande aux infirmières de former des équipes de recherche interprofessionnelle pour faire des études d'intervention. Pour finir, il est noté qu'il y a des carences et des lacunes dans les politiques publiques et qu'il serait utile de formuler des recommandations politiques aux législateurs ou soutenir les efforts des organisations existantes.
--	---

4^{ème} recherche :

Titre de la recherche	Identifying abuse in older people
Auteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Rebecca Neno : chef de programme, soins de premier cycle pour les programmes des personnes âgées • Marcus Neno : infirmier
Journal	Nursing standard
Année de publication	2005
Pays	Londres
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question de recherche mentionnée • Pas d'hypothèse mentionnée • Sensibiliser et fournir des informations pour aider les infirmières à identifier les abus envers les aînés. Il offre également des conseils sur la façon de traiter les cas soupçonnés de mauvais traitements en conformité avec les politiques nationales et locales puis les procédures.
Cadre de référence / Concepts	Pas de cadre de référence ou de concepts mentionnés
Population / Echantillon	La population et l'échantillon n'est pas mentionné
Type de recherche	Etude théorique
Aspects éthiques	Pas d'aspects éthiques mentionnés
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	Aucune méthodologie
Résultats	Évaluation : faut élaborer un code de la pratique pour la protection des adultes vulnérables, et travailler en partenariat avec d'autres organismes pour assurer des réponses efficaces. L'introduction d'un outil d'évaluation pour identifier les abus qui justifie une intervention est faite si l'information a été mise à disposition de tous les organismes. Il existe une variété d'outils d'évaluation, mais il faut prendre soin lorsqu'on en adopte un dans la pratique, parce que peu de ces outils ont été testés pour leur fiabilité et leur validité. Un outil d'évaluation peut aider à l'identification de l'abus, mais les infirmières doivent être conscientes des signes et symptômes spécifiques qui peuvent les alerter sur les cas potentiels d'abus, comme par exemple :

- Signes physiques de la maltraitance chez une personne âgée : multiples contusions, ecchymoses à différents stades de la guérison ; empreintes digitales ; brûlures ; blessure semblable à une forme d'un objet ; fractures inexpliquée
- Signes psychologiques de la maltraitance chez une personne âgée : apparaît déprimé, effrayé, retirée, apathique, peureux ou agressif ; affiche la peur d'être pris en charge par un membre spécifique du personnel ou le refuse
- Signes d'abus financiers : retraits inexpliquée sur le compte d'épargne ; manque d'argent inexpliqué, malgré un revenu suffisant ; transfert soudain à un parent ; disparition des relevés bancaires et objets de valeur (bijoux, vêtements)
- Signes d'abus sexuel : douleur, démangeaisons ou blessures à la région anale, génitale ou abdominale ; difficulté à marcher ou à s'asseoir en raison de l'inconfort dans la région génitale ; vêtements déchirés
- Signes de négligence : perte de poids ; vêtements sales et mauvaise hygiène ; ulcères de pression, problèmes de continence ; traitement médical inadéquat ou inapproprié

Traitement des cas qui sont suspects : lorsque l'infirmière reconnaît les cas d'abus, elle ne sait souvent pas trop que faire. Des politiques et des procédures doivent être mis en place pour traiter le problème rapidement et efficacement. Les infirmières doivent être au courant de ces procédures et d'agir en conséquence. Chaque infirmière a la responsabilité de déclarer ses soupçons et de s'assurer qu'ils sont étudiés. Le fait de ne pas agir peut être perçu comme un abus. Cependant, les interventions doivent trouver un juste équilibre entre la protection de l'éthique et le droit à l'autodétermination.

Aux États-Unis, la déclaration obligatoire des cas présumés maltraitants a été adoptée, mais cela a été critiqué parce qu'elle détruit la confidentialité, en distinguant les personnes âgées d'autres adultes. Infirmières sont souvent craintives de savoir si la confidentialité du résidant sera ou pas respectée si l'abus est signalé, sans le consentement du résidant. Consentement du résidant doit être acquise, si possible, mais le code de déontologie professionnelle explique que sans le consentement du résidant « la confiance est essentielle pour protéger le résidant ou quelqu'un d'autre contre le risque de dommage significatif ». Cependant, Bennett et al (1997) soutiennent que les personnes âgées devraient conserver le droit de refuser les interventions et il est important que les professionnels de la santé respectent ce droit, en dépit de leur désir de régler des situations de violence.

La communauté et l'association de district des infirmières (2003) ont publié des lignes directrices pour les infirmières sur la façon de traiter les cas soupçonnés de mauvais traitements chez les personnes âgées : **conseils pour traiter un cas suspect de maltraitance sur les personnes âgées :**

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enquêter sur le résidant dans un environnement sûr et privé. Laisser le temps au résidant de prendre la parole. Ne pas procéder à un interrogatoire. ○ Signaler tous soupçons à la principale agence des services sociaux, conformément à la politique locale. Ne pas régler le problème seul. Utiliser l'expérience et le soutien des autres. Toujours associer d'autres organismes appropriés, par exemple, la police. ○ Faire une intervention d'urgence. Savoir si le patient nécessite d'un lieu de sécurité en impliquant d'autres organismes. ○ Surveiller de près la situation, rassembler et enregistrer les informations et observations. ○ Garder des registres formels précis, y compris les formulaires d'incident terminé. Noter ce qui est dit avec les propres mots du résidant. Afin de protéger le résidant, ne pas laissez un document qui suggère qu'il y a suspicion d'abus dans l'institution où l'agresseur peut avoir accès. <p>Bien que les infirmières soient idéalement placées pour identifier la violence, la recherche démontre qu'elles sont souvent réticentes à agir sur leurs observations. Cela s'explique notamment par la loyauté professionnelle, manque de connaissance des politiques, peur et manque de compréhension de la façon dont les cas présumés d'abus sont étudiées, et crainte de répercussions telles que la plainte et l'isolement pour avoir dénoncé l'abus. L'acte de révélation pour l'intérêt public (1999) vise à assurer la protection des dénonciateurs des cas de maltraitance.</p>
Discussion	Aucune discussion n'est mentionnée
Conclusion	<p>La maltraitance des personnes âgées est un problème complexe de la santé publique, mais toutes les infirmières ont la responsabilité d'identifier et de signaler les cas suspects. Pour identifier les cas possibles, les infirmières doivent être conscientes des différents types de violence et de reconnaître qu'une personne âgée peut être victime de multiples abus. Lorsque l'infirmière effectue une évaluation complète du résidant elle doit être consciente des signes et symptômes des mauvais traitements. L'efficacité des politiques et procédures locales devraient être en place pour assurer des évaluations adéquates et d'indiquer à l'infirmière la manière la plus appropriée pour donner leurs préoccupations. L'éducation sur les mauvais traitements doit devenir une exigence obligatoire pour la formation du personnel qualifié et non qualifié, et devraient être inclus dans tous les programmes de soins infirmiers. Peu d'informations ont été publiées dans la littérature de soins infirmiers sur la maltraitance des personnes âgées et, par conséquent, les infirmières ne sont pas toujours au courant des meilleures pratiques dans la protection des adultes vulnérables. Toutefois, cette situation commence à changer car la maltraitance des personnes âgées reçoit progressivement une attention et les infirmières commencent à devenir plus conscientes sur les</p>

	<p>préoccupations entourant cette question de santé qui est importante. Des progrès sont réalisés dans ce domaine, mais il y a encore beaucoup à faire pour s'assurer que les personnes âgées ne souffrent pas de maltraitance.</p>
<p>Eléments critiques / Commentaires personnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs de cette étude proviennent de l'université de Thames Valley, à Londres. • La méthodologie n'est pas décrite mais les sources sont mises en bibliographie. • Il y a mention des mots clés utilisés. • Cette étude se centre sur les formes de maltraitance, l'évaluation des cas d'abus avec un outil d'évaluation pour les identifier puis une liste des signes et symptômes qui peuvent alerter les infirmières sur les cas potentiels d'abus, pour finir il y a une explication sur les traitements des cas qui sont suspects avec des conseils pour les traiter. Malgré que cette étude ne répond pas à ma question de recherche avec des moyens pour prévenir la maltraitance, je pense qu'elle est tout de même intéressante car elle explique différents points sur la maltraitance comme expliqué au-dessus et je pense que pour faire de la prévention il faut bien connaître la problématique et les sujets s'y rapportant, comme par exemple de savoir comment les infirmières identifient les cas possibles de maltraitance et d'être conscients des différents types de violence. Donc, je dirais qu'il faut comprendre la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir. • Cette étude explique qu'il y a peu d'informations publiées dans la littérature de soins infirmiers sur la maltraitance des personnes âgées et, par conséquent, les infirmières ne sont pas toujours au courant des meilleures pratiques dans la protection des adultes vulnérables. Toutefois, cette situation commence à changer car la maltraitance des personnes âgées reçoit progressivement une attention et les infirmières commencent à devenir plus conscientes sur les préoccupations entourant cette question de santé qui est importante. Des progrès sont réalisés dans ce domaine, mais il y a encore beaucoup à faire pour s'assurer que les personnes âgées ne souffrent pas de maltraitance. <ul style="list-style-type: none"> ○ Comme il est cité au-dessus, peu d'informations sont publiées sur la protection des personnes âgées contre la maltraitance, à partir de là je me demande si cela veut dire qu'il y a aussi peu d'informations sur la manière de prévenir la maltraitance ?

5^{ème} recherche :

<p>Titre de la recherche</p> <p>Auteurs</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Prévention de la maltraitance des personnes âgées. Recherche-action réalisée dans quelques établissements médico-sociaux vaudois.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliane Christen-Gueissaz et Delphine Roulet : UNIGER • Antoinette Genton : HES. S2 EESP • Nataly Viens-Python : Fondation Charlotte-Olivier (FCHO) • Maja Heiniger : en formation post diplôme à la HES. S2 La Source <p>Unité de recherche et d'intervention en gérontologie 2004 Suisse (canton de Vaud)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question de recherche mentionnée • Pas d'hypothèse mentionnée • L'intervention avait pour objectif d'aider des équipes d'EMS confrontées à une situation d'impasse, en leur offrant, sur demande, un soutien adapté. Ce soutien visait un élargissement de leur compréhension d'une situation « à risque », la mobilisation de leurs ressources, ainsi que l'exploration et l'évaluation de nouvelles pistes de solution. Leur but était d'éviter que la situation problématique ne dérape vers des comportements de maltraitance avérée. <p>Le projet de recherche-action avait pour objectif général d'élaborer un cadre de référence qui permette d'accroître les connaissances sur la maltraitance, les facteurs de risque, les facteurs protecteurs, les ressources du réseau pour l'intervention et le suivi.</p>
<p>Cadre de référence / Concepts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Association suisse contre la maltraitance des personnes âgées (Alter Ego) propose la définition suivante de la notion de "maltraitance" : « Tout acte –comportement ou attitude- commis ou omis envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. La maltraitance engendre un tort ou une blessure. Elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne. ».
<p>Population / Echantillon</p>	<p>Personnes interrogées font uniquement partie du personnel soignant. Dans les situations de soins utilisées les personnes âgées ne sont pas interrogées. Intervention impliquait 2 intervenantes (de disciplines différentes) en plus des personnes les plus concernées par la situation (ICUS et/ou IC et/ou Direction, infirmiers/ères, aides, personnel de ménage, cuisinier, etc.). Echantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des EMS du canton de VD, mais</p>

	l'objectif était la conduite d'une expérience-pilote, dans un temps et avec moyens limités, et a été opté une démarche compréhensive (qualitative).
Types de recherche et d'intervention	Recherche-action est une démarche empirique, pragmatique, qui comporte en même temps un objectif théorique d'explicitation des phénomènes qu'elle observe et sur/dans lesquels elle intervient. Recherche-action comporte 2 versants : action et recherche. Leur démarche a ainsi concilié l'intervention, sous forme d'expérience-pilote, et la recherche, dans la quête d'une meilleure compréhension du phénomène de la maltraitance des personnes âgées et des moyens de la prévenir. Recherche-action est le fait d'interventions psychosociologiques. But est de modifier les comportements, habitudes ou attitudes d'individus ou de populations ou de transformer les règles institutionnelles d'une organisation. Ce travail permet une meilleure adaptation ou intégration des individus à leur environnement et/ou de développer la cohésion, l'efficacité et la lucidité des institutions dans la poursuite de leurs objectifs.
Aspects éthiques	Recherche-action est un type de recherche qui demande qu'un cadre éthique soit négocié et accepté par tous. Normes éthiques et déontologiques sont respectées. Et l'étude a été effectuée dans le respect de ce que les équipes de soins ont amené, sans qu'aucun jugement ne soit formulé. Il y a eu donc le respect de la confidentialité des entretiens et de l'anonymat des équipes-partenaires. Leur ont été exposé la démarche (en présence du directeur de l'établissement), et conditions de l'offre.
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	Recherche-action représente donc un processus en spirale. Elle passe par des phases de planification de l'expérience, d'action, d'observation et de réflexion, puis à nouveau de planification de l'expérience en cours, ainsi de suite jusqu'à la résolution du problème étudié. L'expérience-pilote prévoyait l'intervention dans 5 EMS vaudois confrontés à une situation « à risque de dérapage ». Devant l'intérêt manifesté par les professionnels du terrain, il a été décidé d'étendre l'intervention à 6 situations : 4 concernaient trois EMS psychogériatriques, 1 la division C d'un hôpital et la sixième un EMS psychiatrique. Demandes d'intervention provenaient des EMS eux-mêmes. Trois des 6 situations concernaient un homme, les 3 autres une femme. Pour chaque situation, l'intervention auprès de l'EMS-partenaire s'est déroulée en 3 séances d'1h30. Selon les cas, séances étaient espacées de 1-4 semaines. Notes recueillies ont été retranscrites et analysées par l'une des collaboratrices de l'UNIGER. Ce travail s'est fait avec des grilles mettant en évidence les contenus et déroulement des interactions.
Résultats	Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques et attitude du résident : comportement du résident peut devenir « problématique ». Difficultés en lien avec l'attitude du résident dans l'EMS (cela ne signifie pas que son attitude le rend responsable de la situation) : agressivité verbale (insultes, menaces) et/ou physique (coups, gifles) du résident ;

mise en échec de l'équipe et/ou non reconnaissance ; refus pour les soins de base (hygiène et/ou alimentation) ; réputation négative en arrivant dans l'EMS ; pathologie peu claire ou en décalage avec l'état des autres résidents ; attitude négative qui crée des tensions avec les autres résidents (provocation, moquerie, agressivité) ; attitude qui crée des pressions extérieures (plaintes déposées, pressions de la famille, du médecin privé) ; exigence à être au centre de l'attention de l'équipe ; « triangulation » ou manipulation de l'équipe ; cris, ton ou propos qui "usent" l'équipe ; attitude de contrôle et de manque de confiance dans l'équipe ; sollicitations d'ordre sexuel ; comportement choquant, à l'encontre des normes et valeurs des membres de l'équipe (racisme, alcool...).

- Ces éléments (état, attitudes du résident, et relations problématiques avec lui) sont à interroger lorsqu'une situation devient difficile à gérer. Ils représentent des signaux d'alarme à ne pas négliger dans une perspective de **prévention** de la maltraitance. Analyse des données récoltées a permis d'observer que les interactions entre la personne âgée et les collaborateurs de l'EMS n'étaient pas seules en cause dans les situations « d'impasse » étudiées. Difficultés rencontrées par les équipes dépendaient aussi des relations internes à l'équipe, relations de l'équipe avec la hiérarchie et autres secteurs de l'établissement, de l'organisation du travail dans l'EMS et de ses rapports avec l'extérieur.
- **Caractéristiques du soignant** : basse satisfaction de l'emploi, infantilisation, burnout, environnement difficile, histoire personnelle de violence domestique, dépendance à l'alcool ou la drogue. Le stress du personnel soignant découle de la confrontation à l'altérité, de la frustration engendrée par le sentiment de non-reconnaissance de ses actions, du sentiment de manque de pouvoir puis de la présence de la mort et du handicap.
 - **La prévention** : les conditions de travail acceptables, c'est-à-dire la dotation suffisante en personnel soignant est un moyen de prévention de la maltraitance lors d'une charge de travail stressante en raison du manque de personnel. Lors de situations de stress le personnel soignant doit se donner du répit et un temps pour souffler (tournus). Un autre moyen de prévention décrit par ces auteurs est le type d'écoute et l'opportunité à chacun de s'exprimer qui permet à chacun d'avoir le sentiment de soulagement par le fait de disposer d'un espace pour verbaliser leurs émotions lié au stress.
- **Difficultés rencontrées au niveau des relations internes aux équipes (difficultés liées au fonctionnement de l'équipe)** : collaborateurs montrent le rôle important joué par les relations et la dynamique internes à l'équipe dans le développement d'une situation d'impasse. De plus, il est expliqué que la résolution du problème vécu dans la relation avec le résident s'est accompagnée d'une amélioration de la communication et

de la collaboration au sein de l'équipe. Il existe donc des difficultés liées au fonctionnement de l'équipe elle-même et cela a permis de constater que ces difficultés internes venaient « parasiter » les échanges au sein de l'équipe. D'où l'importance d'une démarche de résolution de problèmes concentrée sur les relations internes à l'équipe. Ce passage est nécessaire pour permettre à l'équipe de se concentrer ensuite sur la relation avec la « résidente problématique ». En résumé, plusieurs **facteurs de risque** apparus étaient propres aux relations internes à l'équipe, dont les voici : manque de cohérence dans les attitudes de l'équipe vis-à-vis du résident ; messages contradictoires donnés par les infirmières au reste de l'équipe ; manque de communication et collaboration dans l'équipe (notamment malentendus et conflits de pouvoir) ; décalage entre les valeurs ou le regard des membres de l'équipe sur la situation ; rôles et responsabilités mal définis ; tensions liées à la répartition des charges de travail et aux plannings (turnus).

- Comme pour les facteurs de risque liés aux résidents, ces éléments constituent des signaux d'alarme auxquels les collaborateurs de l'institution et les différents intervenants extérieurs devraient être attentifs. L'accumulation de problèmes internes aux équipes risque de donner lieu à des situations d'impasse, car elle abaisse le seuil de tolérance des soignants à l'égard des résidents. Leur énergie se trouve en effet prioritairement investie dans la résolution d'autres enjeux. Cette recherche a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés liées au fonctionnement de l'équipe elle-même.

Elle révèle également des éléments **protecteurs** :

- Infirmière-chef refuse que son équipe se fasse violenter par la résidente
- Equipe très au clair sur les valeurs et la philosophie de l'établissement (priorité = résident)
- Bonne communication dans l'équipe et valeurs communes
- Habitude de discuter des problèmes rencontrés

- **Difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec la hiérarchie et/ou les autres secteurs de l'institution** : la présente expérience-pilote nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés liées à la relation entre l'équipe-partenaire et les autres collaborateurs de l'institution : résident vient se plaindre auprès du directeur ; manque d'appui et de soutien de la part du médecin («Le médecin va lui dire qu'il n'a pas le choix»); manque de communication et de collaboration entre l'équipe et la hiérarchie ainsi qu'avec les autres divisions de l'institution ; manque de reconnaissance et d'intérêt pour la gériatrie par les médecins ; problèmes de communication et manque de confiance entre la Direction et l'équipe.

- Elle révèle également des éléments **protecteurs** : bon soutien de la Direction ; bonne collaboration entre secteurs (p.ex. nombreux colloques interdisciplinaires et activités communes)

- **Liés à l'institution :** manque d'appui et de soutien de l'équipe de la part de la hiérarchie ; manque de communication et de collaboration entre la Direction et l'équipe ; réputation (positive ou négative) de l'EMS créant des pressions sur les collaborateurs à être « parfaits » ; manque de confiance entre la Direction et l'équipe ; désintérêt du reste de l'institution pour l'équipe (voire dévalorisation).
 - Tout comme les difficultés identifiées précédemment, celles liées au fonctionnement et à l'organisation de l'institution devraient être prises en compte comme des signaux d'alarme. Elles constituent des facteurs de fragilisation des équipes et peuvent par conséquent potentialiser d'autres risques de maltraitance, déjà présents.
- **Difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur :** le dernier niveau de difficultés rencontrées par les équipes-partenaires dans cette étude concerne les relations entre l'EMS et l'extérieur. Par « extérieur », ils entendent tous les acteurs qui jouent un rôle actif dans la situation, sans pour autant appartenir à l'institution. Il s'agit autant des familles et des proches des résidents que des médecins ou des autorités politiques. Ce niveau de contexte inclut également l'environnement physique, socio-démographique, économique, culturel, légal et social dans lequel s'inscrivaient ces situations. Cette recherche a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur : manque de visibilité et de reconnaissance de l'EMS (spécificité par rapport au reste de l'institution) ; désintérêt général des médecins pour la gériatrie ; préjugés et manque de communication de l'équipe vis-à-vis de l'amie du résident (« Elle est terriblement limitée à parler de comment elle ressent la situation ») ; manque de communication entre l'équipe et les enfants du résident (malentendus)
 - Elle révèle également des éléments d'aide ou **protecteurs** : cadre mis en place avec un psychiatre a été une aide ; appui du médecin pour appliquer le cadre décidé avec le psychiatre ; soutien et cohérence de la part du tuteur
- **Liés à l'environnement :** manque de communication, reconnaissance et collaboration entre l'équipe et famille ; décalage de valeurs et de regard entre les médecins privés et collaborateurs de l'EMS ; manque de communication et de confiance entre les autorités politiques et sanitaires et l'EMS ; manque de reconnaissance, d'intérêt et soutien de la part de la communauté vis-à-vis de l'accompagnement des personnes âgées ; manque de locaux adaptés aux besoins des collaborateurs et résidents ; manque de formation spécifique (psychiatrique notamment) pour les collaborateurs de l'EMS

Cette analyse met en évidence le rôle important de l'environnement dans le développement de situations

problématiques en EMS. Dans une perspective de **prévention**, ce constat rappelle la nécessité de replacer chaque situation dans son contexte d'apparition, afin de ne pas passer à côté d'éléments essentiels à sa compréhension. Avant d'aborder le fonctionnement du processus de **résolution de problèmes**, voici quelles sont les ressources et les « stratégies gagnantes » mobilisées spontanément par les équipes. Dans cette intervention, ils ont valorisé ces ressources, car ils sont convaincus que la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées tient aussi au regard qu'ils portent, en tant qu'intervenants externes, sur ces situations : **Ressources mobilisées spontanément par les équipes et « stratégies gagnantes » :**

- Eviter la confrontation (esquiver le face-à-face avec le résident pour rester professionnel, l'ignorer, changer de sujet, partir puis revenir plus tard,...)
- Demander une aide extérieure (psychogériatre, infirmière clinicienne ou supervision, par exemple)
- Réfléchir aux moyens de diminuer les frictions entre la « personne âgée problématique » et les autres résidents, par exemple en organisant différemment le travail
- Se donner du répit, un temps pour souffler (tournus, cadre, voire hospitalisation)
- Etablir un cadre thérapeutique
- Essayer de trouver un établissement plus adapté à l'état du résident
- Prendre sur soi, se faire violence pour rester calme, « mettre de l'eau dans son vin »
- Une surdotation de personnel, la mise à disposition de matériel adapté à l'état du résident (par exemple un élévateur) ont aussi été mentionnés par les collaborateurs comme des facteurs d'aide ou de « protection ».

Analyse des leviers du changement :

a) Caractéristiques de l'intervention ayant facilité le processus de changement : d'après les caractéristiques de l'intervention mentionnées par les participants comme ayant facilité un nouveau regard sur la situation et une recherche commune de solutions, ils ont constaté que la plupart des éléments cités relèvent du fonctionnement des interactions et des règles de communication dans l'approche systémique de la résolution de problèmes. Cet aspect semble important car la démarche proposée permettrait de renforcer les facteurs de prévention (notamment la communication, reconnaissance, soutien et la collaboration), à l'égard de la maltraitance des personnes âgées. Voici les aspects de l'intervention considérés par les participants comme une aide au changement :

- **Disposer d'un regard extérieur** sur la situation problématique : a permis de prendre du recul par rapport à la

situation et à identifier leurs propres ressources, en mettant en lumière des aspects du contexte que, par habitude, ils ne voyaient plus

- **Type d'écoute et le questionnement des intervenantes puis l'opportunité à chacun de s'exprimer** : leur a permis d'avoir le sentiment de soulagement par le fait de disposer d'un espace pour verbaliser leurs émotions
- **Se trouver face à des personnes extérieures** exigeait des collaborateurs à mettre en mots et expliquer leur vision de la situation ; ce qui permettait d'identifier d'éventuels malentendus
- **Ne pas se sentir jugé et pouvoir prendre le temps de s'arrêter pour réfléchir avant d'agir**
- **Bénéficier d'un fil conducteur pour guider la réflexion ou disposer de temps pour que « choses puissent bouger »**
- **Confidentialité de la démarche**
- **Responsabilité éthique endossée par les intervenants**

Ils ont pu observer lors de leur expérience-pilote que la position d'encadrement des intervenantes conférait à leur style relationnel un statut de « modèle » que les participants tendaient à reproduire dans leurs échanges au sein de l'institution. Le type d'interactions véhiculé par l'intervention semblait se diffuser dans les relations internes à l'équipe-partenaire et dans ses relations avec le reste de l'institution et les résidents. De ce fait, les intervenants insuffisamment ou inadéquatement formés risqueraient de renforcer la dynamique maltraitante, en faisant preuve de paternalisme ou en formulant des jugements de valeur allant à l'encontre des facteurs de prévention (comme la communication, reconnaissance, soutien, collaboration). Pour que l'intervention soit bénéfique, il est indispensable que les intervenants adoptent une attitude professionnelle et responsable. Ce professionnalisme se traduit entre autres par de l'empathie, écoute active (reformulations, relances, questionnement ouvert) et une position de non jugement.

b) Effets de l'intervention et changements observés par les participants : tout comme les difficultés et les facteurs de risque, les effets de l'intervention mentionnés par les équipes-partenaires renvoient à **différents niveaux de contexte**. Certains changements touchaient : relation avec le résident ; relations internes à l'équipe, ses rapports avec le reste de l'institution et la hiérarchie ; ou les relations avec l'extérieur. Un premier élément retenu par toutes les équipes concerne **les effets du changement de regard** sur l'attitude des collaborateurs et, par là, sur celles des résidents.

- Intervention a conduit les collaborateurs à **ouvrir leur regard sur les aspects positifs de la situation**, c'est-à-dire à envisager les ressources existantes. Elle leur a aussi permis de **se placer dans une position pro-active**, en les incitant à anticiper les réactions agressives du résident, afin de

	<p>les prévenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette capacité d'ajustement et d'anticipation demande de s'être interrogé sur le sens et la logique du comportement de l'autre. Ils pensent que c'est précisément ce type de réflexion que la démarche de résolution de problèmes a favorisé. En mettant à disposition des participants les outils nécessaires pour prendre de la distance par rapport à la situation, elle les a aidés à percevoir la réalité à travers les yeux du résident. Cette capacité à rejoindre l'autre dans son contexte se rapproche de l'« empathie », et renvoie également à la notion de communication comprise comme la capacité à « partager un contexte commun ». <p>L'intervention avait permis aux collaborateurs d'améliorer le contact et la communication avec le résident. L'intervention a eu des répercussions positives sur les relations entre le « résident problématique » et les autres personnes âgées de l'institution, de même qu'avec son entourage. Ce point est important, car le risque de maltraitance indirecte de l'équipe ou du résident à l'égard des autres pensionnaires de l'établissement constituait un souci majeur pour les collaborateurs. La démarche proposée a suggéré aux équipes des pistes pour désamorcer l'agressivité de la personne âgée (par exemple le fait de « métacommuniquer » avec elle. L'attention accordée au résident, à reconnaître les progrès et à le traiter comme un adulte semblait apaiser la relation. Meilleure définition des règles, des limites et des rôles, c'est-à-dire l'élaboration d'un cadre de référence commun, a également amélioré la collaboration avec le résident, et de ce fait la cohésion et la cohérence dans les équipes. Ces changements positifs prennent place dans un processus circulaire (tout comme l'agressivité et la maltraitance) : comportement de l'un peut renforcer, provoquer ou prévenir le comportement de l'autre. Cette circularité intrinsèque à la communication a constitué un levier de changement de la dynamique maltraitante dans les situations rencontrées. Cadre et les règles d'échanges introduits par les intervenantes ont probablement contribué à modifier les règles de communication et de relation au sein de l'équipe. Leur position d'encadrement du « système-équipe » a incité les collaborateurs à reproduire le type d'interactions expérimentées dans le cadre de l'intervention à d'autres relations (avec le résident, au sein de l'équipe, avec l'extérieur). Intervention semble avoir offert aux participants l'opportunité de clarifier un certain nombre de malentendus et de communiquer sur leur relation (« métacommuniquer »).</p>
Bilan des résultats	Bilan sur l'identification des difficultés rencontrées par les équipes-partenaires et des ressources de changement (facteurs de risque et facteurs de prévention) : si nous élargissons ce raisonnement à l'ensemble de l'étude, nous sommes amenées à considérer que les facteurs de risque de maltraitance et les facteurs de prévention

identifiés constituent les deux facettes d'une même réalité : facteurs de prévention se révèlent « en creux » des facteurs de risque de maltraitance. Dans cette optique, la prévention ne viserait pas à éliminer tout facteur de risque (défi impossible au vu de la complexité du système), mais plutôt à identifier et à renforcer les facteurs de prévention et les ressources à disposition des différents acteurs de la situation, afin de « faire pencher la balance » du côté de la bienveillance et du respect d'autrui. En regard des difficultés et des facteurs de risque mis en évidence dans l'analyse, il apparaît que la plupart des facteurs de prévention renforcés au cours de la démarche participent d'une amélioration de la communication et de la collaboration à tous les niveaux d'interaction.

Bilan sur l'analyse des leviers du changement : démarche expérimentée par l'équipe de recherche et d'intervention a aidé les participants à prendre conscience de l'importance de mobiliser l'ensemble de leurs ressources. Encadrement des échanges et de la réflexion proposé par les intervenantes a permis aux collaborateurs de développer de nouvelles stratégies pour faire face à d'autres situations problématiques. Ces stratégies sont diverses :

- Au niveau de la relation avec le résident, elles consistaient en : prise de distance par rapport à la situation et une démarche autoréflexive ; « métacommunication » avec le résident ; reconnaissance des progrès et des ressources du résident ; fait de traiter le résident comme un adulte.
- Au niveau des équipes, certaines stratégies visaient à améliorer la communication au sein de l'équipe par : augmentation de la fréquence des discussions en équipe ; création d'espace-temps spécifiques pour parler des situations difficiles ; « métacommunication ». D'autres stratégies avaient pour but d'améliorer la cohérence et la collaboration au sein de l'équipe : élaboration d'un cadre de référence commun (valeurs) ; définition des règles, des limites et des rôles pour chaque situation ; la reconnaissance, le respect, l'écoute et le soutien des collègues.
- Au niveau des relations avec l'extérieur, conséquences de l'intervention sont plus difficiles à identifier sur le court terme. Un certain nombre d'initiatives ont néanmoins été citées par les collaborateurs, où les difficultés rencontrées étaient les plus lourdes. Stratégies développées allaient dans le sens d'une volonté d'améliorer la communication et la collaboration. Elles étaient aussi liées à l'image donnée par l'institution vis-à-vis de l'extérieur et des autorités.

Un autre effet de l'intervention a été mis en évidence par les équipes : la présence et le soutien des intervenantes leur ont donné le sentiment d'être plus légitimées à agir pour faire changer la situation. Cet aspect paraît essentiel ;

	<p>il montre que la reconnaissance d'une équipe (par l'intérêt manifesté, l'écoute, la valorisation des compétences) l'aide à mobiliser ses ressources pour résoudre un problème.</p> <p>Conclusion : ils ont voulu situer leur démarche et ses effets dans le contexte plus large de la prévention de la maltraitance des personnes âgées. Changement d'attitudes et de comportements ne peut se faire indépendamment d'un travail sur les mentalités et les représentations. Concrètement, une prévention efficace ne peut se passer de mesures de sensibilisation et de formation. En ce sens, l'intérêt de l'ensemble de réalisations proposées dans le cadre de la « Task force » par la Fondation Charlotte Olivier, l'UNIGER et Alter Ego réside dans la complémentarité et la cohérence des différentes perspectives d'intervention.</p>
<p>Discussion/Conclusion</p>	<p>Conclusions : toutes les équipes ont constaté une nette amélioration de leur relation avec le résident initialement considéré comme problématique. Ils ne possèdent encore que peu de recul vis-à-vis de leurs interventions ; il leur est par conséquent difficile d'en évaluer les effets à long terme. L'analyse effectuée a mis en évidence les difficultés et les facteurs de risque rencontrés par les équipes, mais également leurs ressources, facteurs de prévention à l'égard de la maltraitance et les leviers de changement. Il est apparu que les collaborateurs des EMS étaient souvent conscients de l'inadéquation de certains de leurs comportements et que le décalage entre leur idéal soignant et la réalité de leur pratique était source pour eux de souffrance, d'impuissance et de culpabilité. Ils ont été impressionnés par leur forte volonté de changement et par l'ouverture d'esprit. Cette observation semble encourageante, car elle signifie que les équipes disposent de ressources qui peuvent être mobilisées pour lutter contre les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Le présent rapport de recherche constitue un cadre de référence pour la compréhension des mécanismes de la maltraitance et pour l'identification des contextes qui engendrent des situations de mauvais traitements en EMS. Il met en lumière les signaux d'alarme auxquels chacun devrait être attentif et insiste sur le fait que la dynamique maltraitante ne concerne pas seulement la relation entre le personnel de l'institution et la personne âgée, mais l'ensemble des interactions entre les différents niveaux de contexte du système (équipe < institution < environnement matériel < contexte social général). La maltraitance des personnes âgées vivant en EMS constitue donc un phénomène complexe qu'il convient de saisir dans sa globalité. Il s'agit de la traiter avec des moyens spécifiques, en tenant compte de ses mécanismes sous-jacents et de sa circularité.</p>

<p>Éléments critiques / Commentaires personnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteures de cette recherche sont des auteures qui sont dans l'unité de recherche et d'intervention en gérontologie. Elles sont à l'université de Lausanne dans l'institut de psychologie, en faculté des sciences sociales et politiques. • C'est un rapport rédigé pour le Service de la Santé publique du canton de Vaud (CH). • L'étude s'est déroulée dans plusieurs institutions de soins ce qui a permis d'avoir des déclarations différentes et dans ce cas des situations de soins également différentes. Les institutions se trouvent uniquement dans le canton de Vaud. • L'étude étant une recherche-action, il a été nécessaire de cibler les établissements où les chercheurs devaient agir. • Cette recherche-action était également une étude pilote pour apporter des pistes pour la prévention de la maltraitance. • La méthodologie est clairement expliquée et complète. • Les normes éthiques et déontologiques sont respectées. • Cette recherche est intéressante car elle est récente, puis elle a été réalisée en Suisse, dans le canton de Vaud. De plus, elle répond à ma question de recherche car j'ai pu ressortir les différents facteurs de risques liés à la maltraitance des personnes âgées en institution ainsi que des moyens de prévention ou des facteurs de prévention pour y faire face. • Dans cette recherche, les demandes d'intervention provenaient des établissements médico-sociaux eux-mêmes et cela montre d'une part qu'il existe une ouverture à la question de la prévention de la maltraitance dans ce milieu et, d'autre part, que le besoin de soutien et d'accompagnement des équipes est bien réel. • Il est dit dans la recherche que la discussion et les échanges qu'il y a eu avec ces divers professionnels de terrain et d'autres spécialistes de la question des mauvais traitements envers les personnes âgées, laissent penser que les besoins de ce type d'intervention soient importants.
--	--

6^{ème} recherche :

<p>Titre de la recherche Auteurs</p> <p>Journal Année de publication Pays</p>	<p>A Social Capital Approach to the Prevention of Elder Mistreatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • William A. Donohue : professeur au département de la communication à l'université de Michigan • Jayson L. Dibble : candidat au doctorat au département de la communication à l'université de Michigan • Lawrence B. Schiamberg : professeur au département de la famille et de l'écologie de l'enfant à l'université de Michigan <p>Journal of elder abuse and neglect 2008 États-Unis</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question de recherche mentionnée • Pas d'hypothèse mentionnée • Explorer la possibilité de prévenir la maltraitance envers les personnes âgées en augmentant la transition et la liaison du capital social. L'objectif est donc de comprendre l'impact du capital social sur la maltraitance envers les personnes âgées. Participer au capital social permet aux chercheurs de développer leurs activités vers des zones rarement examinés par des modèles actuels de résultats de stress (par exemple, les interactions interpersonnelles). Tout d'abord, la maltraitance des personnes âgées et le capital social sont définis et discutés. Ensuite, un modèle est transmis sur comment le capital social est susceptibles d'atténuer les effets du stress et de diminuer la probabilité à se livrer à la maltraitance.
<p>Cadre de référence / Concepts</p>	<p>Selon Folkman et Lazarus (1985), le stress c'est « une relation entre la personne et l'environnement qui est évaluée par la personne comme pertinents pour son bien-être et dans lequel les ressources de la personne sont dépassés ».</p>
<p>Population / Echantillon</p>	<p>La population et l'échantillon n'est pas mentionné</p>
<p>Type de recherche</p>	<p>Etude théorique</p>
<p>Aspects éthiques</p>	<p>Pas d'aspects éthiques mentionnés</p>
<p>Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)</p>	<p>Aucune méthodologie</p>

<p>Résultats</p>	<p><u>Stress et communication</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats de l'étude indique un lien entre le statut cognitif et le potentiel du soignant de maltraiter les personnes âgées dans les soins. Les effets des facteurs de stress sont liés aux fonctions du soignant. Ces facteurs de stress vont influencer le statut cognitif du soignant. L'impact négatif d'un facteur de stress peut être diminué si les individus possèdent des capacités d'adaptation, des ressources cognitives et affectives. • Évaluation : lorsqu'un agent stressant apparaît, il faut faire une évaluation de l'ampleur du stress pour savoir si une action est nécessaire. Ce type d'évaluation est connu sous le nom d'évaluation primaire (Folkman & Lazarus, 1985). • Capacité d'adaptation: la compétence en communication : pour gérer une relation personne-environnement stressant, il faut se référer aux efforts cognitifs et comportementaux de la personne. Il faut contrôler ses émotions et faciliter l'amélioration de la situation mais la personne doit avoir des compétences d'adaptation émotionnelle et d'adaptation du problème. Ces 2 formes d'adaptation sont utilisées dans les rencontres difficiles. Habilités de la communication sont un ensemble de la capacité d'adaptation. Compétence en communication est au cœur de la réussite ou de l'échec de toutes les relations humaines. Communicateurs compétents sont en mesure d'anticiper les conséquences de leurs actions et de prévoir les obstacles qui pourraient entraver les progrès vers leurs objectifs interpersonnels. Pour qu'une personne soit compétente en communication cela dépend du contexte interpersonnel dans lequel cette personne est intégrée. Réalisation de ses objectifs interpersonnels sert pour déterminer la compétence de communication. Ainsi, le soignant pouvait être qualifiés dans l'interaction et comprendre les instructions et les conseils du médecin. Toutefois, de mauvaises relations avec ses collègues peuvent le laisser incapable ou refuse de relayer l'information importante pour ces collègues, et cela pourrait entraver la prise de décisions concernant le bien-être du résidant. Objectifs jouent un rôle important dans la détermination de la compétence de communication. Compétence de communication implique également être sensible aux objectifs de son partenaire. Ceux qui font preuve de plus hauts degrés de sensibilité aux objectifs de l'autre sont généralement perçus comme étant plus compétents en communication. Niveau de compétence en communication peut jouer un rôle dans la diminution des effets des facteurs de stress liés aux soins à une personne âgée. Il a été constaté que les déficits en compétences de communication correspondaient au manque de soutien social. Soutien social est considéré comme une ressource pour faire face au stress. Il apparaît que l'environnement à une influence sur le niveau de compétences en communication, qui à son tour peut avoir trait à la capacité de faire face aux facteurs de stress. Soutien social et la compétence en communication se rapportent à la conception du
------------------	--

capital social.

Rôle du capital social dans la maltraitance de la personne âgée

- **Capital social**
 - Bourdieu (1986), Linn (1999), Portes (1998), et d'autres définissent le capital social comme « la possibilité d'accéder aux ressources par le biais des relations sociales ».
 - Capital social est une ressource qui reflète le caractère des relations sociales. Comme d'autres formes de capital, le capital social est appropriable d'un emploi à un autre. **Avantages du capital social sont une meilleure communication de groupe et une action collective plus efficace.**
- **Capital social et les personnes âgées**
 - Institutions concentrées sur le renforcement du capital social ont été mieux à même de répondre aux besoins des personnes âgées. Étant donné que le développement du capital social entre les institutions et les communautés est positivement lié à de meilleurs résultats pour les personnes âgées, il semble raisonnable de sonder la valeur de ce concept pour faire face aux mauvais traitements infligés aux aînés. Valoriser le capital social est un moyen de renforcer la confiance grâce à l'acquisition des ressources associées. Capital social augmente les liaisons entre les membres d'une équipe et cela suggère moins d'isolement pour ces membres. Isolement social de la personne âgée qui est maltraitée est une des raisons pour laquelle les victimes de maltraitance sont rarement détectées. **Résultat final du capital social est que les soignants et les personnes âgées vivent moins d'isolement social, ce qui devrait conduire à moins de maltraitance des personnes âgées.**
 - Capital social suggère la connaissance et un meilleur accès aux ressources pour faire face aux difficultés de la prise en charge des personnes âgées. Par exemple, discuter avec d'autres équipes qui sont dans la même situation problématique peut servir comme une fonction de **soutien important**. Augmentation du capital social dans une institution implique la possibilité d'améliorer les compétences individuelles des membres d'une équipe dans la communication. Renforcer les compétences et mieux outiller les soignants sert à **diminuer leur stress** associé aux soins donnés aux personnes âgées. Par conséquent, le lien entre les résultats du stress et de la maltraitance doit être mesuré tels que la présence du capital social renforcé devrait affaiblir la relation entre les **facteurs de stress et la maltraitance des personnes âgées**. Cette recherche a établi l'importance théorique du capital social et ses conséquences pour la maltraitance des personnes âgées, et il fait allusion à un modèle de base dont le capital social est

susceptible de modifier la maltraitance. Point suivant explique ce modèle plus en détail.

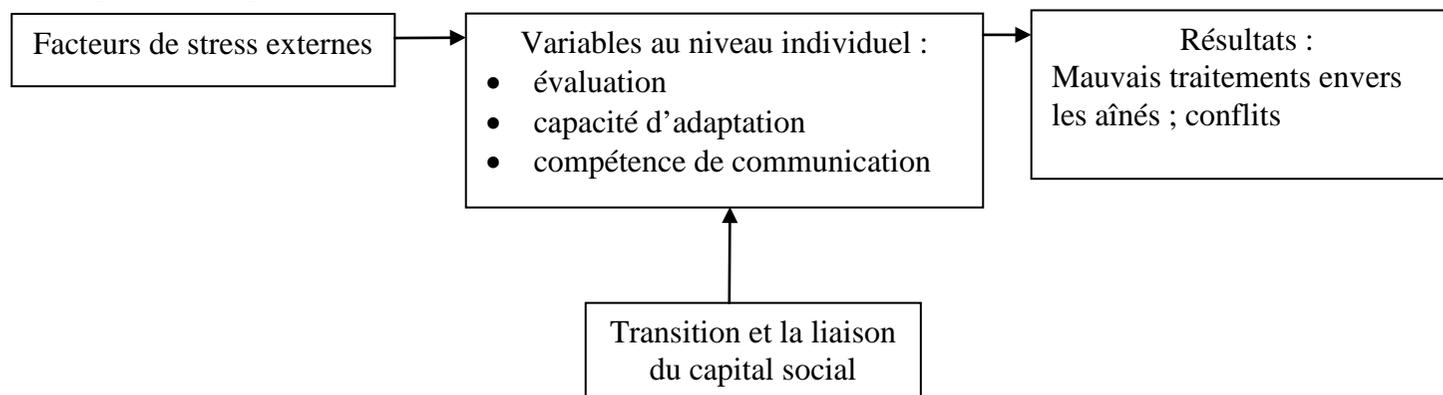
- **Capital social et le processus de résultat de stress**

- Deux modèles de causalité pourraient expliquer la relation entre le soutien social et le bien-être. Premier modèle est l'effet direct, l'autre est appelé le modèle de stress-tampon. Deux modèles sont décrits et s'étendent dans le contexte des liens sociaux et de la santé mentale.
- Modèle effet direct suggère que les réseaux sociaux pourraient agir sur l'influence sociale, états affectifs positifs, ou les réponses neuroendocriniennes, qui pourraient à son tour affecter la santé mentale. Ainsi, si une personne est intégrée dans un réseau, cette personne est mis en place pour être influencé par d'autres dans le réseau ou pourrait tirer du plaisir affective (ou déplaisir) de l'appartenance à un tel groupe. Être influencé par les membres du groupe pourrait alors favoriser des comportements plus sains, qui a des répercussions sur le bien-être mental.
- Autre modèle est le modèle de stress-tampon. Ici, le soutien social est d'atténuer les réponses à des événements stressants qui sont préjudiciables à la santé. Soutien pourrait agir sur le lien entre des événements stressants et le bien-être mental. Soutien pourrait agir pour réduire des réactions émotionnelles négatives aux facteurs de stress ou de réduire les réponses physiologiques et comportementales de ces facteurs de stress. Ce modèle peut expliquer les résultats du stress qui mène à des comportements de maltraitance sur les personnes âgées.
- Gérer le lien entre les facteurs de stress et la maltraitance sur les personnes âgées nécessite des compétences et des capacités. Ces compétences et les capacités ont été identifiées comme les variables intermédiaires qui pourraient influencer le risque de maltraitance des personnes âgées compte tenu de certains facteurs de stress. Données empiriques semblent cohérentes avec l'idée que l'amélioration du capital social d'une convention collective se traduira par une amélioration de la plupart des compétences et des ressources qui peuvent permettre aux membres de diminuer les conséquences négatives du stress. Par exemple, rappeler que les réseaux sociaux est l'une des composantes clés du capital social. Accès à un réseau social adéquat des individus est nécessaire pour invoquer la stratégie d'adaptation de soutien social. Capital social est pensé pour modifier les effets des facteurs de stress sur les résultats d'une maltraitance sur les personnes âgées.

La représentation graphique de ce modèle est présentée dans la **figure 1**, et il fonctionne comme suit. Il y a des facteurs de stress, et ce stress fait ressortir diverses variables au niveau individuel. Ces variables comprennent

l'évaluation de l'agent stressant, la capacité d'adaptation et la compétence de la communication. Elles agissent sur la relation entre le facteur de stress et les résultats. Les stratégies d'adaptation sont influencées par le degré de capital social. Le capital social agit sur les variables de niveau individuel et les résultats de la maltraitance des personnes âgées en offrant un environnement dans lequel les individus peuvent augmenter ces variables associées à des résultats positifs, tout en réduisant les grandeurs de ces variables associées aux résultats négatives. Par exemple, le renforcement du capital social peut entraîner une meilleure confiance. Et les membres qui ont confiance les uns les autres seront susceptibles de compter sur les uns les autres ainsi que de partager les informations importantes qui favorise la prise en charge des membres, ce qui devrait soulager la charge difficile que subi l'équipe, ce qui diminue le risque de maltraitance. Le renforcement du capital social peut se traduire par l'évaluation des facteurs de stress. Les chercheurs ont identifié les variables clés au niveau individuel qui sont les plus liés au capital social et qui ont aussi le plus grand potentiel pour empêcher la maltraitance sur les personnes âgées.

Figure 1 : Un modèle hypothétique du rôle du capital social dans la prévention de la maltraitance des personnes âgées



Mesurer le capital social : il existe dans la littérature une grande variété de mesures pour le capital social. But de cet article est de postuler un modèle qui va permettre de **prévenir** la maltraitance des personnes âgées grâce à

	l'amélioration de la qualité du capital social vécu par les parties qui ont l'habitude d'interface avec les personnes âgées. Mesure recommandée par ce document est celui qui tente de développer des indicateurs de transition et de liaison. L'échelle SASCAT tente de répondre à la nécessité de mesures du capital social.
Discussion/Conclusion	Le rôle primordial joué par le capital social est d'améliorer les capacités d'adaptation à la disposition des soignants. Renforcement de ces capacités d'adaptation devrait se traduire par des résultats moins négatifs (c'est-à-dire moins de maltraitance sur les personnes âgées). Cette étude traite de la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées. Auteurs supposent que la qualité du capital social devrait avoir une influence sur la maltraitance des personnes âgées. Modèle est présenté qui devrait améliorer la capacité des soignants à faire face au stress liés à la prise en charge de la personne âgée. Résultat de l'amélioration des capacités d'adaptation devraient diminuer la maltraitance envers les personnes âgées. Renforcer le capital social dans l'examen des facteurs de stress des soignants contribue à renforcer les approches précédentes. Amélioration des compétences de communication devraient augmenter les capacités d'adaptation ainsi que la capacité d'une augmentation à mobiliser les ressources du capital social.
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Auteurs de cette recherche proviennent du département de la communication à l'université de Michigan, aux Etats-Unis. • Méthodologie n'est pas décrite mais les sources sont mises en bibliographie. • Il y a mention des mots clés utilisés. • Cette recherche est intéressante car elle est récente. De plus, elle répond à ma question de recherche car j'ai pu ressortir des moyens de prévention de maltraitance. • But de cet article est d'explorer la possibilité de prévenir la maltraitance envers les personnes âgées en augmentant le capital social. • Notre conclusion : <ul style="list-style-type: none"> ○ Cette recherche explique que les abus des personnes soignées s'effectuent lors de mauvaises relations. La cause de ces maltraitances sont liée à l'interaction entre le soignant et le résident. ○ Pour prévenir la maltraitance, il faut agir sur le stress (capacité d'adaptation: compétence en communication) : Cette étude ne parle que du stress comme facteur de risque de maltraitance envers les personnes âgées. Ainsi pour diminuer les conséquences néfastes du stress, l'individu doit avoir des capacités d'adaptation. C'est-à-dire savoir contrôler ses émotions et faciliter l'amélioration de la situation, pour cela il faut avoir des compétences d'adaptation émotionnelle et d'adaptation du problème. Ces deux formes d'adaptation font parties de la compétence en communication qui est un ensemble des capacités

d'adaptation. La compétence en communication permet d'avoir de meilleures relations humaines et de diminuer les effets du stress. Il faut savoir que le manque de soutien social provoque un déficit en compétence de communication et que ce soutien social est donc une ressource pour faire face au stress. Le soutien social et la compétence en communication forme le capital social. Ce capital social permet à son tour de réduire le risque de maltraitance. Donc le capital social et les méthodes de communication peuvent avoir un impact sur la maltraitance.

○ **Pour prévenir la maltraitance : le rôle du capital social (est un concept)**

Le capital social c'est le fait d'accéder aux ressources des soignants dans les relations sociales. C'est un moyen qui permet de connaître la qualité des relations sociales. Ce qui aura comme avantages, une meilleure communication du groupe et une action collective plus efficace. Le capital social permet aussi de renforcer la confiance grâce à l'acquisition de ressources et il augmente les liaisons entre les membres d'une équipe. Le résultat final du capital social est que les personnes âgées vivent moins d'isolement social, ce qui devrait conduire à moins de maltraitance.

Cela permet donc de connaître et d'accéder aux ressources pour faire face aux difficultés dans la prise en charge de personnes âgées. L'augmentation du capital social dans une institution améliore les compétences de l'équipe dans la communication. Renforcer leurs compétences et mieux les outiller sert à diminuer leur stress et donc à diminuer les risques de maltraitance. Le capital social diminue les effets du stress, donc modifie les résultats des facteurs de stress donc diminue le risque à se livrer à la maltraitance.

Il existe un **modèle de base du rôle du capital social** pour la prévention de la maltraitance. Il y a deux modèles qui expliquent la relation entre le soutien social et le bien-être. Ils s'orientent dans le contexte des liens sociaux. Ils expliquent que le soutien social permet de diminuer les réponses aux événements stressants qui sont néfastes pour la santé. Puis que le stress mène à des comportements de maltraitance sur la personne âgée. Ainsi, pour gérer ce stress cela nécessite d'avoir des compétences et des capacités, ce qui pourrait influencer le risque de maltraitance. L'idée est que l'amélioration du capital social va améliorer la plupart des compétences et des ressources ce qui permet de diminuer les conséquences négatives du stress. Ce modèle fonctionne ainsi :

- Il existe des facteurs de stress, et ce stress fait ressortir diverses variables au niveau individuel. Ces variables comprennent l'évaluation de l'agent stressant, la capacité d'adaptation et la compétence de la communication. Ces variables agissent sur la relation entre le facteur de stress et les résultats du stress.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies d'adaptation sont influencées par le degré de capital social. Le capital social agit sur les variables de niveau individuel et les résultats de la maltraitance des personnes âgées en offrant un environnement dans lequel les individus peuvent augmenter ces variables associé à des résultats positifs, tout en réduisant les grandeurs de ces variables associées aux résultats négatives. • Par exemple, le renforcement du capital social peut entraîner une meilleure confiance. Et les membres qui ont confiance les uns les autres seront susceptibles de compter sur les uns les autres ainsi que de partager les informations importantes qui favorise la prise en charge des membres, ce qui devrait soulager la charge difficile que subi l'équipe, ce qui diminue le risque de maltraitance. • Le renforcement du capital social peut se traduire par l'évaluation des facteurs de stress. Les chercheurs ont identifié les variables clés au niveau individuel qui sont les plus liés au capital social et qui ont aussi le plus grand potentiel pour empêcher la maltraitance sur les personnes âgées. <p>Le rôle primordial joué par le capital social est d'améliorer les capacités d'adaptation des soignants. Le renforcement de ces capacités d'adaptation devrait se traduire par des résultats moins négatifs (c'est-à-dire moins de maltraitance sur les personnes âgées).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les auteurs supposent que la qualité du capital social devrait avoir une influence sur la maltraitance des personnes âgées. Un modèle est présenté qui devrait améliorer la capacité des soignants à faire face au stress liés à la prise en charge de la personne âgée. Le résultat de l'amélioration des capacités d'adaptation devraient diminuer la maltraitance envers les personnes âgées. Renforcer le capital social dans l'examen des facteurs de stress des soignants contribue à renforcer les approches précédentes. L'amélioration des compétences de communication devraient augmenter les capacités d'adaptation ainsi que la capacité d'une augmentation à mobiliser les ressources du capital social.
--	---

7^{ème} recherche :

<ul style="list-style-type: none"> • Titre de la recherche • Auteurs • Journal • Année de publication • Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review • Lindbloom, EJ., Brandt, J. Hough, LD. & Meadows, SE. • Journal of the American Medical Directors Association. • 2007 • Etats-Unis
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment définir la maltraitance en établissement pour personnes âgées ? • Pas d'hypothèse mentionnée. • Définir la maltraitance en EMS avec une attention particulière sur les types de mauvais traitements, facteurs de risques, personnes infligeant les mauvais traitements et aux interventions visant à réduire l'incidence de la maltraitance.
Cadre de référence / Concepts	Pas de cadre de référence ou de concepts mentionnés
Population / Echantillon	91 articles
Type de recherche	Revue systématique de littérature
Aspects éthiques	Pas d'aspects éthiques mentionnés
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	Recherche d'articles concernant la maltraitance des personnes âgées en maison de retraite a été menée avec l'aide d'un bibliothécaire de leur département et d'un membre du personnel. Stratégie de recherche inclut les documents de 1980 à 2005 en anglais uniquement. Recherche s'est faite avec l'utilisation des banques de donnée suivantes : Medline, Medline In-Process, Cinahl, Current Contents, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Social Work Database, Ageline. 324 articles ont été trouvés dont 91 ont été retenus
Résultats	Causes de la maltraitance : mauvaise organisation de travail, règlement de l'institution, pénurie de personnel, le manque d'infirmières diplômées dans les institutions, burnout des employés (épuisement), problèmes personnels des employés (problèmes de dépendances à l'alcool ou la drogue), connaissances inadéquates dans les soins gériatriques (le peu de formation actualisée en gérontologie est source de problème), caractéristiques personnelles des résidents (démence → l'agressivité du résident altère la qualité des soins, cela vient se rajouter au stress du soignant), isolement des membres de la famille, caractéristiques du personnel, manque de moyens pour prévenir ces abus, la non-déclaration des cas (car les soignants ont de la difficulté à identifier les abus,

manque de temps pour évaluer les risques, ont des difficultés à propos de la confidentialité), la société moderne qui manifeste une faible estime des personnes âgées (les personnes âgées sont de moins en moins considérées, estimées, dans la société et par conséquent, recevraient des soins de faible qualité).

Les gestes maltraitants ne sont en général pas prémédités mais ils découlent : d'un travail stressant (environnement de travail stressant et charge de travail (quantité de soins) stressant sont les résultats du manque d'effectif ou manque de formation) ; d'un manque de personnel ; du manque de temps et d'espace ; des conflits interpersonnels ; des agressions par les résidents ; l'insatisfaction au travail

Le syndrome d'épuisement professionnel contribue à augmenter l'insatisfaction au travail, à diminuer l'engagement du soignant, à détériorer les relations entre collègues et avec les personnes soignées. De ce fait le personnel soignant atteint de cet épuisement professionnel est moins impliqué dans son travail. Les conséquences du burnout entraîneraient une dépersonnalisation des résidents avec des risques d'abus et de maltraitance.

L'empathie est influencée par la gestion, le contrôle, la supervision, les connaissances et compétences, l'éthique, l'engagement professionnel, le respect des autres et l'intérêt pour la profession.

Les soins doivent être basés sur une éthique professionnelle.

Favoriser une bonne relation entre les soignants et les résidents afin de réduire les risques de violence et augmenter le respect.

Les cours de formation professionnelle pour le personnel soignant sur la résolution de problèmes et la gestion des conflits puis la gestion du stress et de la colère permettent de réduire les cas de maltraitances et améliorent la satisfaction au travail. Les infirmières sont également responsables de leur formation continue dans les domaines spécialisés et une mise à jour de l'éthique professionnelle, mais ce sont les employeurs qui doivent leur fournir les moyens nécessaires pour y parvenir. La formation continue permet de garder l'enthousiasme pour le métier et de mettre à jour régulièrement ses connaissances par rapport à l'évolution des soins. Elle permet l'acquisition de nouvelles connaissances. La formation permet d'apprendre de nouvelles techniques et d'acquérir de nouvelles compétences afin de prodiguer des soins adéquats. La formation doit offrir aux soignants les outils intellectuels leur permettant d'éviter de sombrer dans la violence, ce qui donne la capacité aux soignants de s'adapter dans un milieu difficile, de faire face à des comportements agressifs, et de trouver les ressources nécessaires pour

	<p>désamorcer des situations problématiques.</p> <p>Si un résidant lutte contre un soin ou contre un quelconque règlement comme par exemple l'heure de se lever ou de manger, et n'est pas capable de raisonner, il faut le laisser tranquille pendant un certain temps. Par contre, si le résidant est capable de raisonner, il faut que le soignant négocie pour un autre moment ou lui demander une solution.</p>
Discussion/Conclusion	<p>À ce jour, les symptômes précis de la maltraitance des personnes âgées en institution on peu été étudié. Les auteurs sont actuellement impliqués dans une étude dans une maison de soins infirmiers, en essayant d'identifier des marqueurs qui suggèrent les mauvais traitements.</p> <p>En conclusion, les mauvais traitements peuvent être un phénomène complexe impliquant souvent des soignants surmenés, dans un environnement de soins insuffisants, maltraiter un résidant dépendant, qui est incapable ou est peu disposé à demander de l'aide. Bien qu'il y ait un besoin d'une révision majeure du système des établissements de soins à répondre à beaucoup de questions concernant le personnel ayant un mauvais moral. Par conséquent, les efforts visant à identifier et à manifester les mauvais traitements dans institutions de soins peuvent se concentrer sur le travail du système actuel, et plusieurs exemples innovateurs des programmes de formation sont présentés dans cet article. Bien que beaucoup reste à étudier, il est encourageant de voir une hausse du taux d'intérêt et de publications au cours de la dernière décennie.</p>
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs de cette étude proviennent du département de la famille et de la communication en médecine à l'université du Missouri, Columbia. • Cette étude est très intéressante pour l'élaboration de mon travail car elle correspond à la problématique ainsi qu'à la question de recherche. Car dans cette étude, l'attention particulière s'est porté sur les types de mauvais traitements, les facteurs de risques, les personnes infligeant les mauvais traitements et aux interventions visant à réduire l'incidence de la maltraitance. • La méthodologie est bien expliquée avec mention des mots clés utilisés ainsi que des bases de données consultées. • Cette revue de littérature est relativement récente, ce qui la rend intéressante.

8^{ème} recherche :

<ul style="list-style-type: none"> • Titre de la recherche • Auteurs • Journal • Année de publication • Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Elder maltreatment : a review • Kim A. Collins • Archives of pathology & laboratory medicine • 2006 • Etats-Unis
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question de recherche mentionnée • Pas d'hypothèse mentionnée • Comprendre les caractéristiques (=qui sont des facteurs de risques) des victimes et de l'auteur, le scénario et les 3 formes les plus importantes de la maltraitance (violence physique, abus sexuel, négligence). Ce qui semble être essentielle à la détection et la prévention de la maltraitance.
Cadre de référence / Concepts	Maltraitance : association American Medical définit la maltraitance des personnes âgées comme un acte ou une omission qui cause un préjudice ou menace de nuire à la santé ou le bien-être d'une personne âgée.
Population / Echantillon	La population et l'échantillon n'est pas mentionné
Type de recherche	Revue de littérature
Aspects éthiques	Pas d'aspects éthiques mentionnés
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	Cette étude a étudié les littératures scientifiques actuelles, y compris les revues et les publications de textes concernant la maltraitance des personnes âgées.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Caractéristiques des victimes de maltraitance</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Age (plus de 75 ans) ; sexe (femmes sont plus touchées que les hommes) ; race blanche ○ Victime : est souvent isolée socialement et vit à proximité de l'auteur ; à généralement une relation personnelle avec l'auteur (exemple : parent, voisin, soignant, ami de la famille) ; dépend souvent de l'auteur ; souffre souvent de troubles cognitifs, démence, déficience physique, incapacité fonctionnelle ou incontinence ; est une personne âgée qui a des gestes provocateurs ; est parfois agressive ; incapable d'exprimer sa situation de violence ou demander de l'aide ○ Culpabilité, la peur du placement en institution et la crainte du résidant ○ Ne déclare pas les cas de maltraitance : victime âgée ne se plaint pas, préférant souffrir en silence plutôt

	<p>que de révéler sa pénible situation. Certaines personnes âgées acceptent la violence comme faisant partie des expériences de la vie. D'autres raisons ont été citées par l'auteur pour justifier ce comportement : la peur de subir des représailles du soignant maltraitant, la honte et la culpabilité de la personne âgée, la crainte d'être renvoyées de l'institution, la crainte d'être abandonnée, de causer un scandale puis que de perdre des relations significatives. La prévention consiste à informer les résidants sur les procédures de déclaration des cas de maltraitance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Caractéristiques de l'auteur (=facteurs de risque) de maltraitance</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ antécédents de maladie mentale et/ou toxicomanie (lors de maltraitance par un membre de la famille) ○ dépendance excessive d'un soutien financier pour la personne âgée (lors de maltraitance par un membre de la famille) ○ histoire de violence au sein ou en dehors de la famille (lors de maltraitance par un membre de la famille) ○ stress de l'auteur, burnout <p>Formes de maltraitance : maltraitance envers les personnes âgées peut être classée en 6 catégories (6 formes) : violence physique, abus sexuel, négligence, violence psychologique, exploitation matériel et financière, violation des droits</p>
Discussion/Conclusion	<p>L'institutionnalisation est vue comme un facteur de risque de la maltraitance envers les personnes âgées même si aucune recherche empirique n'existe sur la violence dans les établissements. Comme le nombre et le pourcentage des personnes âgées augmentent dans notre population, on ne peut que s'attendre à avoir plus de cas de maltraitance envers les personnes âgées. Il est aussi expliqué que trop peu de fonds gouvernementaux sont consacrés à la recherche sur la violence en gériatrie. De plus, il n'y a pas de loi fédérale qui existe pour prévenir la maltraitance des personnes âgées. Ce n'est que par un diagnostic précis et de la documentation que nous serons en mesure d'apporter l'attention appropriée à ce problème croissant.</p>
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur de cette étude provient du département du laboratoire de médecine et de pathologie, de la section médico-légale, de l'université médicale de Caroline du Sud, Charleston. • La méthodologie n'est pas entièrement décrite mais les sources sont mises en bibliographie. • L'auteur ne mentionne pas la sélection des textes qui ont été utilisés pour cette étude. • Le respect des normes éthiques et déontologiques n'est pas mentionné. • Cette étude est intéressante car elle est récente. De plus, elle répond à ma question de recherche car elle apporte des moyens pour prévenir la maltraitance notamment pour les personnes qui devraient constater et dénoncer les cas, y compris les médecins.

9^{ème} recherche :

<ul style="list-style-type: none"> • Titre de la recherche • Auteurs • Journal • Année de publication • Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Elder abuse and neglect in long-term care • Joshi, S. & Flaherty, JH. • Clinics in geriatric medicine • 2005 • Etats-Unis
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut-on donner une définition complète de l'abus et de la négligence des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée ? • Pas d'hypothèse mentionnée • Donner une définition de tous les aspects de la maltraitance des personnes âgées et d'identifier les facteurs de risques associés à ce problème. Puis de sensibiliser les fournisseurs de soins et d'aider à concentrer les interventions en fonction des facteurs de risques.
Cadre de référence / Concepts	Pas de cadre de référence ou de concepts mentionnés
Population / Echantillon	99 sources
Type de recherche	Revue de littérature
Aspects éthiques	Pas d'aspects éthiques mentionnés
Méthodologie	La méthodologie n'est pas développée mais les auteurs mentionnent 99 sources mises dans la bibliographie.
Résultats	<p>Définition : La définition utilisée par la plupart des états est beaucoup trop générale pour être utilisée. La question est de savoir qui décide quels comportements sont qualifiés d'abusifs ou pas ? Mais il est primordial de mieux comprendre ce qu'est la maltraitance des personnes âgées pour ainsi mieux connaître le problème.</p> <p>Facteurs de risques</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Caractéristiques des résidents :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Age (âge supérieur à 60 ans) ; sexe (hommes seraient plus touchés que les femmes) ○ Démence et baisse des fonctions cognitives : démence et la détérioration cognitive sont des risques (les comportements agités et agressifs du résident sont mauvais et la compréhension de l'origine n'est pas faite).

Ils sont interprétés comme provoquants par le soignant.

- Comportements et conflits : comportements perturbateurs peuvent être interprétés comme provoquant. La compréhension de l'origine de ces comportements n'est pas faite.
- Dépendances physiques : ces personnes reçoivent un traitement moins humain et respectueux car ils ont une plus grande dépendance et sont des gens plus difficiles à soigner. La personne âgée qui souffre d'un handicap physique, qui est très dépendante, qui ne peut accomplir seule les actes de la vie quotidienne (alimentation, toilette,...), crée une surcharge de travail qui peut entraîner le rejet, l'isolement, voir même l'abandon de la personne âgée. La dépendance du dément entraîne une charge sur les tiers, épuisés et à bout de nerf.
- Caractéristiques du personnel :
 - Sexe : les hommes sont plus accusés d'être les auteurs de la maltraitance
 - Charge en soins : si l'équipe devient surchargée et débordée, leurs réponses aux résidents sont souvent plus agressives
 - Connaissances inadéquates dans le domaine des soins
 - Agisme (manque de connaissances) : croyance erronée à propos de la vieillesse. Il est possible que l'inadéquation du niveau et du type de formation contribuent à ces croyances.
 - Burnout : forte implication dans la maltraitance institutionnelle, il provoquerait des attitudes négatives des soignants envers la personne âgée.
 - Casier judiciaire : il doit être considéré comme un facteur de risque parmi le personnel des EMS
 - Problèmes personnels : dépendance à la drogue ou l'alcool
- Caractéristiques des établissements : tarif facturé par les établissements aux résidents n'est pas associés à une meilleure qualité institutionnelle

Obstacles à l'établissement de rapports (la non-déclaration des cas)

- Chaque personne a la responsabilité de signaler les abus et la négligence des résidents.
- L'âgisme et la formation insuffisante du personnel sont des obstacles.
- La crainte des représailles retardent les signalisations.
- Les soignants ne savent pas comment ni où reporter les abus.

	<p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation sur le sujet de la maltraitance, gérontologie, relation soignant-soigné, processus du vieillissement, les soins aux personnes âgées, aux personnes démentes, pathologies. • Le dépistage des antécédents du personnel en les engageant. • Informations aux résidants et leurs familles sur leurs droits et comment dénoncer des situations. • Vigilance du personnel quant aux signes d’abus. • Tout le personnel doit être informé que l’établissement de rapports d’abus n’est pas mauvais. • La baisse de la charge de travail diminue les risques d’abus. • Le contrôle et la supervision des soignants à risques lors de cas suspect de maltraitance <p>Interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseignement des soins auprès des personnes démentes. • Rassembler les personnes démentes dans des unités spécialisées. • Baisse de la charge de travail • Education sur le vieillissement peut prévenir l’âgisme • Education sur la maltraitance
Discussion/Conclusion	La sensibilisation et l’éducation du soignant sur les interventions ciblées vers les facteurs de risque ou les types de maltraitance jouent un rôle inestimable dans la prévention des abus envers les personnes âgées.
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs de cette étude proviennent de la recherche gériatrique, de l’éducation et du centre clinique. • La méthodologie n’est pas décrite mais les sources sont mises en bibliographie. • Le respect des normes éthiques et déontologiques n’est pas mentionné. • Cette étude est intéressante car elle est récente. De plus, elle répond à ma question de recherche car elle apporte des moyens pour prévenir la maltraitance.

10^{ème} recherche :

Titre de la recherche Auteurs Journal Année de publication Pays	Is greater social support a protective factor against elder mistreatment? <ul style="list-style-type: none"> • XinQi Dong : vient du département de médecine interne, centre médical de l'université Rush • Melissa A. Simon : vient du département d'obstétrique et gynécologie, centre médical Northwestern, à Chicago Gerontology 2008 Etats-Unis
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'un plus grand soutien social est un facteur de protection contre la maltraitance des personnes âgées? • L'hypothèse sous-jacente est qu'un plus grand soutien social est associé à un risque plus faible pour la maltraitance des personnes âgées. • L'objectif de cette étude était d'examiner l'association du soutien social avec le risque de maltraitance envers les personnes âgées.
Cadre de référence / Concepts	Pas de cadre de référence ou de concepts mentionnés
Population / Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • 412 personnes âgées ont été interrogées • Les sujets étaient âgés de 60 à 90 ans
Type de recherche	Etude descriptive et transversale
Aspects éthiques	Pas d'aspects éthiques mentionnés
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a été réalisée en 2005 en Chine. Sujets ont été identifiés dans 4 institutions et ils leur ont demandé s'ils aimeraient participer à l'étude. Assistants de la recherche ont expliqué en détail l'objectif de l'étude. Un total de 500 sujets ont été abordés et 412 ont accepté de participer. Enquêtes ont été réalisées dans 4 institutions. 88 résidents n'ont pas pu terminer l'étude à cause de la maladie, nausées, douleurs et maux de tête. Cette étude n'a accepté que les résidents qui avaient leur capacité de discernement. Ils ont refusé les résidents qui avaient une déficience cognitive ou une démence. Participants étaient invités à remplir un sondage qui a été traduit de l'anglais au chinois. Elle a été confirmée par 3 responsables de l'institution qui ont été les traducteurs et par l'auteur principal de ce rapport qui est bilingue. En Chine continentale, il n'existe aucun organisme gouvernemental désigné pour recevoir les rapports de mauvais traitement sur la personne âgée ou pour enquêter. Il n'y a pas de lois sur la déclaration obligatoire des mauvais traitements.

- Questions de l'enquête étaient les suivantes : Avez-vous peur de quelqu'un dans votre famille ? Est-ce que quelqu'un a-t-il essayé de vous blesser ou de vous faire du mal récemment ? Est-ce que quelqu'un veut vous faire rester au lit ou vous dit que vous êtes malade lorsque vous savez que vous ne l'êtes pas ? Est-ce que quelqu'un vous a-t-il mis mal à l'aise récemment ? Est-ce que quelqu'un vous a forcé à faire des choses que vous n'aviez pas envie de faire ? Est-ce que quelqu'un vous a-t-il pris des choses qui vous appartiennent sans votre accord ? Ces questions ont été examinées et ont démontrés des cas de maltraitance élevés.
- Chercheurs de l'étude ont estimé qu'il était important d'être plus précis sur les questions de dépistage et d'explorer les formes de maltraitance (violence physique, violence psychologiques, abus financier). Questions suivantes ont été posées : Est-ce que quelqu'un proche de vous, vous a-t-il frappé, poussé ou lancé des choses ? Y a-t-il quelqu'un qui vous insulte ou vous rabaisse ? Y a-t-il quelqu'un qui vous a pris votre argent sans votre accord ? Ou avez-vous cessé de récupérer votre argent ? Ou vous ne savez plus rien sur votre argent ? Quelqu'un a-t-il pris votre maison ou votre appartement ? Quelqu'un a-t-il pris vos biens sans votre permission, ou abusé de votre argent, ou transféré de l'argent de votre compte, ou vous a empêché d'utiliser votre argent, ou a vendu votre propriété ?
- Comme il n'y avait pas de questions directes sur les abus sexuels ou les abandons des personnes âgées, les questions suivantes ont été ajoutées : Avez-vous eu des contacts sexuels non consentants de toute nature ? Est-ce qu'un membre de la famille vous a-t-il déjà abandonné dans un hôpital ou un lieu public ?
- Soutien social a été évalué avec un instrument sous le nom de « index de soutien social ». La mesure s'est faite avec 5 questions, provenant de l'enquête sur les résultats médicaux et les premiers travaux examinant l'influence du soutien social. Questions qui ont été posées sont les suivantes : Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous écouter quand vous avez besoin de parler ? Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous donner de bons conseils au sujet d'un problème ? Y a-t-il quelqu'un qui vous montre de l'amour et de l'affection ? Pouvez-vous compter sur une personne pour vous offrir un soutien affectif ? Avez-vous autant de contacts que vous le souhaitez pour vous sentir proche, quelqu'un sur qui vous pouvez faire confiance et vous confier ?
- Variables du descriptif du soutien social ont été construites et analysés pour les participants qui étaient maltraités et non maltraités. Modèles logistiques ont été utilisés pour examiner ces variables du soutien social associé à la maltraitance des personnes âgées. Variables ont été analysés de 3 façons différentes : par questions individuelles de soutien social; par total des points de soutien social comme une variable continue et par total des points de soutien social.

<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il a été trouvé que sur les 412 participants qui ont répondu au sondage, 145 sujets sont victimes de maltraitance. • Dans le groupe des personnes qui étaient maltraités : âge moyen était de 69 ans ; 41 % étaient des femmes ; le niveau moyen de scolarité était entre 7 et 5 années de scolarité ; le revenu moyen par mois était de 1200 RMB • Dans le groupe des personnes qui n'étaient pas maltraités : l'âge moyen était de 70 ans ; 31 % étaient des femmes ; le niveau moyen de scolarité était entre 9 et 5 années de scolarité ; le revenu moyen par mois était de 1500 RMB • Score total de soutien social pour le groupe maltraité a été de 7, et pour le groupe non maltraités de 11,2. Score total allait de 1 à 32. Ensuite, ils ont divisé le score total de soutien social en 3 sous-catégories pour continuer à examiner l'association entre les niveaux de soutien social et la maltraitance sur la personne âgée. Il a été trouvé que le faible soutien social était de 75 % pour le groupe maltraité alors qu'il était de 54 % pour le groupe non maltraité. Seulement 8 % du groupe maltraité ont dit qu'ils avaient un soutien social important et 17 % pour le groupe non maltraité. • Pour tester l'association entre le soutien social et risque de maltraitance envers les personnes âgées, 4 modèles ont été utilisés qui sont représentés dans un tableau : avoir quelqu'un pour se faire écouter et pour parler : était associée à une probabilité inférieure de 82 % d'un rapport de maltraitance ; avoir quelqu'un pour obtenir de bons conseils : était associée à une probabilité inférieure de 85 % d'un rapport de maltraitance ; avoir de l'amour et de l'affection de la part de quelqu'un : était associée à une probabilité inférieure de 70 % d'un rapport de maltraitance ; avoir contact avec une personne sur qui ils peuvent avoir confiance et se confier : était associée à une probabilité inférieure de 92 % d'un rapport de maltraitance ; avoir quelqu'un sur qui ils peuvent compter pour un soutien émotionnel : était associée à une probabilité inférieure de 89 % d'un rapport de maltraitance.
<p>Discussion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a examiné l'association du soutien social avec le risque de maltraitance envers les personnes âgées. Les résultats montrent que les niveaux plus élevés de soutien social sont associés à un risque plus faible de maltraitance. Cette information est utile parce qu'il y a peu d'informations systématiques sur la relation entre le soutien social et la maltraitance dans la littérature actuelle. • Dans une étude réalisée en 2005, Fulmer et al. indique que 136 personnes âgées (de 80 à 88 ans) étaient maltraitées par les soignants. Cette étude expliquait que les victimes de la maltraitance avaient un faible niveau de soutien social. En 2003, Shugarman et al ont étudié 701 sujets âgés de 60 ans et plus. Cette étude a révélé que les personnes ayant un soutien fragile étaient à risque d'être maltraité. En 1999, Comijs et al. ont étudié 224 sujets avec un âge moyen de 77 ans. Il a trouvé 77 sujets qui étaient maltraités. Cette étude expliquait que ces

	<p>victimes de maltraitance avaient moins de soutien social. Les résultats de cette étude sont conformes aux conclusions des autres études qui se sont déroulés dans d'autres pays, et ils démontrent que les niveaux élevés de soutien social peut avoir un effet protecteur contre les mauvais traitements sur les personnes âgées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces résultats mettent en évidence l'importance du dépistage de l'aide sociale chez la personne âgée.
Conclusion	<p>En conclusion, un meilleur soutien social est associé à un risque plus faible de maltraitance. Il peut être donc un facteur de protection contre les mauvais traitements. Le dépistage du soutien social et de trouver les moyens pour construire un meilleure soutien social peut aider à maintenir et améliorer la santé des personnes âgées. La famille et les soignants pourraient jouer un rôle important dans la réduction de l'isolement social de la personne âgée, et augmenter le soutien social et la compagnie. Le groupe de soutien pourrait être un programme d'intervention pour les victimes. Les interventions qui améliorent le soutien social peuvent empêcher la maltraitance des personnes âgées.</p>
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie est parfaitement décrite avec mention des mots-clés utilisés. • Le respect des normes éthiques et déontologiques n'est pas mentionné. • Cette étude est intéressante car elle est récente. De plus, elle répond à ma question de recherche car elle explique qu'un meilleur soutien social peut être un facteur de protection contre la maltraitance des personnes âgées.

11^{ème} recherche :

Titre de la recherche Auteurs Journal Année de publication Pays	Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting <ul style="list-style-type: none"> • Julie McGarry : professeur et directeur adjoint, avec un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers • Christine Simpson : professeur à l'école des sciences infirmières, à l'université de Nottingham, Derby Nursing standard 2008 Angleterre
<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question de recherche mentionnée • Pas d'hypothèse mentionnée • Sensibiliser sur les abus envers les aînés comme un problème et sa politique de changement et du contexte législatif. Met en évidence le rôle et responsabilités des infirmières, ce qui permet d'explorer les complexités qui entourent la maltraitance des personnes âgées et à reconnaître les stratégies efficaces pour identifier, signaler et prévenir les mauvais traitements dans la pratique. Rédigé dans le cadre de la récente politique et des initiatives de la pratique, cet article permet aux infirmières de définir et de reconnaître leur rôle dans la prise en charge des personnes âgées, et d'élaborer des stratégies efficaces d'identification pour la prévention et la gestion des abus envers les aînés dans le milieu de la pratique.
Cadre de référence / Concepts	Pas de cadre de référence ou de concepts mentionnés
Population / Echantillon	La population et l'échantillon n'est pas mentionné
Type de recherche	Etude théorique
Aspects éthiques	Pas d'aspects éthiques mentionnés
Méthodologie (méthode de collecte et d'analyse des données)	Aucune méthodologie
Résultats	Facteurs de risque <ul style="list-style-type: none"> • Stress : il existe un lien entre le statut cognitif et le potentiel du soignant de maltraiter les personnes âgées dans les soins. Les effets des facteurs de stress sont liés aux fonctions du soignant. Ces facteurs de stress vont influencer le statut cognitif du soignant. L'impact négatif d'un facteur de stress peut être diminué si les individus possèdent des capacités d'adaptation, des ressources cognitives et affectives suffisantes. Il y aurait

une accumulation de stress en lien avec les soins apportés à la personne âgée. C'est-à-dire que le personnel confronté à des personnes dépendantes physiquement et/ou psychiquement, et/ou rencontrant une difficulté à communiquer avec des personnes atteintes de troubles psycho-intellectuels influencerait l'accroissement du stress.

- Burnout, épuisement professionnel
- Isolement social: il a été suggéré que cela peut être un facteur prédisposant à la violence, où les personnes âgées vivant à domicile ou dans les foyers de soins ont moins de contacts ou de visites (AEA 2004).
- Dépendance physique ou mentale
- Dynamique intra-individuelle : soignants ayant des antécédents de dépendance à l'alcool ou problèmes de santé mentale peuvent présenter des facteurs de risque de maltraitance des personnes âgées. Ce sont des facteurs importants et ne sont pas entièrement prédictifs du risque d'abus dans l'isolement d'autres facteurs.
- Relations pré-existantes : relations antérieures et qualité des relations pré-existantes ou à long terme entre la personne victime de mauvais traitements et l'agresseur pourrait être un facteur de risque de maltraitance des personnes âgées.

Gestion efficace dans la pratique

- Reconnaissance et des mesures appropriées par les praticiens sont essentielles pour sauvegarder le bien-être des personnes âgées. Le DH (2000) a joué un rôle clé dans la mise sur le cadre pour les organismes à élaborer et appliquer des politiques, procédures, surveillance et la formation grâce à l'incorporation d'une approche multi-agences pour la **prévention et la gestion**.
- Dépistage du personnel soignant
- Information sur les procédures de signalement pour les soignants
- Etapes du processus de rapport sont l'identification des indicateurs de mauvais traitements; lancement d'un rapport verbal à un supérieur hiérarchique ou toute autre personne, comme un mentor si c'est un étudiant en soins infirmiers, et un rapport écrit détaillé et la documentation. Cependant, les circonstances peuvent varier et où des situations nécessitent une attention urgente dans le contexte de la pratique, il serait nécessaire de faire appel aux services d'urgence en premier.
- Une fois qu'un rapport a été soumis, infirmières doivent être informées des progrès de toute enquête à travers leur organisation et doivent être prêtes à participer à tous les stades à travers le travail collaboratif multi-agences. Cela peut impliquer la participation à des conférences de cas et, lorsque des poursuites pénales sont

	<p>incitées à commettre, à témoigner en cour. Dans les institutions pour personnes âgées, d'autres organismes et organes statutaires pourraient être impliqués dans ce processus. Il faudrait également définir les structures hiérarchiques (la politique locale et les lignes directrices) énoncées dans la santé individuelle et sociale des organismes de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Important que les praticiens soient pris en charge par les gestionnaires et leur cadre organisationnel en termes d'identification et de signalement de maltraitance des personnes âgées. Dans le premier cas, rapports peuvent être adressés à un membre supérieur du personnel dans le service ou, dans le cas d'un étudiant en soins infirmiers, à son mentor. • Agences ont la responsabilité de fournir une formation au personnel, dans l'identification et la gestion de l'abus. • Prévention constitue un élément central de la gestion des abus envers les aînés. Il encapsule les perspectives d'organisation et de la pratique et implique à la fois l'action "préventive" et "réparation". Bonnes pratiques dans la prévention et la gestion des abus envers les aînés : sensibilisation et reconnaissance de la maltraitance, éducation et formation, et des lignes directrices claires dans les agences.
Discussion/Conclusion	<p>Maltraitance des personnes âgées, englobant une série de méfaits, y compris la discrimination, sont désormais reconnues comme un problème. À la lumière de cela, la législation et un certain nombre d'initiatives politiques ont été élaborées pour protéger et promouvoir les droits des personnes âgées et de s'assurer qu'ils reçoivent les normes de qualité des soins. Il a également été reconnu que les infirmières ont un rôle central dans une approche multi-agences pour identifier, gérer et prévenir les abus envers les aînés dans le milieu de la pratique.</p>
Éléments critiques / Commentaires personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs de cette étude proviennent de l'école des sciences infirmières, à l'université de Nottingham • La méthodologie n'est pas décrite mais les sources sont mises en bibliographie. Puis, il y a mention des mots-clés utilisés. • Le respect des normes éthiques et déontologiques n'est pas mentionné. • Objectif de cette étude était de définir le terme de maltraitance envers les personnes âgées, découvrir quand et où les mauvais traitements peuvent se produire, examiner les facteurs de risque et d'identifier comment la maltraitance peut être prévenue et gérée de façon efficace dans la pratique. • Cette étude est intéressante car elle est récente. Puis, répond à ma question de recherche.