

***La maltraitance envers les personnes âgées en
institution :***

Identification des facteurs à son origine

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

Par :

Sudan Mélanie

Promotion 2005-2009

Sous la direction de : Evelyne Progin

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 6 juillet 2009

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Evelyne Progin pour m'avoir suivie pendant l'élaboration de ce travail, ainsi que pour sa disponibilité, ses corrections et ses conseils. Je remercie René Ansias pour m'avoir donné quelques pistes de réflexion concernant les aspects éthiques et déontologiques ainsi que sur la qualité des soins présentés dans ce travail.

Un grand merci également à Gérard Bernet pour avoir pris le temps de corriger l'orthographe et la syntaxe.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	p. 2
2. Problématique	p. 3
2.1. Question	p.6
2.2. Objectifs.....	p. 6
3. Cadres de référence	p. 7
3.1. La maltraitance	p. 7
3.2. La déontologie infirmière	p. 10
3.3. Les principes éthiques	p. 11
3.4. La qualité des soins	p. 13
4. Méthodologie	p. 14
4.1. Argumentation du devis	p. 14
4.2. Déroulement	p. 14
4.3. Critères de sélection.....	p. 14
4.4. Critères d'exclusion	p. 15
4.5. Résultat des stratégies de recherche.....	p. 16
4.5.1. Stratégie 1	p. 17
4.5.2. Stratégie 2	p. 17
4.5.3. Stratégie 3	p. 17
4.5.4. Stratégie 4	p. 17
4.5.5. Stratégie 5	p. 18
4.5.6. Stratégie 6	p. 18
5. Résultats.....	p. 18
5.1. Les facteurs en lien avec les professionnels	p. 18
5.2. Les facteurs en lien avec l'institution	p. 23
5.3. Les facteurs en lien avec les résidants	p. 25
5.4. Les facteurs en lien avec la société	p. 27
5.5. Synthèse des résultats	p. 28

6. Discussion	p. 30
6.1. Discussion des résultats des diverses recherches	p. 30
6.1.1. Les facteurs de la maltraitance.....	p. 31
6.1.2. Les liens entre ces différents facteurs	p. 35
6.2. Impact de la prévention sur la pratique	p. 36
7. Conclusion	p. 37
7.1. Futur besoin de recherches	p. 38
7.2. Points forts et points faibles du travail	p. 39
7.3. Le mot de l'auteur.....	p. 39
Bibliographie	p. 41
Annexe.....	p. 47
Annexe A : Trames de présentation des recherches retenues	p. 48

1. Introduction

A l'heure actuelle avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population et de l'espérance de vie, de plus en plus de personnes doivent être placées en institution. Ces personnes sont souvent bien dépendantes ; c'est pourquoi le placement est la dernière solution après avoir eu recours aux différentes aides à domicile existantes. Leurs besoins en soins n'étant plus gérables à la maison, l'institutionnalisation est la dernière issue. La population des établissements pour personnes âgées est souvent dépendante de soins pour les activités de la vie quotidienne et peut également souffrir de déficits physiques et psychiques qui la rendent plus vulnérable à la maltraitance.

La maltraitance apparaît à domicile, mais également dans les institutions au travers du personnel soignant. Cette situation interpelle et est difficile à comprendre au vu de l'image de personnes généralement dévouées que donnent les professionnels des soins dans la société. Néanmoins la maltraitance existe et est de plus en plus médiatisée par des reportages ainsi que par la mise en lumière des cas les plus flagrants. Toutefois, la grande majorité des cas d'abus passe sous silence. Ce travail va chercher à identifier les facteurs de la maltraitance par les soignants et pourquoi ceux-ci ne dénoncent-ils pas les abus dont ils sont les témoins.

2. Problématique

En Suisse, comme dans tous les pays industrialisés, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ne cesse d'augmenter. En effet, 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 16,4%. Ces chiffres sont en constante augmentation et vont passer de 16% à 28% en 2050 avec une plus forte croissance chez les plus de 80 ans qui verront leur effectif augmenter de 179% dans les prochains 45 ans (OFS, 2006). Ces chiffres montrent que la population suisse devient de plus en plus âgée. Ce vieillissement de la population est en partie dû à l'augmentation de l'espérance de vie, aux progrès faits par la médecine et à l'arrivée, dans cette tranche d'âge, des enfants du « baby boom ». Mais, qui dit augmentation des personnes âgées dit également augmentation des personnes qui auront besoin de soins et qui vont peut-être devenir dépendantes et devront être institutionnalisées. Si l'on prend en considération toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, indépendamment de leur mode d'habitation, le taux suisse de besoin en soins est situé entre 10 et 11,5%. Ce chiffre s'accroît avec l'âge et arrive à 30% des 85 ans et plus (Höpflinger & Hugentobler, 2006). Cela démontre bien, qu'avec l'âge, les besoins en soins deviennent toujours plus grands et, qu'à un moment donné, le placement se révèle nécessaire. Les établissements médico-sociaux (EMS) sont déjà comblés et ont une liste d'attente très importante, suivant les lieux. En Suisse, au cours des quarante dernières années, l'effectif des personnes âgées qui résident dans des institutions a plus que doublé. Ainsi, environ 24% des personnes âgées entre 85 et 89 ans vivent en établissement ; pour les personnes dont l'âge est compris entre 90 et 94 ans, la proportion est déjà de 40% ; et plus de 58% du groupe 90 ans et plus ont quitté leur domicile privé (Ibid.).

Donner une définition des personnes âgées, population ciblée par ce travail, est difficile car très relative aux différentes représentations de cette notion et de celle de l'âge. L'Organisation Mondiale de la Santé définit une personne âgée à partir de 60 ans. En Suisse, l'âge de 64 ans a été retenu pour certaines prestations comme la retraite. Pour le sens commun, une personne âgée est une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. En physiologie, le vieillissement est un processus qui débute bien avant d'atteindre un âge avancé – c'est-à-dire dès la naissance – et progresse de manière

inexorable. Il entraîne la modification de nombreuses fonctions organiques et psychiques chez le vieillard. Le vieillissement induit aussi des modifications au niveau social, la retraite, la mort du partenaire, la maladie, etc. (Schäffler & Menche, 2004)

Toutes ces modifications entraînent une baisse d'indépendance chez les personnes âgées qui peut, dans certains cas, aller jusqu'à une impossibilité de rester à domicile. C'est alors qu'elles entrent dans les établissements pour personnes âgées, également appelés établissements médico-sociaux (EMS), foyers ou homes. Ces lieux sont destinés à accueillir des personnes âgées dont l'état de santé exige des soins infirmiers et une surveillance continue (art. 3 de la loi du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS) édicté par le Grand Conseil du canton de Fribourg). La clientèle de ces institutions a perdu son autonomie ; elle est donc dépendante de quelqu'un pour certaines activités de la vie quotidienne.

Il y a quelques années, une polémique a fait rage autour de la maltraitance¹ dans les institutions pour personnes âgées (Despont, 1998). En effet, on y décrivait des sévices, des viols, des coups, des violences psychologiques, etc. Cela a permis de mettre en lumière un sujet tabou, « la maltraitance sur des personnes âgées par des professionnels de la santé ». Aujourd'hui, la maltraitance dans les institutions de soins n'est plus à prouver, elle existe comme l'a encore récemment démontré le reportage « Les Infiltrés »², un article dans le quotidien « La Liberté »³ ainsi qu'un reportage de « Mise au Point »⁴. Dans les années à venir, avec la probable augmentation des personnes âgées dépendantes, le problème sera encore plus aigu. La maltraitance touche en grande partie des personnes très âgées et dépendantes, qui sont donc fragiles et moins aptes à se défendre (Rogez & Cudennec, 2007). Le professeur Robert Hugonot, médecin gériatologue et fondateur du réseau ALMA (Allô Maltraitance des personnes âgées), dit que « toute personne âgée de plus de 60 ans a été, est ou sera au moins une fois la victime de harcèlement ou de maltraitance » (Hugonot, s.d., cité par Aide aux personnes isolées âgées, 2007, p.12). Il est difficile de trouver des chiffres concernant l'ampleur de la maltraitance et cela d'autant plus dans les institutions. Toutefois, une étude sur les

¹ Le concept de maltraitance est défini dans le chapitre 3.1.

² Les Infiltrés (22 octobre 2008). *Chronique d'une maltraitance ordinaire* [enregistrement vidéo]. Paris : France 2

³ EMS à Zurich, nouveau cas de maltraitance (3 mars 2009). *La Liberté*

⁴ Maltraitance dans les EMS (3 mai 2009). *Mise au Point* [enregistrement vidéo]. Genève : TSR1

homes de la région d'Atlanta aux Etats-Unis a démontré que 44% des résidents disent avoir été abusés, 48% disent avoir été traités durement, 38% disent avoir vu d'autres pensionnaires être abusés et 44 % disent en avoir vu d'autres être traités durement (Atlanta Long-Term Ombudsmen Program, 2000, cité par Baker & Heitkemper, 2005). Cela se passe aux USA, mais la même situation se produit également en Europe. En France, seul ALMA donne des chiffres sur l'ampleur du phénomène. En 2007, cette association a reçu 714 appels concernant de la maltraitance avérée en institution. Cela peut paraître peu, mais il faut prendre en considération que ce réseau n'est pas connu de tous et que nombre de personnes âgées n'ont pas les moyens cognitifs ou physiques d'appeler. Dans les études de Marescotti (1998) et de Despont (1998), tous les soignants interviewés disent avoir vu de la maltraitance dans les établissements où ils travaillent. La maltraitance serait donc encore bien réelle ; la comprendre est une première étape afin de cerner les difficultés des soignants et pouvoir agir sur celles-ci. La lutte contre la maltraitance fait partie des objectifs des établissements pour personnes âgées et rentre dans les critères de qualité des soins. De gros efforts ont déjà été faits suite à la prise de conscience de ce problème ; néanmoins, la maltraitance n'a pas encore disparu. En Suisse l'Académie des Sciences Médicales (2004) a publié des directives et des recommandations à l'intention des institutions de soins de longue durée, « traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance ». Le Service du Médecin Cantonal de Fribourg (2004) a également édicté des directives concernant l'application des mesures limitatives de la liberté d'action et/ou de mouvement. En outre, des directives concernant les gestions des plaintes ont été rédigées par le médecin cantonal et distribués dans toutes les institutions du canton (service du médecin cantonal, 1999, cité par Despont & Klingshirn, 2003). Celles-ci introduisent l'obligation pour les EMS, entre autre de protéger la personne âgée, de traiter les plaintes ou réclamations et selon la gravité de la maltraitance, de la dénoncer aux autorités compétentes.

La maltraitance en institution est un sujet tabou dans la profession soignante, en partie par le caractère inapproprié de ce phénomène. En effet, la maltraitance est contraire au code déontologique de l'infirmière et aux principes éthiques censés guider leurs activités. Alors que les écoles enseignent le « prendre soin » et la « bientraitance » ; sur le terrain, la réalité semblerait tout à fait différente. Dans ce cas, quelle pourrait être la compréhension multiple de la maltraitance exercée par les soignants et pourquoi ne

serait-elle pas plus dénoncée par ceux-ci ? Pourquoi en arriverait-t-on à faire souffrir les résidents alors que notre but premier est de soigner ces mêmes personnes ? Y'aurait-il des facteurs en amont qui induiraient de la maltraitance ? La maltraitance sévit dans tous les lieux où des soins sont donnés, où des personnes n'ont pas les capacités physiques ou intellectuelles de se prendre en charge. Ce travail sera axé plus précisément sur les établissements pour personnes âgées. C'est en effet là qu'elle fait le plus polémique, car ce sont les soignants qui exerceraient la maltraitance et cela n'est pas concevable pour la société en général. Récemment, de nouvelles affaires de maltraitance par du personnel soignant ont été révélées dans des établissements en Suisse ; cela est donc encore un sujet d'actualité qui mérite d'être étudié et compris.

2.1. Question

Les raisons de la maltraitance exercée par le personnel soignant peuvent être nombreuses et n'imputent pas seulement à la personne elle-même. La compréhension de ce problème pourrait aider les soignants à réfléchir sur leur pratique. Il faut savoir qu'une infirmière qui exerce de la maltraitance n'est pas bien dans sa peau et ressent presque toujours un malaise. Elle ne le fait en général pas volontairement. Pour que les soignants puissent reconnaître des signaux d'alerte de la maltraitance, il faut pouvoir identifier les facteurs à l'origine de cette problématique. La question de recherche sera donc :

Quels sont les facteurs actuels qui favorisent la maltraitance exercée par le personnel soignant envers les personnes âgées en institution ?

2.2. Objectifs

Ce travail permettra tout d'abord de mieux comprendre le phénomène de la maltraitance et d'identifier les différents facteurs qui amènent les soignants à devenir maltraitant. C'est un sujet encore tabou dans la profession et il est important de sensibiliser les professionnels et futurs professionnels à cette problématique. Pouvoir en parler et l'exprimer par écrit incitera peut-être les soignants à oser aborder ce sujet. Une revue de littérature permettra de clarifier ce que l'on sait déjà sur ce thème et ainsi permettra d'orienter la prévention de la maltraitance dans les institutions. La question de

recherche se centre plus particulièrement sur les facteurs qui amènent les soignants à devenir maltraitants. En effet, cela reste pour beaucoup incompréhensible et questionnant. Le but de ce travail est donc d'identifier les facteurs à l'origine de la maltraitance des soignants envers les résidents et de comprendre comment agir pour ne pas devenir maltraitant.

3. Cadres de référence

Le choix des cadres de référence sera ici justifié et mis en lien avec la maltraitance. Plus tard, ils seront utilisés dans la discussion afin d'argumenter les résultats obtenus.

3.1. La maltraitance

Afin de mieux comprendre les enjeux autour de la maltraitance et ce qui la compose, une définition de celle-ci s'impose. En effet, c'est un concept difficile à définir et surtout à limiter (Lépine, s.d.). Où commence la maltraitance dans les soins et à quoi correspond-t-elle ?

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 : « 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 mettent en évidence la diversité des formes de maltraitance. En effet, le Dr. Renée Sebag-Lanoé (2004), spécialiste en gériatrie et en soins palliatifs, les répertorie ; les violences physiques recouvrent l'ensemble des atteintes corporelles, les violences psychologiques sont essentiellement verbales, les violences financières, les violences civiques lorsqu'il y a

violation des droits élémentaires du citoyen, les violences médicales et médicamenteuses et toutes les formes de négligence. A l'égard des personnes âgées, la violence par négligence est la plus fréquente, mais aussi la plus difficile à identifier. En effet, le simple fait de ne pas prendre en compte les besoins et l'avis de la personne âgée est une négligence (Bonafous, 2005).

Les personnes âgées les plus touchées par la maltraitance sont les personnes les plus dépendantes et les plus handicapées, soit sur le plan physique, soit sur le plan mental, parfois les deux (Heiniger, 2003). Selon ALMA dans un rapport des appels entre 2004 et 2006, 81% des victimes de maltraitance sont des femmes, 13 % ont un ou des handicaps et 37% ont des conditions de vie difficiles (ALMA, 2007, cité par Boiffin & Beck, 2008). En effet, ce sont les personnes les plus vulnérables et qui demandent le plus de soins et de prise en charge au personnel soignant. Ce sont également des personnes qui auront plus de difficultés à aller se plaindre, car elles ne seront pas prises en considération à cause de leurs troubles mentaux ou ne pourront pas se déplacer elles-mêmes. De plus, elles sont issues d'une génération qui ne se plaint pas et surtout qui n'en parle pas de peur « d'être punie » ou de subir des représailles. (Rogez & Cudennec, 2007). Les personnes démentes sont souvent les premières victimes de maltraitance, de violence et de manque de respect (Taillens, 1998).

Afin de faciliter les dénonciations de maltraitance par les personnes âgées elles-mêmes, le professeur Robert Hugonot (2004) a mis en place en France le réseau ALMA. Ce sont des retraités, formés à l'écoute et aux différents aspects de la maltraitance des personnes âgées qui répondent à des entretiens téléphoniques. Des référents (psychologues, assistants sociaux, juges, ...) prennent connaissance des cas et jugent de la suite à donner. Ce réseau a été fondé en 1995 avec une nette augmentation des appels d'année en année. La majorité des cas de maltraitance se passe à domicile (70%), mais une partie également dans les institutions (30%) avec principalement des négligences. En Suisse, Alter Ego, créé en 2002 par des professionnels de la santé et du social, vise la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées et la promotion de la dignité et du respect des aînés. Malheureusement, aucune donnée statistique de son activité n'est disponible.

Le phénomène de maltraitance ne doit pas être pris à la légère, car il provoque de graves conséquences pour la victime. En effet la maltraitance peut être à l'origine d'atteintes physiques, telles que fractures, dénutrition, déshydratation, escarres, etc. mais aussi d'atteintes psychologiques comme des souffrances morales, un sentiment de dévalorisation, une perte d'identité et d'estime de soi, un repli, une dépression, un désir de mort ou le suicide (Sebag-Lanoé, 2004).

Du côté des personnes auteures de maltraitance, on peut retrouver les enfants de la personne âgée, les conjoints, les amis, les voisins ou les professionnels de la santé (Busby, 2007). Cela est troublant de savoir que des soignants peuvent devenir maltraitants, car c'est en contradiction avec le rôle et la déontologie du professionnel de la santé qui devrait au contraire « bien traiter ». Chaque membre de l'équipe peut avoir recours à la violence, à des négligences, à des sévices prodigués consciemment ou non. Il faut préciser que la personne maltraitante ne s'en rend pas compte ou que rarement. Elle pense souvent bien faire (Heiniger, 2003) et prétend agir pour le « bien » du résident (Lépine, s.d.). Cela peut arriver lorsque le professionnel ne réfléchit plus à sa pratique et prodigue les soins machinalement. La maltraitance des personnes âgées est également souvent liée au fonctionnement de l'institution, à ses locaux, à son matériel, à son organisation, etc. Les directeurs d'établissement ignorent souvent ces agissements qui restent tabous et dissimulés par le personnel (Dubreu-Leullier, s.d.).

Rosette Marescotti (1998) a rédigé son mémoire sur les « sévices en institution pour personnes âgées, le silence des soignants », où elle interviewe plusieurs membres du personnel d'un établissement pour personnes âgées. Dans ces différents témoignages, tous parlent de maltraitements connus des membres du service mais sans que personne n'aille jamais les dénoncer. Lorsqu'une personne essaie d'aller en parler, elle se retrouve confrontée aux difficultés liées à l'équipe, à la direction ou à la non-suite des procédures. Marescotti émet plusieurs hypothèses au fait que les soignants restent muets : le poids de l'équipe soignante, la culpabilité du soignant à aller dénoncer un collègue, la peur de la lourdeur administrative et la peur des représailles du soignant maltraitant. Tout cela démontre la difficulté et l'ambivalence des professionnels face à la dénonciation de cas. Cela se passe chez les soignants, mais également chez la personne maltraitée et la famille.

Françoise Taillens (1998) définit la maltraitance par les soignants comme un mode de communication dysfonctionnel qui résulte notamment de l'épuisement professionnel ou de ses connaissances insuffisantes. Despont (1998) et Heiniger (2003) expliquent la maltraitance par la confrontation des soignants avec l'altérité qui provoquerait une réaction de peur face à cet alter ego, reflet de son propre destin, pour en arriver à la question : « quand on aura son âge, sera-t-on comme M. X ? ». La mort fait partie intégrante du quotidien des établissements pour personnes âgées et le temps manque aux soignants pour accomplir un processus de deuil car, bien vite, la place du disparu est occupée par un nouveau résidant envers lequel un nouvel attachement sera difficile (Despont, 1998). En effet, bien assimiler les séparations et les nouveaux attachements nécessite du temps. Heiniger (2003) parle également d'un idéal de soins impossible à atteindre. En gériatrie, les soignants s'attachent à des causes perdues, car ces personnes ne se referont pas une santé. Il faut alors redéfinir les priorités des soins pour pouvoir renoncer à guérir, à sauver et à réhabiliter, mais plutôt accompagner la préparation à la mort. Ils mettent ici en lumière plusieurs causes de la maltraitance et soulèvent la question des origines de celle-ci chez le personnel soignant. Les soignants maltraitants agissent à l'encontre des principes mêmes de la déontologie infirmière et des principes éthiques. Ceux-ci devraient pourtant guider notre activité.

3.2. La déontologie infirmière

Le code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) (2006) est un guide pour une pratique infirmière basée sur des valeurs et des nécessités sociales. « Le code de déontologie exhorte à une pratique dont les standards de qualité sont élevés. Dans cet esprit, le code de déontologie est généralement défini comme un recueil contenant les valeurs et les règles d'application morales propres à une profession » (Blondeau, 1999). Il a servi de normes aux infirmières du monde entier dès qu'il fut adopté en 1953 et est régulièrement révisé pour répondre aux réalités des soins infirmiers et de la société.

Le code de déontologie répertorie les grandes valeurs de la profession infirmière et plusieurs d'entre elles interdisent la maltraitance. En effet, il demande aux infirmières de suivre la Déclaration universelle des droits de l'homme qui, dans l'article 5, stipule que « nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou

dégradants ». Ce code demande également de maintenir à jour ses connaissances professionnelles par une formation continue, ceci pour 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. Pour finir, elle devrait faire en sorte que le personnel de santé adopte des valeurs et des comportements déontologiques professionnels communs. L'importance est mise ici sur le fait que tous les membres du personnel agissent de la même façon et selon les mêmes normes déontologiques. Cela justifierait donc le fait de dénoncer un collègue qui n'agirait pas de la sorte. Si une infirmière suit scrupuleusement 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 rôle de le suivre et il doit pouvoir guider sa pratique. Il y a donc probablement des facteurs extérieurs qui amènent à la maltraitance, car elle est rarement uniquement l'œuvre de personnes sadiques.

3.3. Les principes éthiques

Le concept de maltraitance fait également référence à l'éthique dans les soins. Selon l'Association Suisse des Infirmières (2003), l'éthique est 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. L'éthique dans les soins est basée sur quatre principes, que sont l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. Dans le cadre de la maltraitance, tous ces principes dénoncent le fait de porter atteinte à un patient volontairement ou par négligence et mettent également en évidence la défense des intérêts d'autrui.

Le principe mis en avant en lien avec la prise en charge des personnes âgées est l'autonomie. Celui-ci implique de respecter les personnes en tant qu'individus autonomes ainsi que de reconnaître que leurs choix résultent de leurs convictions et de leurs valeurs personnelles. L'Association Suisse des Infirmières (1994) a défini des normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées par rapport à l'autonomie. Celles-ci voudraient que l'infirmière s'engage à établir une relation caractérisée par l'attention et le respect, à connaître et comprendre la vieillesse et à avoir l'aptitude de considérer la personne âgée comme un partenaire. L'infirmière

devrait également prendre du temps pour l'écoute, accorder de l'attention aux demandes et questions, décoder les demandes et les plaintes. Dans un domaine plus spirituel, elle devrait encourager l'expression des désirs, des croyances et des valeurs et accorder toute son importance au passé, au présent et au futur de la personne. Pour un plus grand respect du résident, l'infirmière devrait également s'informer de ses désirs et habitudes, privilégier la recherche de l'indépendance et l'expression de l'autonomie dans les soins physiques et respecter sa sphère privée. Pour finir, elle devrait s'intéresser à la vie de la personne et aux rôles sociaux et professionnels qu'elle a assumés, soutenir la personne dans la recherche et le maintien de liens sociaux et l'informer sur ses droits et ses obligations.

L'infirmière a donc un rôle important dans le maintien de l'autonomie de la personne âgée et cela sur différentes facettes pas toujours faciles à coordonner avec l'organisation de l'institution. Respecter tout cela est un défi et si ce n'est pas le cas, la maltraitance peut vite se présenter. Ces différents domaines définissent mieux le rôle infirmier en lien avec le principe éthique de l'autonomie. Néanmoins, ils n'éclairent en rien pourquoi une infirmière devient maltraitante si ce n'est qu'elle ne réfléchit pas à sa pratique. Enfin, « bien que les standards de la profession guident les soignants, c'est toujours la personne qui choisit dans l'intimité de sa conscience et qui accomplit le geste » (Blondeau, 1999, p. 153).

La complexité des situations rencontrées dans les établissements pour personnes âgées peut largement égaliser celles rencontrées en soins aigus et cela avec de forts dilemmes éthiques. C'est pourquoi les infirmières travaillant dans ces lieux doivent pouvoir être à l'aise avec cette réflexion ainsi qu'avoir une grande conscience de leur rôle professionnel.

3.4. La qualité des soins

L'Association Suisse des Infirmières (1990) a défini des normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers en trois standards de qualité.

- Le premier standard veut que les soins donnés aux patients doivent être basés sur des processus de soins. Ils doivent aussi être individualisés, adaptés à la situation et orientés vers les buts du patient. Par là, l'infirmière devrait tout mettre en œuvre pour respecter l'autonomie des patients et pour les soutenir dans leur recherche de solutions. La référence à l'autonomie est à nouveau citée, ce qui démontre son importance dans la lutte contre la maltraitance.
- Le deuxième standard est l'organisation des soins infirmiers qui doit pouvoir assurer la qualité des soins. Chaque service devrait être organisé et dirigé par un infirmier diplômé et formé pour ce poste.
- Le troisième standard est la formation continue et complémentaire du personnel infirmier afin de perfectionner le personnel soignant. Chaque infirmière est responsable de sa formation continue, mais c'est à l'employeur de lui fournir les moyens nécessaires pour ce faire.

Pour finir, le rôle des professionnels par rapport à la qualité des soins se manifeste par leurs respects des normes éthiques et par leurs volontés de développer leurs compétences par l'auto-évaluation, la mise à jour de leurs connaissances et la recherche de nouveaux savoirs infirmiers. Les normes de qualité des soins sont très en lien avec l'éthique et la déontologie, car ils ont été pensés à l'aide de ceux-ci. Des normes de qualité sont présentes dans tous les lieux de soins et le personnel soignant est tenu de les connaître et de les respecter. La maltraitance est donc forcément contraire à ces standards de qualité.

4. Méthodologie

4.1. Argumentation du devis

Une revue de littérature a été choisie afin de se faire une idée précise de l'état actuel des connaissances et des lacunes concernant le sujet. Ce mode d'analyse va permettre de mettre en lumière la façon dont le sujet (les facteurs de la maltraitance) a déjà été étudié par les auteurs précédents. En effet, savoir dans quelle mesure cela a été traité permettra d'identifier ce qui reste à faire dans le domaine et cernera plus précisément le problème. Le but d'une revue de littérature sera donc de mettre la question de recherche en lien avec ce qui a déjà été fait par le passé.

4.2. Déroulement

Dans le but de répondre à ma question (Quels sont les facteurs actuels qui favorisent la maltraitance exercée par le personnel soignant envers les personnes âgées en institution ?), une recherche a été réalisée dans la banque de donnée PubMed de janvier à avril 2009. Plusieurs termes Mesh ont été utilisés afin d'obtenir une sélection d'articles souhaitée. La difficulté principale de cette recherche a été de trouver des articles traitant des facteurs de la maltraitance sans autres biais. Pour cette raison, sur le nombre d'articles sélectionnés par le moteur de recherche, seul quelques articles ont finalement été retenus et certains articles en lien également.

Afin d'aider à la sélection des articles, seules les recherches présentant les critères suivants ont été retenues.

4.3. Critères de sélection

- 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

- Études descriptives de la maltraitance, compréhension et recherche des causes
- Critères de validité : les études sélectionnées devaient comporter un résumé, avoir une bonne méthodologie et respecter les règles éthiques. Au vue du peu d'études traitant des facteurs à l'origine de la maltraitance, les articles en lien ainsi que les revues de littérature ont été inclus mais en veillant qu'aucun article de ma sélection ne se trouve déjà dans la bibliographie.

4.4. Critères d'exclusion

- Maltraitance infantile
- Maltraitance domestique
- Violence sexuelle plus particulièrement
- Études provenant d'un pays non européen ou non nord américain, Australie excepté
- 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

4.5. Résultat des stratégies de recherche

Les différentes recherches ont été menées avec des mots clés différents, mais toujours avec les limitations suivantes :

Published in the last 10 years, only items with abstracts, English, French, Aged: 65+ years

Mots clés	Résultats	Nombre d'études sélectionnées
[("Elder abuse"[Mesh]) AND ("Nursing homes"[Mesh])]	40	9
[("Homes for the Aged" [Mesh] AND ("Elder Abuse" [Mesh])]	19	7
[("Elder abuse" [Mesh]) AND ("Institutionalization" [Mesh])]	2	1
[("abuse by care professionals" AND ("Malpractice" [Mesh]) AND ("Risk factors" [Mesh]) NOT ("Child" [Mesh])]	4	1
[("Attitude of health personnel" [Mesh]) AND ("Disclosure" [Mesh]) AND ("Malpractice" [Mesh])]	14	2
[("Elder Abuse" [Mesh]) AND ("Nursing Staff" [Mesh])]	7	5

Toutes les études sélectionnées n'ont pas pu être retenues en raison d'un manque de validité méthodologique ou d'un manque d'information répondant à la question de recherche. C'est pourquoi, à la fin du processus de recherche, les articles suivants ont été analysés.

4.5.1. Stratégie 1

[("Elder abuse"[Mesh]) AND ("Nursing homes"[Mesh])]

Résultats: 40 articles dont les suivants ont été retenus

- Lindbloom, EJ., Brandt, J., Hough, LD. & Meadows, SE. (2007)
- Luu, AD. & Liang, BA. (2005)
- Erlingsson, CL., Carlson, SL. & Saveman, BI (2006)
- Joshi, S. & Flaherty, JH. (2005)
- Hansberry, MR, Chen, E. & Gorbien, MJ. (2005)

4.5.2. Stratégie 2

[("Homes for the Aged" [Mesh]) AND ("Elder Abuse" [Mesh])]

Résultats: 19 articles dont les suivants ont été retenus

- Buzgová, R. & Ivanová, K. (2009)
- Wood, S. & Stephens, M. (2003)

4.5.3. Stratégie 3

[("Elder abuse" [Mesh]) AND ("Institutionalization" [Mesh])]

Résultats: 2 articles dont le suivant a été retenu

- Sandvide, A., Fahlgren, S., Norberg, A. & Saveman, BI. (2006)

4.5.4. Stratégie 4

[("abuse by care professionals" AND ("Malpractice" [Mesh]) AND ("Risk factors" [Mesh]) NOT ("Child" [Mesh]))] sans la limite de l'âge.

Résultats: 4 articles dont le suivant a été retenu :

- Barber, C. (2007) article en 5 parties qui ont toutes été incluses en un.

4.5.5. Stratégie 5

[("Attitude of health personnel" [Mesh]) AND ("Disclosure" [Mesh]) AND ("Malpractice" [Mesh])]

Résultats: 14 articles dont le suivant a été retenu:

- Ahern, K. & McDonald, S. (2002)

4.5.6. Stratégie 6

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

Résultats: 7 articles dont les suivants ont été retenus :

- Jogerst, GJ., Daly, JM., Dawson, JD., Peek-Asa, C. & Schmuck, G. (2006)
- Teeri, S., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2006)
 - Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2007) article en lien

Au total, ce sont donc 13 articles scientifiques qui ont été obtenus grâce aux 6 stratégies de recherches afin de répondre à la question de cette revue de littérature.

5. Résultats

Après avoir réalisé une analyse des informations récoltées dans les recherches sélectionnées, les résultats mettent en évidence 4 principaux facteurs à la maltraitance des personnes âgées en institution : les facteurs en lien avec les professionnels, les éléments institutionnels, les résidents eux-mêmes et les phénomènes de société. Dans ce chapitre une présentation de chacun des facteurs sera faite de manière approfondie.

5.1. Les facteurs en lien avec les professionnels

L'un des principaux facteurs que la plupart des études mettent en avant est le burnout ou l'épuisement professionnel (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Shaw, 1998, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; McCarthy, 1985, cité par Joshi & Flaherty, 2005). Celui-ci aurait une profonde implication dans la maltraitance institutionnelle et impliquerait chez les soignants le développement d'attitudes et de

perceptions négatives (McCarthy, 1985, cité par Joshi & Flaherty, 2005). Selon Buzgová & Ivanová (2009), le burnout serait fréquemment occulté, c'est-à-dire que les soignants atteints s'en rendraient compte lorsque celui-ci est déjà bien avancé. Shaw, 1995, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows (2007) soutient que les caractéristiques des infirmières qui en viennent à l'abus ont une basse satisfaction de leur emploi et une perte d'immunité face à un environnement difficile. Ces caractéristiques peuvent être mises en lien avec le burnout et entraîneraient une dépersonnalisation des résidents à charges et pour finir de la maltraitance. Le burnout est surtout provoqué par le stress. Celui-ci a également été cité comme facteur débouchant sur des risques d'abus (Foner, 1994, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Hansberry, Chen & Gorbien, 2005). Cinq sources de stress ont été identifiées par Foner, 1994, cité par Joshi & Flaherty (2005) : les résidents, les règles bureaucratiques, le fait de valoriser l'efficacité avant les soins de qualité, les relations avec les familles et les collègues de travail. Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows (2007) rajoutent que les soignants ont besoin de temps et d'espace pour prendre de la distance, mais qu'ils n'en ont pas la possibilité et que cela serait également une cause d'épuisement et d'abus.

Un facteur également largement repris par les différents auteurs est le manque de connaissances du personnel soignant par rapport aux soins aux personnes âgées (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Luu & Liang, 2005 ; Payne & Cikovic, 1995, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Barber, 2007 ; Hansberry, Chen & Gorbien, 2005). Buzgová & Ivanová (2009) parlent du fait que le problème se présente surtout avec les résidents qui posent problème. Les aides-soignantes sont plus souvent accusées de mauvais traitement et Payne & Cikovic, 1995, cité par Joshi & Flaherty (2005) émettent l'hypothèse qu'elles sont plus nombreuses dans les services et qu'elles passent plus de temps avec les résidents mais aussi qu'il y aurait une inadéquation du niveau ou du type de formation qu'elles reçoivent. Un élément également relevé et en lien avec le manque de connaissances est le phénomène de l'âgisme qui définit des préjugés contre les personnes en raison de leur âge, le plus souvent par rapport à des stéréotypes généralisant et caricaturaux. En effet, certains soignants croient que la démence, la confusion, l'irritation ou l'incontinence sont normaux avec l'âge (Joshi & Flaherty, 2005). Ces soignants parlent des personnes âgées comme d'un groupe avec des attributs plutôt que comme des individus spécifiques. Le manque de valeur du personnel de soins

ainsi que le manque de sensibilisation et de compréhension des bonnes pratiques peuvent également contribuer à de l'abus (Clough, 1996, cité par Barber, 2007).

Les facteurs liés à la personne soignante elle-même sont beaucoup décrits par les auteurs. Les histoires personnelles de violence, de maladie mentale ou celles de soignants abusés eux-mêmes et qui ont plus de chance d'abuser à leur tour (Shaw, 1998, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Clough, 1996, cité par Barber, 2007 ; Wolf, 1997, cité par Hansberry, Chen & Gorbien, 2005). Shaw, 1998, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows (2007) et Pillemer & Finkelhor, 1989, cité par Joshi & Flaherty (2005) rajoutent à cela les problèmes de dépendance de drogue ou d'alcool chez le personnel soignant. Le fait d'avoir un casier judiciaire a aussi été relevé comme étant un facteur de risque de la maltraitance en institution par Joshi & Flaherty (2005). Ils encouragent par là à être très prudent lors du recrutement de nouveau personnel. Selon la recherche de Buzgová & Ivanová (2009), les employés mentionnent que les problèmes personnels ou familiaux dégradent la relation avec les résidents et qu'ils leurs arrivent parfois de crier et d'être en colère contre l'un d'eux à cause de problèmes personnels et cela sans le vouloir. Ils décrivent cela comme une tension qui se libère sur les résidents. Pour finir, dans l'étude de Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki (2006), les employés temporaires, les jeunes infirmières et le personnel non qualifié étaient signalés par les participants comme étant plus sujets à prodiguer des mauvais traitements. Alors que dans une étude plus récente, ce sont les infirmières plus âgées qui sont moins à même de maintenir l'intégrité psychologique des résidents (Teeri, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi, 2007). L'hypothèse avancée alors est que les infirmières perdent une certaine sensibilité à reconnaître les problèmes des résidents avec les années, en même temps que leur emploi devient une routine.

Sandvide, Fahlgren, Norberg & Saveman (2006) proposent une toute autre façon d'interpréter le problème de la maltraitance. Dans leur recherche, les infirmières interviewées prennent une position de victimes dans le sens où elles reconnaissent les abus, mais soutiennent que cela se produit contre leur volonté. Les auteurs interprètent le fait de se construire une identité de victime comme un moyen pour les soignants de rendre la situation intelligible et possible à supporter. Cela peut également être un moyen pour eux de pouvoir raconter leurs histoires et résister à la pression institutionnelle. Cette position de victime est renforcée par le fait que les médecins

soutiennent les abus par la prescription de l'usage de contention ce qui, pour les soignants, légalise l'acte. Ils sont alors victimes de ceux qui prennent les décisions. Les auteurs émettent l'hypothèse que cela serait une tentative de se retirer du blâme de la violence et de transférer la responsabilité. Ces mêmes auteurs ont aussi relevé que les infirmières sont exposées à l'exercice du pouvoir. En effet, elles travaillent avec des personnes dépendantes physiquement et/ou psychiquement et cela leur donne une certaine emprise et un pouvoir de décision. Les auteurs rajoutent « qu'il n'y a pas de pouvoir sans connaissances et qu'il n'y a pas de connaissances sans pouvoir. Le pouvoir est produit par les connaissances et les connaissances sont toujours une forme de pouvoir ». Toujours d'un point de vue plutôt psychologique, les abus seraient une réaction émotionnelle ou de self-défense suite à la violence d'un résidant, un individu commet l'acte et l'autre le subit (Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Hawes, 2003, cité par Hansberry, Chen & Gorbien, 2005).

Afin de nuancer un peu cette analyse, il faut rajouter que la plupart du temps, les abus sont commis de manière non intentionnelles et partent en général de bonnes intentions de la part des soignants (Sandvide, Fahlgren, Norberg & Saveman, 2006 ; Hirst, 2002, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). L'acte abusif serait alors un moyen bien intentionné pour protéger le résidant et donc jugé acceptable par les soignants. A ce moment-là, selon Sandvide, Fahlgren, Norberg & Saveman (2006), la victime est quelqu'un qui ne comprend pas que l'action était nécessaire pour son propre bien. Il faut alors trouver un équilibre entre le sentiment de la nécessité de l'aide et le fait de laisser la personne âgée décider elle-même des services qu'elle veut et peut accepter (Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). Cela est principalement discuté par rapport à l'utilisation des moyens de contention. Hirst, 2002, cité par Joshi & Flaherty (2005), a pu relever dans son étude que l'abus non intentionnel est défini par les infirmières dans les cas où celui-ci n'a pas pour but de blesser et où elles ne se rendent pas compte qu'elles provoquent du mal. L'auteur souligne par là qu'elles ont un manque de conscience que certains comportements constituent de la maltraitance. Néanmoins, il y a quand même une certaine reconnaissance de ce problème dans la profession. La plupart des intervenants auprès des personnes âgées reconnaissent qu'ils peuvent être de potentiels abuseurs (Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). Pour finir, dans l'étude de Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki (2006), les infirmières reconnaissent

qu'elles oublient parfois les désirs des résidents pour prendre des décisions en leur nom et qu'elles ne suivent pas toujours une approche axée sur les résidents.

De nombreuses études traitaient également du problème de la non-déclaration des cas de maltraitance. Les auteurs relèvent beaucoup de raisons possibles au fait que les soignants ne signalent pas les abus lorsqu'ils en voient ou en ont écho. Tout d'abord, les soignants ont un manque d'information par rapport aux procédures de signalement des abus (Luu & Liang, 2005 ; Wolf, 1999, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). Les soignants ne savent donc pas comment, ni à qui reporter les abus. Dans un même ordre d'idées, les difficultés de compréhension de la définition et des signes de la maltraitance ainsi que de ce que constitue un abus, rendent difficile l'identification de ceux-ci (Krueger & Palterson, 1997, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Luu & Liang, 2005). Luu & Liang (2005) relèvent également que les infirmières déplorent, d'un côté un manque de temps pour évaluer les risques de maltraitance chez les patients et, d'un autre côté, une volonté de leur part de ne pas être impliquées dans des procédures. Un autre aspect est le manque de courage, la peur et le sentiment d'impuissance (Ahern & McDonald, 2002). Selon ces mêmes auteurs, il faut en effet une certaine assurance pour prendre la parole lorsque l'équipe reste muette, car cela est pris comme une trahison et une violation de la loyauté envers ceux qui se conforment. Le silence est souvent un moyen de se protéger et de protéger les uns les autres à la fois des accusations d'abus et des effets de ces accusations (Barber, 2007). A cause de cela, des soignants qui doutent ou qui manqueraient de preuves pour dénoncer un collègue vont se taire (Krueger & Palterson, 1997, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Joshi & Flaherty, 2005). A cela s'ajoute la peur des représailles, la peur de perdre son emploi et la conviction de certains soignants que cela ne contribuera pas à arrêter les abuseurs sont autant d'obstacles qui nourrissent le dilemme des soignants à dénoncer ou pas les cas de maltraitance (Ahern & McDonald, 2002 ; Joshi & Flaherty, 2005). Les soignants sont donc tiraillés par des facteurs internes tels que les croyances et les convictions personnelles et des facteurs externes tels que les contraintes institutionnelles et l'opinion sociale (Ahern & McDonald, 2002) Au final, les soignants sont souvent réticents à dénoncer un collègue et pourtant, cette détection est difficile sans la collaboration des soignants (Luu & Liang, 2005). Erlingsson, Carlson & Saveman (2006) rajoutent à cela que les soignants

ont des difficultés à savoir si la confidentialité doit être respectée ou pas dans ces situations.

5.2. Les facteurs en lien avec l'institution

Le facteur le plus plébiscité dans le domaine institutionnel est la pénurie de personnel ou le faible ratio personnel-résident (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Zimmerman et al., 2002, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Healthcare commission, 2007, cité par Barber, 2007 ; Wood & Stephens, 2003 ; Hawes, 2003, cité par Hansberry, Chen & Gorbien, 2005). Cela a pour conséquence que les soignants font eux-mêmes les soins à la place des résidents pour gagner du temps ou que leurs soins sont précipités et débouchent sur des abus (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007). Dans le même registre, certains auteurs signalent le manque d'infirmières ou de personnel diplômé dans les institutions (Luu & Liang, 2005 ; Wood & Stephens, 2003 ; Jogerst, Daly, Dawson, Peek-Asa & Schmuck, 2006). Une importante rotation du personnel soignant a démontré une moins bonne qualité des soins ainsi qu'une augmentation des escarres dans l'étude de Rudman et al., 1993, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows (2007). Ceci a également été remarqué par Wood & Stephens (2003) qui relèvent des déficits dans les institutions auxquels ils ajoutent les bas salaires et le manque de personnel. Tous ces problèmes sont les conséquences d'un sous-financement des institutions pour personnes âgées qui débouche, pour les employés, sur de basses conditions de travail, du stress et de la frustration (Luu & Liang, 2005). De plus, un environnement stressant peut aussi avoir des répercussions sur les résidents, principalement ceux atteints de troubles cognitifs, tels que la peur, le retrait, les changements négatifs de comportement (Healthcare commission, 2006, cité par Barber, 2007).

Un autre facteur émerge, c'est le travail en lui-même. Si prendre soins des personnes devient une routine pour le personnel, les risques d'abus deviennent grands. Selon Terri, Leino-Kilpi & Välimäki (2006), les résidents ne peuvent plus exprimer leurs désirs en lien avec la satisfaction de leurs besoins en raison d'une routine dans les soins et de l'organisation de la journée difficile à modifier. En outre, en prodiguant les soins dans la routine, les soignants manifesteront de plus en plus un manque d'humanité envers les résidents et négligeront les soins individualisés. Cette même étude et celle de Teeri,

Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi (2007) ont également relevé la frustration et le sentiment d'impuissance des soignants quant à l'organisation des horaires de l'institution, qui serait davantage réglée en fonction des moments principaux de la journée, plutôt qu'en fonction des besoins individuels des résidents. Cela aurait pour conséquence une surcharge de travail pendant l'après-midi où le personnel présent n'a pas le temps de satisfaire tous les désirs des différents résidents en raison d'un manque d'effectif à ce moment de la journée. Il est à relever que le manque de temps peut être une source d'abus et cela a aussi été repris par MacEntee, 2000, cité par Joshi & Flaherty (2005) qui rajoutait le fait de ne pas avoir le temps pour réaliser les petits soins, comme le lavage des dents qui est pourtant si important. Ce même auteur ainsi que Hansberry, Chen & Gorbien (2005) font aussi mention que la charge de soins est un problème dans les institutions. Les employés mentionnaient que, quand l'équipe devient surchargée et débordée, leurs réponses à un résident dérangeant sont souvent agressives. Pour compléter ce point, ces mêmes auteurs ajoutent que les employés totalisant de nombreuses heures supplémentaires ont plus de risque de commettre des abus.

La philosophie de l'institution peut également favoriser l'apparition de maltraitance. Healthcare commission, 2007, cité par Barber (2007) cite un rapport d'enquête qui affirme que la plupart des modèles de soins utilisés dans les institutions privilégie davantage la dépendance plutôt que la promotion de l'indépendance et l'aide spécialisée est insuffisante pour les personnes dont le comportement pose problème au service. Il fait également référence à un manque de milieu de vie centré sur la personne. Selon le même auteur, le manque de travail interdisciplinaire serait un facteur de mauvais traitement dans le sens où la vision de plusieurs personnes de différentes professions sur un cas difficile permet de mieux se remettre en question par rapport à la prise en charge. Il soutient également que le défaut de communication entre les soignants est un facteur de maltraitance.

Les directions sont aussi impliquées dans le problème de la maltraitance. Leur manque d'intérêt et de soucis, le peu de réglementation et de surveillance peuvent causer des préjudices aux résidents (Luu & Liang, 2005 ; Health care commission, 2006, cité par Barber, 2007 ; Wood & Stephens, 2003). Pour finir, dans l'étude de Jogerst, Daly, Dawson, Peek-Asa & Schmuck (2006), le nombre de rapport signalant des cas d'abus était en corrélation avec le nombre de lits. Donc, plus l'institution est grande, plus le

risque d'abus augmente aussi. Néanmoins, les auteurs interprètent ces résultats en faisant l'hypothèse que dans les grandes institutions, la prise de conscience de la violence serait plus grande en raison des interactions plus nombreuses avec le personnel et les résidants et que ceux-ci ne pourraient pas être isolés, car ils sont en contact avec un grand nombre de personnes.

5.3. Les facteurs en lien avec les résidants

Le point le plus flagrant, et dont pratiquement tous les auteurs parlent comme rendant les résidants vulnérables à la maltraitance, est la démence et toutes ses conséquences, telles que l'agitation, l'agressivité, l'hostilité aux soins, etc. (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Luu & Liang, 2005 ; Hawes, 2003, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Healthcare commission, 2007, cité par Barber, 2007 ; Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006 ; Wood & Stephens, 2003; Hansberry, Chen & Gorbien, 2005 ; Teeri, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi, 2007). Godridge et al., 1996, cité par Joshi & Flaherty (2005) vont plus loin en affirmant que les résidants confus et agressifs sont étiquetés comme « mauvais » et qu'aucun effort n'est fourni pour découvrir ce qui est à l'origine de ces comportements agressifs. Ces comportements perturbants engendreraient sur les soignants un sentiment de provocation auquel ils répondraient par de la violence. Toujours selon les mêmes auteurs, ces personnes recevraient des traitements moins humains et moins respectueux, car ils ont une plus grande dépendance, sont des gens difficiles à soigner et qu'ils sont étiquetés, ce qui a pour conséquence une dépersonnalisation des soins et une exclusion. Dans l'étude réalisée par Wood & Stephens (2003), une forte corrélation a été trouvée entre le score au MMSE (Mini Mental State Evaluation) et la capacité des résidants à identifier des abus sur des vidéos, ainsi que sur leurs connaissances du réseau de protection des personnes âgées. Les personnes démentes sont donc plus vulnérables et n'arriveront pas se manifester de par leurs baisses des fonctions cognitives. Les résidants qui montrent de l'agressivité envers les soignants sont également plus à risque d'abus et de rejet (Pavesa et al., 1992, cité par Hansberry, Chen & Gorbien, 2005) ainsi que ceux qui se montrent hostiles aux soins et dont les désirs sont vagues ou contradictoires (Terri, Leino-Kilpi & Välimäki, 2006). Selon Sandvide, Fahlgren, Norberg & Saveman (2006) les victimes qui réagissent par de l'agressivité deviennent alors moins passives et résistent contre l'acte de pouvoir.

En lien avec la démence, le thème de la dépendance revient fréquemment dans les études sélectionnées (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Marshall et al., 2000, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Health care commission, 2006, cité par Barber, 2007 ; Wolf, 1997, cité par Hansberry, Chen & Gorbien, 2005). Une des explications à cela est que la dynamique interpersonnelle entre la victime et l'abuseur se retrouve décalée et que des enjeux de pouvoir sont présents (Marshall et al., 2000, cité par Joshi & Flaherty, 2005). Une autre explication est donnée par Health care commission, 2006, cité par Barber (2007) qui relève un manque de soutien de la culture de l'autonomie par les soignants. Par là, Hansberry, Chen & Gorbien (2005) arrivent à la conclusion que les besoins en soins de certains résidents dépassent les capacités physiques et psychologiques du personnel soignant ainsi que les contraintes en temps. La dépendance fait également référence aux maladies chroniques et aux handicaps que l'on retrouve fréquemment dans les institutions (Luu & Liang, 2005).

A l'inverse des personnes qui réagissent par l'agression, ne pas réagir est également cité comme un facteur induisant de la maltraitance. Les victimes d'abus cherchent rarement de la protection et réagissent souvent avec déni, résignation et acceptation passive (Luu & Liang, 2005). Barber (2007) opte pour une explication d'enjeux de pouvoir pour comprendre cette passivité. Pour lui, la maltraitance arrive lorsque le résident a abandonné le pouvoir et le contrôle qu'il a sur les membres du personnel soignant, ce qui provoque un déséquilibre des rapports de pouvoir. Néanmoins, si certaines personnes ne réagissent pas à la maltraitance, c'est qu'elles ont de la difficulté à communiquer. Cela a été relevé comme ayant une grande incidence sur l'apparition de maltraitance, surtout chez les personnes handicapées ou démentes (Health care commission, 2006, cité par Barber, 2007). Ces résidents recevraient des soins de moins bonne qualité et les soignants négligeraient davantage la prise en compte de leurs désirs (Terri, Leino-Kilpi & Välimäki, 2006 ; Teeri, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi, 2007). Pour finir, le fait d'être relativement isolé des membres de la famille ou d'avoir peu de contacts avec l'extérieur est un facteur de risque (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Luu & Liang, 2005). Ce qui peut être problématique, en lien avec l'isolement de la famille, est que beaucoup comptent sur ses membres en cas de problèmes dans l'institution et que très peu de résidents sont capables d'amorcer une démarche de demande d'aide en dehors du cercle familial (Wood & Stephens, 2003).

Parfois, ce sont également les résidants qui sont à l'origine de la non-déclaration des cas de maltraitance par les soignants. Un facteur largement constaté, et qui est pourtant paradoxal, est le fait que les personnes âgées sont réticentes à reconnaître les abus qu'elles subissent, qu'elles ont la croyance que cela est normal et faisant partie des expériences de la vie (Luu & Liang, 2005 ; Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). Plusieurs raisons ont été avancées par ces mêmes auteurs pour justifier ce comportement ; la peur des représailles de la personne qui abuse, la honte et la culpabilité de la personne âgée ainsi que la crainte de perturber sa situation de vie et de perdre des contacts sociaux. D'autres raisons ont été décrites par Luu & Liang (2005) pour expliquer le fait que les résidants ont de la peine à déclarer les abus tels que l'isolement, les problèmes physiques et psychiques et le fait qu'ils soient sous le contrôle de la personne maltraitante et donc qu'ils ne puissent pas demander de l'aide. Parfois, ceux-ci ne parlent pas non plus aux membres de la famille en raison de la honte et de la gêne qu'ils éprouvent ou du manque de soutien de ceux-ci. Pour terminer, l'étude de Wood & Stephens (2003) a démontré que les résidants des institutions pour personnes âgées étaient mal informés des services de protection existants et qu'ils auraient de la difficulté à rapporter la maltraitance et à entreprendre des démarches d'aide sans l'intervention des membres de la famille.

5.4. Facteurs en lien avec la société

Les différents auteurs émettent plusieurs théories, mais une seule est vraiment plébiscitée par tous ; il s'agit du problème concernant la définition de la maltraitance. Cette définition est jugée trop vague, imprécise et n'a pas de caractère officiel (Luu & Liang, 2005 ; Utech & Ganret, 1992, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Clough, 1996, cité par Barber, 2007 ; Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). Ces auteurs se plaignent également de la trop grande variété de définitions différentes qui provoque une difficulté pour déterminer la véritable dimension du problème. Selon Hirst, 2002, cité par Joshi & Flaherty (2005), la définition de la maltraitance ne correspond pas à ce qui se rencontre dans les institutions, elle n'est donc pas utilisable dans les lieux de travail. Dès ce moment-là, la question est de savoir qui décide quels comportements sont qualifiés d'abusifs ou pas et ce qui constitue un abus dans les soins de longue durée (Clough, 1996, cité par Barber, 2007). Spector et al., 2004, cité par Hansberry, Chen & Gorbien (2005) s'interrogent également sur la distinction entre l'abus et la mauvaise

qualité des soins dans les institutions, mais sans proposer des réponses. Ces mêmes auteurs rajoutent que les données concernant la maltraitance institutionnelle sont difficiles à trouver et à interpréter, car cela n'a été que récemment reconnu, et qu'elles sont sujettes à des interprétations culturelles.

Certains auteurs jugent qu'une des principales raisons de l'augmentation de la maltraitance dans les institutions se trouve dans l'évolution de la société moderne qui manifeste un manque de respect pour les personnes âgées (Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). En effet, les personnes âgées ont, à l'heure actuelle, une faible estime dans la société et recevraient, par conséquent, des services de faible qualité avec un minimum de préoccupation pour leur bien-être (Barber, 2007). Tout cela impliquerait un manque de reconnaissance du problème de la maltraitance des personnes âgées dans la société (Luu & Liang, 2005).

5.5. Synthèse des résultats

Voici une synthèse des principaux résultats obtenus dans les différents facteurs mis en évidence.

Les facteurs en lien avec les professionnels font ressortir principalement que le burnout, ou épuisement professionnel, est lié à une basse satisfaction de l'emploi et à une perte d'immunité face à un environnement difficile. Le stress ainsi que le besoin de temps et d'espace pour les soignants impossible à prendre, sont également liés au problème du burnout. Un autre facteur largement mis en évidence est le manque de connaissances et l'âgisme en lien avec une mauvaise formation du personnel. Les histoires personnelles des soignants sont aussi mises en cause. Les maladies mentales, les dépendances de drogue ou d'alcool et le fait d'avoir un casier judiciaire seraient un facteur conduisant à la maltraitance ainsi que les problèmes personnels ou familiaux. Pour finir, une étude a révélé des aspects singuliers, comme la position de victime que prennent les soignants pour rendre la situation intelligible et possible à supporter ou pour pouvoir raconter leur histoire. Cette position de victime serait également un transfert des responsabilités. Cette même étude suggère que les infirmières sont exposées à l'exercice du pouvoir qui leur donnerait une position dominante sur les résidents. Enfin, le fait que la maltraitance soit une réaction émotionnelle ou de self-défense face à la violence d'un résident est

aussi envisagée. En ce qui concerne le problème de la non-déclaration des cas de maltraitance par les soignants, les principales raisons seraient le manque d'information sur les procédures, le manque de courage par rapport au poids de l'équipe à laquelle il faut se conformer et la peur des représailles ainsi que la perte de son emploi.

Dans les facteurs institutionnels, l'accent est mis sur la pénurie de personnel et le manque d'infirmières diplômées dans ces lieux. Tout cela serait une conséquence d'un sous-financement des institutions pour personnes âgées qui entraînerait de basses conditions de travail et donc une plus grande rotation du personnel. L'organisation des services et des soins a également été mise en cause par l'importante charge de travail, le manque de temps pour les soins, l'organisation des horaires et une routine dans les soins. Pour finir, la philosophie des institutions peut être un facteur par le manque d'un milieu de vie centré sur la personne et par un défaut de travail interdisciplinaire. Le manque d'intérêt de la direction sur le sujet de la maltraitance a également été relevé.

Pour les facteurs des résidents le principal élément est la démence et toutes ses conséquences, en particulier l'agressivité de certaines personnes. Aussi, en lien avec la démence, le problème de la dépendance est fréquemment signalé. Certains résidents auraient des besoins en soins qui dépasseraient les capacités des soignants. A l'inverse, le fait que les résidents victimes de maltraitance ne réagissent pas, restent passifs face à la violence serait également une cause qui encouragerait les soignants à continuer leur pratique. Dans un même sens, l'isolement par rapport aux membres de la famille est également mis en lumière. L'attitude des résidents peut être une raison de la non-déclaration des cas d'abus par le personnel soignant, cela par le fait que ceux-ci ne reconnaissent pas l'abus, par peur des représailles, par honte ou culpabilité. Les résidents seraient également mal informés sur leurs droits et sur les procédures de déclaration des abus.

Enfin les facteurs en lien avec la société se regroupent principalement autour de la définition de la maltraitance qui est jugée trop vague, trop multiple et contradictoire. Elle ne correspondrait pas à ce que l'on retrouve dans les institutions. L'évolution de la société moderne est également mise en cause. Il y aurait actuellement un manque de respect pour les personnes âgées et un manque de reconnaissance du problème de la maltraitance.

6. Discussion

Dans ce chapitre, la qualité des résultats et leurs implications pour la pratique seront analysées et discutées afin d'évaluer la pertinence.

6.1. Discussion des résultats des diverses recherches

Au total, treize articles ont été retenus et analysés pour faire cette revue de littérature. Huit recherches avaient un type d'étude qualitative cela en incluant les orientations phénoménologiques et exploratrices portant toutes sur des échantillons différents pour chaque recherche. Deux études qualitatives avaient une orientation un peu différente et portaient sur un sondage et une analyse narrative. Le nombre des participants a varié de 27 à 598 ce qui fait un grand écart. Cinq études étaient des revus de littérature dont deux n'ont pas mentionné le nombre de recherches utilisées ; quant aux trois autres, un total de 64 à 99 sources ont été incluses.

Toutes les études ne traitaient pas spécifiquement de la maltraitance en institution. Deux parlaient de manière générale de la maltraitance exercée par des professionnels sur des personnes âgées. Néanmoins, comme les résultats étaient semblables et englobaient aussi cette problématique, ces études ont été prises en compte. La priorité dans la sélection des recherches portait sur une bonne qualité méthodologique mais, au vu du peu de recherches disponibles sur les facteurs amenant à la maltraitance, des adaptations ont dû être faites. Les différentes études ont principalement été retenues à cause de leurs résultats intéressants par rapport à la question de recherche. Dans la plupart des études sélectionnées, les considérations éthiques ont été prises en compte, c'est-à-dire que les participants ont dû donner leur accord pour participer, que l'anonymat était respecté et que la possibilité était laissée de sortir de l'étude à tout moment. Toutes les recherches ont utilisé une interview et/ou un questionnaire afin de faire la récolte de données. La population cible était principalement composée des personnes âgées ; les interviews ont donc été largement plébiscitées. En effet, les personnes âgées en institution ne sont généralement plus capables de remplir un questionnaire. De plus, cet aspect a également limité la sélection des participants aux interviews, car ceux-ci devaient pouvoir comprendre les questions et tenir un discours cohérent. Cela a pu biaiser de nombreuses études, car les principales victimes de la maltraitance sont souvent les personnes les

plus dépendantes ou avec des déficits cognitifs et celles-ci n'ont, de ce fait, pas pu prendre part aux différentes recherches. Un autre biais possible est que la plupart des échantillons ont été sélectionnés par le personnel soignant. Les auteurs citent aussi comme limite que, lors des interviews des soignants, ceux-ci ont pu dire ce qu'ils voulaient et qu'aucun moyen n'est disponible pour vérifier ces dires.

6.1.1. Les facteurs de la maltraitance

Ce point tentera d'exposer quelques pistes pour une prévention de la maltraitance en institution et fera des liens avec les cadres de références choisis. Deux études mentionnent, en effet, l'importance d'inclure les causes dans les mesures de prévention et d'intervenir sur ceux-ci (Buzgová & Ivanová, 2009 ; Coyne, Reichman & Berbig, 1993, cité par Hansberry, Chen & Gorbien, 2005)

Dans les études sélectionnées, 4 principaux facteurs sont ressortis : les facteurs liés aux professionnels, à l'institution, aux résidents et à la société. Des éclairages, par rapport au fait que la maltraitance reste dans le silence ont aussi été réalisés.

Un des facteurs importants en lien avec les professionnels qui amènerait à la maltraitance est le burnout. Il est assez aisé de comprendre que les conséquences du burnout telles qu'une perte du sens de son travail, une déshumanisation de la relation à l'autre et une diminution de l'accomplissement personnel entraînent dans leur sillage des risques d'abus et de maltraitance. Les normes de qualité voudraient que les soins soient individualisés, orientés vers les buts des résidents et recherchent l'autonomie de ceux-ci, mais cela devient forcément difficile lorsque le soignant souffre de burnout. Celui-ci est largement présent dans les soins et les différentes institutions devraient évaluer le niveau de burnout des employés et faire de la prévention par des groupes de soutien et d'écoute, par exemple (Pillemer & Moore, 1989, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Mittelman et al., 1995, cité par Hansberry, Chen & Gorbien, 2005). Braun, 1997, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows (2007) affirme que la résolution des conflits et la formation du personnel à la gestion du stress, participeraient à la baisse des abus et à l'augmentation de la satisfaction au travail.

Un second aspect qui a révélé toute son importance dans les facteurs de la maltraitance est le manque de connaissances. Les soins aux personnes âgées peuvent paraître simples, néanmoins ils comportent bien quelques spécificités en grande partie dues aux polypathologies, aux troubles cognitifs, aux processus de sénescence et à la fin de vie. La déontologie et les normes de qualité demandent à l'infirmière, ainsi qu'à tout le personnel soignant, quel que soit son statut, de maintenir constamment à jour ses connaissances professionnelles, à savoir par là, une formation sur la maltraitance, sur le vieillissement et sur les soins aux personnes âgées. En outre, les infirmières sont responsables de leur formation continue mais ce sont les employeurs qui doivent leur fournir les moyens nécessaires pour y parvenir.

L'histoire personnelle des soignants est également un facteur de l'apparition de la maltraitance. Mais cela va à l'encontre de la déontologie qui voudrait que les infirmières aient une conduite personnelle qui honore leur profession. Le système de recrutement du personnel est alors montré du doigt, où un tri plus sévère devrait être effectué (Joshi & Flaherty, 2005 ; Sullivan & Beech, 2002, cité par Barber, 2007 ; Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). Malgré tout, le recrutement dans les institutions pour personnes âgées est difficile, car relativement peu de soignants ont envie de travailler dans ce milieu, surtout à cause de la mauvaise image que reflètent ces établissements. Le regard de la société et des professionnels sur le travail en institution pour personnes âgées n'est en général pas valorisant. En effet, les infirmières se sentent souvent « dégradées » par leurs collègues travaillant en soins aigus (Heiniger, 2003). Ceux-ci pensent que le rôle de l'infirmière n'est pas mis en valeur, peut-être du fait que, dans ces lieux, le rôle n'est plus de guérir, mais d'accompagner les dernières années de vie.

Sandvide, Fahlgren, Norberg & Saveman (2006) pensent que les infirmières sont exposées à l'exercice du pouvoir qui leur donnerait une position supérieure sur les résidents. Avoir du pouvoir est une chose, mais avoir du pouvoir pour faire du mal en est une autre. En effet, les soignants pourraient utiliser ce « pouvoir » à des fins plus éthiques comme dans la non-malfaisance, en prévenant ou en supprimant ce qui cause le mal ou dans la bienfaisance, en aidant les résidents à obtenir ce qui leur est bénéfique et en les protégeant et en défendant leurs intérêts. Buzgová & Ivanová, (2009) soutiennent, quant à eux, que favoriser une bonne relation entre les soignants et les résidents permet une diminution des risques de violence et une augmentation du respect mutuel. Ce

même auteur, ainsi que Benton, 1991, cité par Hansberry, Chen & Gorbien (2005) suggèrent que les soins devraient se baser le plus possible sur l'éthique. En effet, la manière dont les infirmières répondent à un dilemme éthique affecte significativement les standards de soins.

Pour finir, en lien avec la déclaration des cas de maltraitance dans les institutions, les différents auteurs ont relevé le manque d'information du personnel soignant relatif aux procédures. En effet, celui-ci a besoin de savoir à qui et où déclarer un cas de maltraitance (Wolf, 1999, cité par Joshi & Flaherty, 2005). L'équipe a également un rôle très important et le fait de ne pas se conformer aux restes du groupe est vécu comme une trahison (Ahern & McDonald, 2002). A cela, ces mêmes auteurs répondent que les infirmières qui choisissent de ne pas « tirer la sonnette d'alarme » doivent comprendre que le motif de l'alerte n'est pas de causer des problèmes, mais d'adopter la foi en la défense des intérêts des patients. Le code de déontologie intervient également à ce niveau en demandant aux infirmières de faire en sorte que tout le personnel de santé adopte des valeurs et des comportements déontologiques professionnels communs. Donc, cela justifie de dénoncer une personne qui n'a pas cette attitude.

Les facteurs de compréhension de la maltraitance en lien avec l'institution sont principalement centrés sur les conséquences d'un sous-financement des institutions pour personnes âgées. En effet, la pénurie de personnel, le manque de personnel diplômé, de bas salaires entraînent de basses conditions de travail, de la frustration et, de ce fait, une grande rotation du personnel. Tous ces problèmes n'incitent pas les soignants diplômés à s'engager et du personnel de moins bonne qualité prend alors leurs places. Peu de moyens sont proposés pour prévenir cette facette de la maltraitance. Toutefois, Buzgová & Ivanová, (2009) incitent les établissements à avoir des moyens de contrôle et de surveillance de la maltraitance, ainsi qu'une structure organisationnelle dans les cas de déclaration. Faire des visites d'autres institutions, procéder à une rotation des équipes dans les services difficiles et soutenir le plus possible les initiatives des collaborateurs sont également proposés par Teeri, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi (2007). Les institutions sont tenues de respecter les normes de qualité et d'offrir au personnel les moyens de fournir des soins adéquats. Toutefois, sur ce point, les soignants n'ont que très peu d'influence.

Quant aux facteurs en lien avec les résidents eux-mêmes, les personnes démentes ou très dépendantes se sont révélées être plus vulnérables à la maltraitance. Toutefois, si les soignants respectaient scrupuleusement leurs principes éthiques, ils verraient que toute personne doit être respectée en tant qu'individu autonome, quel que soit son état de santé. L'infirmière devrait alors établir une relation respectueuse même avec ces personnes et s'informer de leurs désirs et habitudes afin de rechercher l'indépendance et l'expression de l'autonomie dans les soins. Mais, malheureusement, ce sont des personnes chez qui les abus passeront davantage inaperçus, car elles n'iront pas se plaindre ou, du moins, n'en auront pas la possibilité. C'est pour cela qu'il est important d'informer et sensibiliser les résidents et les membres de la famille aux procédures de déclaration des abus (Amo & Rowe, 2000, cité par Joshi & Flaherty, 2005). En effet, la passivité des personnes âgées face aux abus peut encourager le soignant maltraitant à continuer. L'isolement par rapport aux membres de la famille a aussi été relevé comme influençant la maltraitance. Dans ce contexte, les soignants doivent être attentifs à l'évolution des besoins des résidents et à la qualité des soins reçus et repérer ainsi les signes d'abus (Luu & Liang, 2005). C'est ce que le principe d'autonomie aimerait faire comprendre en demandant de définir les objectifs des résidents et d'agir en conséquence. Par rapport à la non-déclaration, les résidents ne reconnaissent parfois pas les abus par peur des représailles, par honte ou par culpabilité. Wood & Stephens (2003) ont démontré qu'ils n'ont pas les connaissances et les informations pour le faire. La détection de la maltraitance doit alors devenir une routine pour les soignants (Jogerst, Daly, Dawson, Peek-Asa & Schmuck, 2006). De plus, le principe de l'autonomie demande aux infirmières d'accorder de l'attention aux demandes et questions, ainsi que de décoder les plaintes des résidents. Cela est donc de leur devoir de prendre en considération les accusations qu'ils émettent.

Les facteurs de la maltraitance, en lien avec les problèmes de société, se focalisaient principalement sur la définition de la maltraitance, ainsi que sur la différence entre mauvaise qualité des soins et maltraitance. Cela reste une grande question à laquelle les études ne donnent pas de réponse. L'évolution de la société moderne a également été montrée du doigt en relevant la faible estime portée aux personnes âgées. Par là, ces mêmes auteurs militent en faveur d'une évolution de l'attitude à l'égard des aînées et de l'éducation des enfants à la morale et au respect de cette population. Ils espèrent également que les Etats orientent davantage leurs dépenses vers les soins aux personnes

âgées. Les informations à la population se font de plus en plus par la médiatisation des cas de maltraitance et par des reportages. Tout cela devrait entraîner une prise de conscience de la société. Néanmoins, cette évolution, si elle se fait, arrivera très lentement. Donc, les soignants qui travaillent dans ce milieu devraient le faire par choix, mais ce n'est malheureusement pas toujours le cas. En effet, pour le moment, le regard de la société et des professionnels sur le travail en institution pour personnes âgées n'est en général pas valorisant. Les infirmières se sentent souvent « dégradées » par leurs collègues travaillant en soins aigus. Ceux-ci pensent que le rôle de l'infirmière n'est pas mis en valeur peut-être à cause du fait que dans ces lieux, le rôle n'est plus de guérir mais d'accompagner les dernières années de vie. Le rôle des soignants, dans ce contexte, est tout d'abord d'avoir conscience du fait qu'eux-mêmes peuvent être maltraitants et oser en parler. Il faudrait également sensibiliser les futurs professionnels à la problématique de la maltraitance et du travail en institution.

En résumé, on peut constater que la maltraitance provoque de grands débats éthiques pour savoir si cela est tolérable dans telles ou telles situations. Cette réflexion éthique se base sur les quatre principes édictés par l'Association Suisse des Infirmières enseignés dans les hautes écoles. Néanmoins, l'utilisation de cet outil devrait se faire également sur le terrain avec une réflexion autour des situations qui posent problèmes. Le mieux serait de faire cela en interdisciplinarité, afin d'améliorer la collaboration et d'apporter un meilleur panel de solutions. On constate également que la prévention de la maltraitance est un défi de chaque instant et suscite une remise en question constante de la pratique soignante.

6.1.2. Les liens entre ces différents facteurs

En procédant à l'analyse, il ressort que certains facteurs pouvaient être liés et que, pour finir, cela s'apparente à un cercle vicieux. Les contraintes budgétaires des institutions provoquent des restrictions sur le personnel et sur le matériel, ce qui va induire chez les soignants une augmentation de la charge en soins ainsi que de basses conditions de travail. Les contraintes institutionnelles, par rapport à l'organisation, vont aussi avoir une influence sur les soignants par une augmentation du stress et une difficulté à prendre en compte les désirs des résidents. Le stress des soignants va également entraîner, sur les résidents ayant des troubles cognitifs, des réactions d'agressivité, car

les soignants auront du mal à tenir compte du rythme de ceux-ci. Les facteurs sociaux ont aussi un fort impact sur les soignants. La mauvaise image de la société vis-à-vis des personnes âgées peut retenir des infirmières diplômées à venir travailler dans ce milieu, reste alors les personnes sans formation qui ne trouveraient pas d'embauche ailleurs.

6.2. Impact de la prévention sur la pratique

La prévention de la maltraitance devrait intervenir à plusieurs niveaux. Toutefois, les soignants ne peuvent pas avoir un impact partout. L'institution a un grand rôle à jouer dans la prévention de la maltraitance, afin de donner aux soignants un terrain propice aux soins centrés sur la personne. Les infirmières ont, quant à elles, le rôle d'être très attentives à l'évolution des besoins des résidants. Il faudrait pour cela qu'il y ait un système de référence mis en place dans les services afin que les soignants puissent se concentrer plus précisément sur certains résidants et aller plus profondément dans la relation avec ceux-ci. Ils pourraient par ce biais mieux identifier leurs besoins et devraient les réévaluer régulièrement. Les soignants ont également un grand rôle d'information à jouer. En effet, à l'entrée d'un nouveau résidant, l'infirmière devrait présenter à celui-ci et à sa famille le réseau mis en place afin d'exprimer leurs besoins et leurs éventuelles plaintes. Dans les moyens de prévention cités par les auteurs, la résolution des conflits et le fait de favoriser une bonne relation entre soignants et résidants ne sont pas plus explicités (Braun, 1997, cité par Lindbloom, Brandt, Hough & Meadows, 2007 ; Buzgová & Ivanová, 2009). Néanmoins, passer plus de temps avec les résidants, afin de mieux les connaître et s'intéresser à ce qu'ils sont, peut favoriser une bonne relation. Benton, 1991, cité par Hansberry, Chen & Gorbien (2005) met en évidence le fait de baser davantage les soins sur une éthique professionnelle. En effet, l'éthique et la déontologie infirmière précisent les grands principes et les normes pour des soins infirmiers de qualité. Les infirmières ont d'ailleurs le devoir de les suivre. L'éthique et la déontologie sont enseignées dans les écoles mais, par la suite ne sont plus vraiment appliqués dans les soins et ceci est une lacune. Les soignants devraient davantage se référer à ces textes lorsque des situations complexes se présentent.

Concernant la non-déclaration des cas d'abus par les soignants, les différents auteurs n'ont pas vraiment de solutions, à part informer les soignants ainsi que les résidants aux procédures de signalement (Wolf, 1999, cité par Joshi & Flaherty, 2005 ; Wood &

Stephens, 2003). Il y a surtout à fournir un gros travail de reconnaissance du problème dans les institutions par les soignants eux-mêmes. En effet, tant qu'ils croiront que la maltraitance ne se passe pas chez eux mais ailleurs, ils ne pourront pas se rendre compte du problème. La maltraitance est encore un sujet difficile à aborder avec les soignants, car cela touche à leur pratique et relève d'une faute professionnelle. Néanmoins, il serait judicieux de pouvoir aborder ce thème avec les équipes autour d'une discussion, afin de les sensibiliser, mais sans que cela ait un caractère jugeant.

7. Conclusion

A partir de la question de recherche (quels sont les facteurs qui favorisent la maltraitance exercée par le personnel soignant envers les personnes âgées en institution ?), une réponse a pu être donnée à partir des connaissances actuelles. Quatre principaux facteurs sont ainsi ressortis en lien avec les professionnels, l'institution, les résidents et la société. Ces résultats permettent de mieux comprendre pourquoi la maltraitance survient dans les institutions et pourquoi il ne faut surtout pas mettre toute la faute sur les soignants. Les facteurs dominants sont le burnout, le manque de connaissances et les histoires personnelles des soignants. Les institutions sont également mises en cause au niveau de la pénurie de personnel, du manque d'infirmières diplômées, de l'organisation des horaires, de la charge de travail ainsi que de certaines philosophies. Parfois, l'attitude des résidents peut également induire de la maltraitance en cas de démence, de dépendance et par le fait de ne pas réagir à l'agression. Pour finir, l'évolution de la société moderne et le manque de reconnaissance de la maltraitance a été mis en évidence.

Une certaine cohérence a pu être établie entre les différents auteurs, ce qui renforce la validité des résultats. De plus, les résultats concordent avec les articles et témoignages utilisés afin de définir le concept de la maltraitance en début de travail.

Les facteurs générant de la maltraitance peuvent donc être très variés et impliquent beaucoup de domaines différents. La prévention de ce problème devrait alors se faire sur plusieurs fronts. Il y a surtout un gros travail de reconnaissance du problème à effectuer par les soignants et la société en général. Cela devrait être abordé dans les

écoles de manière plus approfondie car, si ce travail montre du doigt les établissements pour personnes âgées, il en va certainement de même dans les milieux hospitaliers. L'utilisation de la déontologie et de l'éthique devraient également être davantage travaillées dans les écoles avec des exercices sur des situations concrètes, que les élèves pourraient rencontrer sur le terrain. Si les étudiants acquièrent l'habitude de travailler avec ces outils, une fois diplômés, ils seront certainement plus à même de les utiliser.

7.1. Futur besoin de recherches

La recherche sur la maltraitance est un sujet relativement récent et encore peu étudié. Pour avoir un bon aperçu de l'ampleur du problème, des recherches devraient être menées en Suisse. En effet, très peu d'études ont été réalisées dans notre pays et cela est une lacune. Des rapprochements avec ce qui a été effectué dans d'autres pays peuvent être néanmoins établis ; le système de santé et des valeurs n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre. En Suisse, des recherches quantitatives seraient importantes afin de pouvoir bénéficier de chiffres. Des recherches qualitatives centrées sur les soignants seraient également utiles, afin de vérifier les liens faits avec les différents autres pays et comprendre ce dont les soignants ont besoin en Suisse.

Le problème du silence des soignants face à la maltraitance est encore très peu documenté et mériterait que l'on y attache de l'importance. La prévention des abus passe par une bonne détection des cas. Comprendre pourquoi les soignants ne signalent pas ce problème est donc important.

Il faudrait également évaluer quelles sont les mesures de prévention les plus efficaces afin de pouvoir cibler les actions en fonction des priorités. Mais, avant cela, il faudrait comprendre quels sont les facteurs qui amènent à la maltraitance et c'était le but de ce travail. De nombreuses pistes de compréhension sont tracées ; il serait maintenant intéressant de pouvoir aller plus en profondeur dans leur explication.

7.2. Points forts et points faibles du travail

Pour conclure ce travail, une évaluation des points forts et des points faibles de celui-ci va être réalisée.

Tout d'abord, un des points forts au niveau méthodologique a été la bonne qualité de la plupart des recherches sélectionnées 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 celles-ci. Un large panel de facteurs de la maltraitance a ainsi pu être établi. Dans les points négatifs concernant la méthodologie, aucune étude n'a été réalisée en Suisse, mais dans des pays comme la République Tchèque, l'Australie, la Suède, la Finlande et pour la grande majorité, les USA. La question est alors de savoir si les facteurs 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. Néanmoins, au vu de la cohérence des résultats dans ces différents pays, pourquoi est-ce que cela serait différent en Suisse? Pour terminer, beaucoup de facteurs étaient décrits, mais peu étaient vraiment approfondis. De ce fait, pour certains points, des éclairages supplémentaires auraient été souhaitables.

7.3. Le mot de l'auteur

Le choix de ce thème a été motivé par des situations que j'ai moi-même vécues dans un service de psychogériatrie où je travaillais en tant que remplaçante de vacances. J'ai en effet pu observer des gestes brusques, des paroles déplacées, des moqueries et des négligences de la part de certaines infirmières et aides-soignants. Ces situations m'ont beaucoup donné à réfléchir. Je me suis surtout questionnée sur ce que je devais entreprendre face à ce genre de situation. Après avoir pu parler avec de jeunes diplômées ASSC (Assistantes en Soins et Santé Communautaire), je me suis rendu compte qu'elles aussi avaient remarqué certaines pratiques mais qu'elles n'osaient pas en parler, de peur de perdre leur place ou d'être rejetées par l'équipe. En réalité, je me suis aperçue que moi-même je ne savais pas quoi faire, à qui le dire et comment le dire ? Pour finir, j'avoue ne rien avoir fait et par conséquent avoir participé à cette maltraitance. Toutes ces questions sont à l'origine de ce travail.

La réalisation de cette revue de littérature m'a permis de comprendre les enjeux autour du problème de la maltraitance et il est vrai que je retrouve un certain nombre d'éléments dans mon expérience. Bien sûr, ce travail ne prétend pas donner des solutions, mais permettrait, je pense, de sensibiliser les soignants à ce problème, et comme moi, de les faire réfléchir à leurs pratiques. Dans mon futur professionnel, je vais souvent être amenée à côtoyer des personnes âgées. Je vais alors certainement être plus attentive à leurs besoins et être vigilante par rapport à la qualité des soins qu'ils reçoivent. Je vais peut-être également faire profiter l'équipe de mes connaissances acquises si des cas difficiles se présentent.

Pour finir, je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

Blondeau, D. (1999). *Éthique et soins infirmiers*. Canada : les presses de l'université de Montréal.

Dubreu-Leullier, P. (s.d.) Quand ceci explique cela. IN Gineste, Y. (Ed) (2004). *Silence, on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées* (pp. 103 – 131) Milly-la-Forêt : Animagine

Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse, Observations et perspectives*. Chêne-Bourg : Editions Médecine & Hygiène.

Hugonot, R. (s.d.) Le réseau Alma: Allô Maltraitance. IN Gineste, Y. (Ed.) (2004). *Silence, on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées* (pp. 203 – 213) Milly-la-Forêt : Animagine

Lépine, N. (s.d.) Maltraitance, bientraitance en institution : de quoi traite-t-on ?. IN Gineste, Y. (Ed) (2004). *Silence, on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées* (pp. 177 – 200) Milly-la-Forêt : Animagine

Schäffler, A. & Menche, N. (2004). *Anatomie, physiologie, biologie* 2è édition. Paris : Maloine

Articles :

Aides aux personnes isolées âgées. (2007). En 2007, les acteurs de la maltraitance des personnes âgées. *Gérontologie*, 143, 11-20.

Boiffin, A. & Beck, H. (2008). De quelques termes utiles dans l'écoute de la maltraitance. *Gérontologie*, 146, 34-41.

Bonafous, M. (2005). Gériatrie : comment le cadre de santé peut-il prévenir la maltraitance ? *Objectif soins*, 135, II-VI.

Busby, F. (2007). Alma, à l'écoute de la maltraitance des personnes âgées. *La santé de l'homme*, 389, 35-36.

Despont, O. & Klingshirn, A. (2003). *Maltraitance : outils d'analyse et de prévention*. Fribourg : Ecole du personnel soignant.

Dr. Sebag-Lanoé, R. (2004). Maltraitance, la violence en gériatrie. *Objectif soins*, 127, 14-17.

Heiniger, M. (2003). Moi, maltraiter ? Jamais ! *Soins infirmiers*, 9, 48-51.

Rogez, E. & Cudennec, T. (2007). La maltraitance des personnes âgées, parler de maltraitance, c'est envisager de bien traiter. *Soins gériatrie*, 65, 13.

Taillens, F. (1998). La fin du silence. *Soins infirmiers*, 10, 70-74.

Mémoires :

Despont, O. (1998). *De la maltraitance vers la reconnaissance*. Mémoire de fin d'étude, centre interfacultaire de gérontologie de Genève.

Marescotti, R. (1998). *Séances en institution pour personnes âgées, le silence des soignants*. Mémoire de diplôme universitaire de psycho-gérontologie. Université de Limoges.

Recherches :

Ahern, K. & McDonald, S. (2002). The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *Journal of Advanced nursing*. 38, 303 – 309

Baker, MW. & Heitkemper, MM. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*. 53, 253 – 259

Barber, C. (2007). Abuse by care professionals. *British journal of nursing*. 10, 1080 – 1081 (article en 5 parties)

Buzgová, R. & Ivanová, K. (2009). Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics*. 16, 110 – 126

Erlingsson, CL., Carlson, SL. & Saveman, BI. (2006). Perceptions of elder abuse : voices of professionals and volunteers in Sweden – an exploratory study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 20, 151 – 159

Hansberry, MR., Chen, E. & Gorbien, MJ. (2005). Dementia and Elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*. 21, 315 – 332.

Jogerst, GJ., Daly, JM., Dawson, JD., Peek-Asa, C. & Schmuck, G. (2006). Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse. *Journal of the American Medical Directors Association*. 7, 203 – 207.

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.

Luu, AD. & Liang, BA. (2005). Clinical case management: a strategy to coordinate detection, reporting, and prosecution of elder abuse. *Cornell Journal of Law and Public Policy*. 15, 165 – 196

Sandvide, A., Fahlgren, S., Norberg, A. & Saveman, BI. (2006). From perpetrator to victim in a violent situation in institutional care for elderly persons : exploring a narrative form one involved care provider. *Nursing Inquiry*, 13, 194 – 202

Teeri, S., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2006). Long-Term care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*. 13, 116 – 129

Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2007). Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions. *Scandinavian Journal of caring sciences*. 21, 490 – 499.

Wood, S. & Stephens, M. (2003). Vulnerability to elder Abuse and neglect in Assisted Living Facilities. *The Gerontologist*. 43, 753 – 757.

Brochure :

Académie Suisse des Sciences Médicales. (2004). *Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance*. Bâle : Auteur.

Association Suisse des Infirmière. (1994). *Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées*. Berne : Auteur

Association Suisse des Infirmières. (1990). *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*. Berne : Auteur

Association Suisse des infirmières. (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne : Auteur

Conseil international des infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : Auteur

Office fédéral de la statistique. (2006). *Portrait démographique de la Suisse*, édition 2006. Neuchâtel : Auteur.

Service du médecin cantonal. (1999). *Les maltraitance et les inspections/visites du service du médecin cantonal*. Fribourg : Direction de la santé publique et des affaires sociales.

Service du médecin cantonal. (2004). *Application d'une mesure limitative de la liberté d'action et/ou de mouvement*. Fribourg : Direction de la santé et des affaires sociales.

Sites internet :

ALMA France. (s.d.). *Statistique 2007*. [Page WEB]. Accès : <http://www.alma-france.org/Statistiques-2007.html> (page consultée le 13 04.09)

Alter Ego, (s.d.). *Qui sommes-nous ?* [Page WEB]. Accès : http://www.alter-ego.ch/54/ALTER_EGO.html (page consultée le 05.05.09)

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 16.03.09)

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 16.03.09)

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 16.03.09)

Document audio-visuel

Les Infiltrés (22 octobre 2008). *Chronique d'une maltraitance ordinaire* [enregistrement vidéo]. Paris : France 2

Maltraitance dans les EMS (3 mai 2009). *Mise au Point* [enregistrement vidéo]. Genève : TSR1

ANNEXE

Annexe A : Trames de présentation des recherches retenues

No	<ul style="list-style-type: none"> • Auteur • Titre de la recherche • Journal • Année de publication • Pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche • Hypothèses • Buts de la recherche 	Population / Echantillon	Type de recherche	Méthodologie	Résultats	Eléments critiques / Commentaires
1	<ul style="list-style-type: none"> • Buzgová, R. & Ivanová, K. • Elder abuse and mistreatment in residential settings • Nursing Ethics • 2009 • République Tchèque 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les employés et les résidents vivent les mauvais traitements perpétrés par le personnel infirmier et les membres de la famille dans les établissements ? • Comment les abus par les membres de la famille, les employés et les résidents sont indiqués dans les plaintes déposées auprès des autorités ? • Pas d'hypothèse mentionnée • L'objectif de cette étude était de décrire les employés et les résidents qui vivent des expériences de mauvais traitements dans des établissements par du personnels ou des membres de la famille. 	<p>20 résidents et 26 employés de 4 établissements de la ville d'Ostrava et 2 directeurs.</p> <p>Les résidents devaient répondre aux critères : capable de communiquer, orienté dans le temps et l'espace et voulant participer.</p> <p>Age moyen des résidents : 86 ans</p> <p>Age moyen des employés : 39 ans avec une moyenne de 8 ans de travail dans l'institution.</p>	Etude qualitative et phénoménologique	<p>Les participants ont été sélectionnés au hasard. Les chercheurs leur ont expliqué le but de la recherche et leur ont demandé le consentement. Les interviews étaient non-directives. La 1^{ère} question était « qu'est-ce que les termes « la dignité de la vieillesse » et « le respect dans les soins » signifient pour vous ? »</p> <p>Les interviews ont ensuite été retranscrites et</p>	<p>Les causes de la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mauvaise organisation de travail • Le règlement de l'institution • La pénurie de personnel • Le burnout des employés • Les problèmes personnels des employés • Les connaissances inadéquates • Les caractéristiques personnelles des résidents • L'isolement des membres de la famille <p>Les gestes maltraitants sont en général pas prémédités mais découlent d'un travail stressant, d'un manque de personnel, du manque de temps, des conflits interpersonnels et des agressions des résidents.</p> <p>L'empathie est influencée par la gestion, le contrôle, la supervision, les connaissances et compétences, l'éthique,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie bien décrite avec prise en considération des aspects éthiques et confidentiels. • Analyse bien présentée à l'aide de tableau et de citations des participants. • Toutefois, les critères de sélection sont relativement hauts et un certain nombre de résidents n'ont pas pu prendre part à l'étude. • Les auteurs mettent comme limite que les soignants ont pu dire ce qu'ils

					analysées avec la méthode Giorgi.	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.	voulaient et donc cela ne représente pas forcément la réalité.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Lindbloom, EJ., Brandt, J. Hough, LD. & Meadows, SE. • Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. • Journal of the American Medical Directors Association. • 2007 • USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment définir la maltraitance en établissement pour personnes âgées ? • Pas d'hypothèse mentionnée. • Le but de l'étude est de définir la maltraitance en établissement pour personnes âgées avec une attention particulière aux types de mauvais traitements, aux facteurs de risques, aux personnes infligeant les mauvais traitements et aux interventions visant à réduire l'incidence de la maltraitance. 	91 articles	Revue de littérature	Recherche d'articles concernant la maltraitance des personnes âgées en maison de retraite. Les articles couvrent les années 1980 à 2005 en anglais uniquement. L'utilisation des banques de donnée : Medline, Cinahl, Current Contents, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Social Work Database, Ageline. 324 articles ont été trouvés dont 91 ont été	Caractéristiques des infirmières maltraitantes <ul style="list-style-type: none"> • Basse satisfaction de l'emploi • Infantilisation • Burnout • Environnement difficile • Histoire personnelle de violence domestique • Dépendance à l'alcool ou la drogue Maltraitance comme une réaction émotionnelle à la violence des résidents. Manque de personnel donc soins précipité qui débouche sur de la violence. Les soignants ont parfois besoin de prendre de la distance par rapport aux résidents mais ne peuvent pas. Par rapport aux escarres, à la malnutrition et la déshydratation, les chercheurs ont du mal à faire la différence entre négligence et mauvaise qualité des soins. → la gestion des conflits et la	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de littérature relativement récente prise en compte pour son bon état des lieux ainsi que pour les nombreuses informations traitant des causes de la maltraitance. • Aucun article utilisé par cette recherche ne fait partie de ma sélection. • Méthodologie bien expliquée avec mention des mots clés utilisés ainsi que des bases de données consultées.

					retenus.	<p>formation à la gestion du stress permettent de réduire les abus et d'améliorer la satisfaction au travail.</p> <p>Les médecins et le directeur sont les seules personnes que le résident voit régulièrement et chez qui il pourrait aller dénoncer de la maltraitance. Mais ceux-ci sont une minorité à déclarer des cas.</p> <p>La maltraitance est un phénomène complexe, impliquant souvent des soignants surmenés, sous-payés et dans un environnement de soins défavorable.</p>	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Luu, AD. & Liang, BA. • Clinical case management: a strategy to coordinate detection, reporting and prosecution of elder abuse • Cornell Journal of Law and Public Policy • 2005 • USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'ampleur du problème de la maltraitance des personnes âgées en Californie ? • Pas d'hypothèse mentionnée • Le but de cet article est de discuter de la maltraitance des personnes âgées et du problème des mauvais traitements. Il étudiera aussi les dispositions pénales et les recours civils pour la maltraitance des personnes âgées dans le cadre institutionnel et 	EADACPA (Elder Abuse and Dependent Adult Civil Protection Act) En Californie	Revue de littérature et enquête	<p>Revue de littérature pas expliquée. L'enquête s'est fait auprès des autorités compétentes du département de la Californie car c'est dans ce département qu'il y a la plus forte augmentation des personnes âgées.</p> <p>L'action du « département de la maltraitance</p>	<p>La grande variété des définitions de l'abus, la négligence et de la maltraitance sont une des raisons de la difficulté de déterminer l'ampleur exact du problème. Les personnes les plus touchées par la maltraitance sont les femmes, vers 75 ans qui sont dépendantes pour les soins et le soutiens.</p> <p>Maltraitance institutionnel : Malgré le fait que la qualité des soins dans les institutions fait l'objet de réglementation de l'état et du gouvernement, l'efficacité de l'application des mesures de surveillance est mise en doute.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche pris en compte principalement pour ça partie revue de littérature apportant de bonne précision à ma question. • L'enquête auprès de EADACPA n'est pas très pertinente car se basant sur le système de santé des USA. • La méthodologie n'est pas clairement

		résidentiel et des exigences de déclaration.			des personnes âgées et de la protection des adultes dépendants » est exposée.	<p>Les institutions sont souvent sous-financées, donc avec pour conséquence un sous-effectif, un bas salaire, une grande rotation de l'équipe et un manque de ressource. Ces conditions de travail engendrent du stress et des frustrations à l'équipe. De plus les équipes sont souvent inadéquatement entraînées aux aspects psychologiques, physiques et émotionnels des soins aux personnes âgées. On remarque également un manque d'infirmières diplômées dans les institutions.</p> <p>Les résidents ont de la peine à déclarer les cas d'abus de par leurs isolements, leurs problèmes physiques ou psychiques et de par la peur des représailles. Ils n'en parlent pas non plus à la famille à cause de la honte, de la gêne et du manque de soutien de celle-ci.</p> <p>Les professionnels ne déclarent pas les cas de maltraitance à cause :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la peur de la cour pénale • de la colère de la victime ou de l'auteur • de la peur de compromettre la confidentialité • du manque de compréhension des procédures • du manque de temps 	expliquée dans cette recherche mais les références sont mises en bas de page et aucune étude de ma sélection n'y paraît.
--	--	--	--	--	---	--	--

						<ul style="list-style-type: none"> • de la difficulté à identifier les abus • de la volonté de ne pas être impliqués dans des procédures pénales. <p>Une étude de 2003 a démontré qu'une large partie des institutions ont de sérieux problèmes de qualité.</p> <p>→ La reconnaissance de la maltraitance des personnes âgées est un progrès vers la prévention.</p> <p>→ La supervision et l'enseignement aux soignants quant à la maltraitance seraient des moyens de prévention.</p> <p>→ Les soignants doivent être attentifs à l'évolution des besoins des résidents, à la qualité des soins reçus et aux signes d'épuisement des familles.</p>	
4	<ul style="list-style-type: none"> • Ahern, K. & McDonald, S. • The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event • Journal of Advanced Nursing • 2002 • Australie 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les croyances des infirmières qui dénoncent des cas de mauvais traitements et de celles qui ne le font pas ? • Il n'y a pas de différence entre les convictions des infirmières qui « tire la sonnette d'alarme » et celles qui ne le font pas. • L'objectif de cette recherche était d'identifier les actions et les croyances des infirmières qui ont été 	95 infirmières de soins généraux et de santé mentale. 70 disent avoir été dénoncer les abus et 25 disent ne pas l'avoir fait. 73% sont des femmes âgées entre 36 et 50 ans.	Etude qualitative descriptive	Les infirmières diplômées de l'ouest de l'Australie, qui ont été impliquées dans des situations de dénonciation, ont été invitées à remplir un questionnaire. Celui-ci portait sur comment elles étaient d'accord avec	<p>Dans le code des infirmières de l'Australie, l'infirmière est la principale responsable du patient, pour cette raison, elle devrait signaler toutes fautes ou incompétences.</p> <p>Les infirmières qui parlent en faveur des patients sont bien conscientes des risques professionnels. En effet, le risque d'opposition et la crainte des représailles sont des thèmes souvent répétés.</p> <p>De code des infirmières a donné à celles-ci une plus grande</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie bien décrite et une précision est faite quant à l'anonymat du questionnaire. • Toutefois, il n'y a eu que 20% de réponse ce qui est peu. • L'échantillon final comportait plus d'infirmières qui avait dénoncé des abus que de

		confrontées à un dilemme éthique. Cette recherche voulait aussi comparer les croyances des infirmières qui ont « tiré la sonnette d'alarme » avec celles qui ne l'ont pas fait.			des croyances inhérentes à un rôle traditionnel des soins infirmiers et à un rôle de défenseur des patients. Les questionnaires étaient anonymes et envoyés par la poste. 95 réponses sur 500 ont été retournées à temps pour être inclus dans l'étude.	responsabilité et autonomie, entre autre, il lie les infirmières au rôle de défenseur des intérêts des patients. Prendre la parole quand le reste du groupe reste muet est largement considéré comme une violation de la loyauté et une trahison envers ceux qui se conforment. Cela met les infirmières qui aimeraient parler du problème dans un dilemme. Très peu de recherche ont été effectuée sur les raisons pour lesquelles ces personnes décident de parler ou pas. <ul style="list-style-type: none"> • Kohlberg (1975) pense que face à un dilemme éthique les infirmières se conforment à la majorité des comportements. • McAlpine et al. (1997) donnent 3 niveaux de réponses : <i>les réponses traditionnelles</i>, obéissance aux autres ; <i>les réponses traditionnelles réflexives</i>, prise de conscience des questions éthiques ; <i>les réponses réflexives</i>, centrées sur le client et soutenues par un cadre éthique faisant preuve d'une volonté de remettre en question les pratiques. • Les réponses seraient basées sur des influences internes comme les croyances ou les convictions personnelles et sur les 	celles qui ne l'avait pas fait ce qui est un biais.
--	--	---	--	--	---	---	---

						<p>influences externes comme les craintes institutionnelles ou une opinion sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weber (1996) affirme que le facteur immoral d'une situation dépend des dommages et de l'ampleur des conséquences. • Plusieurs études décrivent les barrières d'une pratique infirmière éthique comme la politique bureaucratique, le paternalisme, la promotion du rôle traditionnel et des styles de gestion autocratiques. • Wilkinson (1987) définit les raisons pour lesquelles des infirmières ne parlent pas sont la désapprobation du médecin, la peur de perdre l'emploi, les menaces de procès, le manque de courage et l'impuissance. <p>→ Selon l'étude, le groupe des dénonciateurs porte davantage d'importance aux questions portant sur le rôle des défenseurs.</p> <p>Le groupe des non-dénonciateurs porte davantage d'importance aux questions portant sur le rôle traditionnel.</p> <p>L'étude encourage les infirmières qui choisissent de ne pas « tirer la sonnette d'alarme » à comprendre que le motif de</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						l'alerte n'est pas de causer un problème mais d'adopter la foi en la défense des intérêts des patients.	
5	<ul style="list-style-type: none"> • Sandvide, A., Fahlgren, S., Norberg, A. & Saveman, BI. • From perpetrator to victim in a violent situation in institutional care for elderly persons: exploring a narrative from one involved care provider. • Nursing Inquiry • 2006 • Suède 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question • Pas d'hypothèse mentionnée • Afin de parvenir à une conception plus globale de la dynamique de la compréhension des situations de violence dans les établissements de soins pour personnes âgées, le but ici est d'explorer les positions des parties concernées, et de mettre en évidence les forces et les déplacements liés à ces positions. 	Soignants de plusieurs institutions de Suède (nombre pas précisé)	Recherche qualitative avec analyse narrative	Les soignants étaient informés que la participation à l'étude était volontaire et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment sans donner de justifications précises. Le comité éthique a approuvé le projet. La première question était toujours « s'il vous plaît, parlez-moi, aussi librement que possible, des situations de violence dans lesquelles vous avez été impliqués ? ». D'autres questions sur les émotions, pensées et	<p>L'auteur de la maltraitance est la victime</p> <p>Les infirmières ont d'abord pris la position d'auteur de violence en décrivant ce qu'elles font. Pour cela elles utilisent les pronoms Je et Nous ce qui démontre l'identification au reste de l'équipe. Par la suite, elles prennent une position de victimes exposées à l'exercice du pouvoir. Le médecin est décrit comme soutenant les abus par la prescription de l'usage de contention qui de ce fait légalise la décision et l'acte. Les infirmières ont dès lors perdu leur sentiment d'avoir de l'influence ou le contrôle de la situation. Cela peut également être une manière de se retirer du blâme de la violence et de transférer la responsabilité vers les preneurs de décision. Se construire une identité de victime peut aussi être un moyen pour les soignants de rendre la situation intelligible et possible à supporter, ainsi qu'un moyen puissant de raconter leur histoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie bien expliquée avec prise en compte des aspects éthiques et de confidentialité. • Recherche approuvée par un comité éthique. • Analyse divisée en plusieurs thèmes avec des citations des participants à cette étude.

					<p>actions ont été posées pour obtenir des clarifications. Les interviews duraient environ 1 heure et ont ensuite été retranscrites. Les noms et les endroits ont été remplacés dans un souci de confidentialité. Tous les textes ont ensuite été analysés avec « une analyse narrative » et « un positionnement de la théorie ».</p>	<p>et de résister à l'influence et la pression institutionnelle.</p> <p>L'exercice de la résistance des victimes Les victimes d'abus sont parfois en colère, intraitable, refusent de manger, s'isolent elles-mêmes et résistent lors de la mise en contention. Exercer de la résistance est une façon de résister contre un pouvoir. Il n'y a pas de pouvoir sans connaissances, et il n'y a pas de connaissances sans pouvoir. Dans les situations de maltraitance, ce sont les soignants qui ont le pouvoir. Le pouvoir est produit par les connaissances et les connaissances sont toujours une forme de pouvoir.</p> <p>Quand la violence devient une protection Les infirmières parlent de certaines contraintes et abus comme un moyen bien intentionné de protection du résident. Là, la victime de l'abus est positionnée comme quelqu'un qui ne comprend pas que l'action était nécessaire pour son propre bien. La « liberté de choix » peut être remise en question lorsque les</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--

						<p>choix influent sur d'autres d'une manière défavorable ou si les décisions qui sont prises sont considérées comme immatures, c'est-à-dire pas en ligne avec la direction de la politique de la santé.</p> <p>→ Par une position de victime, les infirmières peuvent rétablir une image positive et compréhensible, non seulement d'elles-mêmes et de leurs collègues mais également du travail.</p>	
6	<ul style="list-style-type: none"> • Joshi, S. & Flaherty, JH. • Elder abuse and neglect in long-term care • Clinics in geriatric medicine • 2005 • USA 	<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 • Le but de cette étude est de donner une définition de tous les aspects de la maltraitance des personnes âgées et d'identifier les facteurs de risques associés à ce problème. Le but est également de sensibiliser les fournisseurs de soins et d'aider à concentrer les interventions en fonction de facteurs de risques. 	99 sources	Revue de littérature	Méthodologie pas développée mais l'auteur mentionne 99 sources placées dans la bibliographie.	<p>Définition La définition utilisée par la plupart des états est beaucoup trop générale pour être utilisée.</p> <p>Facteurs de risques <i>Caractéristiques des résidents :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age et sexe : âge supérieur à 60 ans et les hommes seraient plus touchés que les femmes. • Démence et baisse des fonctions cognitives : la démence et le déclin cognitif sont des risques accrus d'abus et de négligence. • Comportements et conflits : les comportements perturbateurs peuvent être interprétés comme provoquant. La compréhension de l'origine de ces comportements n'est pas faite. • Les dépendances physiques : ces personnes reçoivent un 	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de littérature prise en compte pour la qualité et le très grand nombre d'informations fournies. • Aucun article de ma sélection n'est pris en compte dans cette recherche. • Méthodologie pas développée en tant que tel mais toutes les références sont citées dans le texte et mises en bibliographie.

						<p>traitement moins humain et respectueux car ils ont une plus grande dépendance et sont des gens plus difficiles à soigner.</p> <p><i>Caractéristiques du personnel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sexe : les hommes sont davantage accusés d'abus. • La charge en soins : si l'équipe devient surchargée et débordée, leurs réponses aux résidents sont souvent plus agressives. • L'âgisme : croyance erronée à propos de la vieillesse. Il est possible que l'inadéquation du niveau et du type de formation contribuent à ces croyances. • Le burnout : forte implication dans la maltraitance institutionnelle. • Le casier judiciaire : le casier judiciaire doit être considéré comme un facteur de risque parmi le personnel des EMS. <p><i>Caractéristiques des établissements :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le tarif facturé par les établissements aux résidents n'est pas associés à une meilleure qualité institutionnelle. <p>Les obstacles à l'établissement de rapports</p> <p>Chaque personne a la responsabilité de signaler les abus et la négligence des</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>résidants. L'âgisme et une 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> <p>La prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation sur le sujet de la maltraitance. • 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. <p>Les 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 	
--	--	--	--	--	--	--	--

7	<ul style="list-style-type: none"> Barber, C. Abuse by care professionals. <ul style="list-style-type: none"> Part 1: an introduction Part 2: a behavioural assessment Part 3: analysis of characteristics and reasons Part 4: an exploration of available resource Part 5: implication for nurses British journal of nursing 2007 England 	<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les différentes facettes de l'exploitation abusive par le personnel des soins ? Quels sont les comportements actuels ? Quelles sont les solutions efficaces ? Pas d'hypothèse mentionnée Partie 1 : définir l'abus et enquêter sur le contexte historique et international dans lesquels la maltraitance par des professionnels des soins se produit. Partie 2 : discuter de ce qui constitue un comportement abusif et ce qui peut causer ou donner lieu à ce type de comportements. Partie 3 : définir qui sont exploité par les professionnels de la santé et pourquoi ces individus sont les groupes cibles. Cet article tentera ensuite de comprendre le comportement de ceux qui abusent. Partie 4 : définir les ressources disponibles 	Pas de population ni d'échantillon décrit	Revue de littérature	Méthodologie non décrite	<p>Le rapport Sutton sur la négligence des personnes handicapées a affirmé que l'ensemble des modèles de soins utilisés privilégiait davantage la dépendance plutôt que la promotion de l'indépendance, l'insuffisance de l'aide spécialisée pour les personnes dont le comportement pose problème, le manque de milieu de vie centré sur la personne, le manque de personnel et l'usage inapproprié et nocif des moyens de contention.</p> <p>Clough trouve que la définition de la maltraitance institutionnelle est imprécise dans son sens. Il appelle à un accord multi-professionnel sur cette définition. Ce même auteur se pose la question de savoir qui décide quels comportements sont qualifiés d'abusifs ou pas ?</p> <p>Clough donne quelques causes des comportements abusifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les causes structurelles : les personnes âgées ont souvent une faible estime dans la société et par conséquent, recevraient des services de faible qualité avec un minimum de préoccupation pour leurs bien être. Les causes environnementales : les environnements de stress 	<ul style="list-style-type: none"> Revu de littérature prise en compte car traitant tout particulièrement des abus par les professionnels. Aucune recherche de ma sélection ne figure dans la bibliographie La méthodologie n'est pas décrite mais les références dans le texte sont bien présentes avec une bibliographie. Recherche publié en 5 parties et même si seules les parties 2 et 3 m'intéressaient plus particulièrement, il faut prendre en compte toutes les parties pour bien comprendre.
---	---	--	---	----------------------	--------------------------	---	--

		<p>pour ceux qui sont victimes d'abus et ceux qui abusent, y compris l'appui, les conseils de réseaux, la sensibilisation du personnel et de robustes procédures de plaintes.</p> <p>Partie 5 : sensibiliser le personnel soignant au fait qu'il est susceptible de remarquer les effets de comportements inappropriés sur les patients en raison de la proximité de contact avec ceux-ci.</p>				<p>influencent sur le comportement à la fois du soignant et du soigné et a le potentiel de donner lieu à des abus.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le caractère individuel du soignant : les personnes qui ont une personnalité type ou avec une histoire personnelle particulière ou qui ont été eux-mêmes abusés ont plus de chance d'abuser les autres. <p>La violence physique et les attitudes négatives de certains résidents conduisent à plus de négligence et d'abus de la part des soignants. Le manque de formation professionnelle a aussi un impact.</p> <p>Les personnes handicapées ou âgées ont une étiquette négative qui pourrait donner lieu à des abus.</p> <p>La non communication entre les fournisseurs de soins peut aussi conduire à des abus.</p> <p>Un abus peut être définie comme une répartition inégale du pouvoir entre les individus dans une relation, qu'elle soit personnelle ou professionnelle. Par là, quiconque prend soins d'un autre individu peut être susceptible de provoquer des abus.</p> <p>Les personnes ayant des troubles</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>cognitifs sont extrêmement vulnérables. Les causes citées sont le manque de formation professionnelle, le manque de sensibilisation et de compréhension des bonnes pratiques, le manque de communication et de travail interdisciplinaire et le manque d'intérêt et de souci de la haute direction.</p> <p>Westcott donne 3 raisons à la maltraitance institutionnelle surtout pour les handicapés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de plus en plus accrue des soins en institution • La dépendance physique, émotionnelle, sociale et mentale • Les obstacles de communication de la part des personnes handicapées. <p>Colton suggère que les victimes de violence ont été déshumanisées par leurs oppresseurs et considérées comme ayant peu de valeur.</p> <p>Solan suggère que les agresseurs ont tendance à avoir un caractère autoritaire, charismatique et de contrôle. Rowland par contre suggère que certains auteurs ont été jugés tranquilles, modestes ou inadéquates.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

8	<ul style="list-style-type: none"> • Erlingsson, CL., Carlson, SL. & Saveman, BI. • Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden – an exploratory study • Scandinavian journal of caring sciences • 2006 • Suède 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les membres des organisations d'aide aux personnes âgées victimes perçoivent la maltraitance ? Es-ce que leurs perceptions diffèrent de celles des personnes âgées ? • Pas d'hypothèse mentionnée • L'objectif de cette étude était d'examiner les perceptions de la maltraitance des personnes âgées par les groupes représentant des organismes considérés comme des sources potentielles d'aide et de soutien aux personnes âgées maltraitées en Suède. 	<p>31 participants de 6 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les urgences • L'aide municipale • Les organisations de soins de soutien • Les organisations de soutien aux victimes de crime • La police • Les prêtres <p>Des infirmières sont présentes dans différents groupes.</p>	Etude exploratrice et qualitative	<p>Les participants ont reçu une lettre d'explication qui les informait qu'ils étaient volontaires, que les interviews étaient enregistrées et que toutes les données étaient confidentielles. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique. Des interviews de groupes ont été réalisées. Le chercheur commence par la question, « Que signifie la maltraitance pour vous ? » Des questions sur d'autres sujets ont été posées pour encourager les participants à aller plus loin. Les sujets étaient : les facteurs de risques et les</p>	<p>Caractéristique des groupes Tous à part 2 groupes reconnaissent qu'ils peuvent être de potentiel abuseur. Peu de différences de perceptions ont été notées entre les différents groupes.</p> <p>Description de la maltraitance La maltraitance est surtout décrite dans un cadre qui inclut le contexte libre et les dommages intentionnels. Il y a une perception générale que les causes fondamentales de la maltraitance des personnes âgées se trouvent dans l'évolution de la société moderne qui a un manque de respect pour les personnes âgées.</p> <p>Bonnes intentions dans les abus Les infirmières décrivent des situations qui peuvent être conflictuelles dans lesquelles elles sont sous la pression de l'entourage qui leur dit d'agir dans un sens, leur conscience et/ou leur déontologie leur dit d'agir d'une manière différente et la personne âgée qui donne sa volonté de faire encore d'une autre manière. Les participants ont également discuté des mesures abusives comme acceptables lorsque cela</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie est bien décrite avec prise en compte des aspects éthiques et de la confidentialité. • L'étude a été approuvée par une commission éthique. • Cette étude ne parle pas spécifiquement des infirmières. Toutefois les différentes données sont transposables à la pratique infirmières ou sont en lien avec des croyances sociales.
---	--	--	---	-----------------------------------	--	---	---

					<p>indicateurs, le contexte, les types d'abus, les causes, la prévalence et les interventions possibles. Les interviews ont duré environ 1h. Celles-ci ont ensuite été retranscrites, et lues afin d'en retirer le sens et les tendances spécifiques de chaque groupe. Des thèmes ont ensuite émergé et ont été discutés entre les 3 auteurs.</p>	<p>est pour le bien de la personne. Cette situation est décrite comme un équilibre entre le sentiment de la nécessité de l'aide et le fait de laisser la personne décider elle-même des services qu'elle veut et peut accepter.</p> <p>La responsabilité des personnes âgées Les déficits mentaux et physiques ont été discutés comme contribuant à des situations abusives. En effet, certaines situations de violence sont particulièrement liées à un comportement manifesté par les personnes âgées souffrant de démence sénile, tels que les comportements d'agression, d'errance ou de violence.</p> <p>Les omissions de déclaration Les participants expriment leur frustration avec les personnes maltraitées, les membres de la famille et les témoins qui hésitent à dénoncer les abus. Ils pensent que ceux-ci sont résignés en voyant le système juridique qui ne fait pas de poursuites. L'hésitation de la personne victime a aussi été attribuée à la culpabilité et la honte, à la peur de perdre des contacts sociaux ou à l'acceptation de la violence</p>	
--	--	--	--	--	---	--	--

						<p>comme faisant partie des expériences de la vie des personnes âgées.</p> <p>L'âgisme et le manque de connaissance parmi le personnel de santé serait aussi un facteur.</p> <p>La confidentialité est aussi ressortie comme un obstacle.</p> <p>Tous les groupes expriment leurs frustrations quant à l'inefficacité et aux caractères peu claires des procédures de déclaration.</p> <p>Il est soulevé que la maltraitance n'est pas vraiment cachée mais représente ce que la société ne veut pas voir donc en d'autre mot, ce qui est tolérée par la société.</p> <p>D'autres résultats de recherche indiquent que le niveau de tolérance de la violence est culturellement enraciné et que ceux qui ont une tolérance de la maltraitance ont également tendance à blâmer la victime</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

9	<ul style="list-style-type: none"> • Wood, S. & Stephens, M. • Vulnerability to Elder Abuse and Neglect in Assisted Living Facilities • The Gerontologist • 2003 • USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Es-ce que les résidants des établissements sont bien informés et pourraient prendre des mesures face à un manque de soins ? • Notre hypothèse est que les résidants ont de la difficulté à formuler un plan. • Le but de cette étude est de comprendre la capacité des résidants à se protéger contre la maltraitance et la négligence et de faire un examen de leurs capacités de prise de décision liées à la question de l'abus. 	<p>27 résidants. L'âge moyen est de 87 ans avec une majorité de femme. Les participants ont passé le teste du MMSE (Mini Mental State Evaluation) et ont des fonctions cognitives intactes ou avec un déficit modéré. Ce sont les directeurs des résidences qui ont choisie les participants par rapport au fait qu'ils seraient capables de regarder une vidéo et de répondre aux questions. Cela peut être un biais à la recherche car les participants sont probablement des personnes moins atteintes par la problématique.</p>	Etude qualitative et descriptive	<p>Matériel utilisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un apport démographique: un formulaire a été conçu pour capter l'essentiel des caractéristiques démographiques de notre échantillon ainsi que des informations relatives aux choix de l'établissement. • Une cassette vidéo avec 19 scénarios conçus pour évaluer la reconnaissance de la violence. Les scénarios ont été tournés avec des acteurs. • Un questionnaire à également été conçu. Les participants ont dû signer un document de consentement. Les participants 	<p>Les résultats des questionnaires sur les connaissances de la protection des personnes âgées indiquent une méconnaissance des services disponibles. Les résidants connaissaient mieux les services internes (infirmières, directeur) que les services extérieurs (programme Ombudsman). Les résidants ont moins identifié les abus verbaux, la négligence et les risques environnementaux que le personnel. Les réponses étaient équivalentes par rapport aux abus physiques. Les résidants ont plus identifié les abus financier et médicamenteux par rapport au personnel. Globalement, les résidants ont identifié 54% des abus et le personnel 63%. Il y a une forte corrélation entre le score au MMSE et les résultats. Cela indique que ceux qui ont un plus haut score au MMSE sont plus performants pour reconnaître la maltraitance et sont peut-être plus aptes à se protéger. A la question : « si vous étiez préoccupé par la qualité des soins dans cette résidence, à qui exprimeriez-vous vos préoccupations ? » les résidants ont répondu 51% contacteraient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie bien décrite avec questionnaire et résumé des vidéos en annexe. • L'échantillon a été hautement sélectionné et de ce fait n'est pas représentatif de la population général vivant dans les institutions.
---	--	---	---	----------------------------------	--	---	--

					<p>devaient regarder la vidéo et décrire ce qui tient de la maltraitance. Ils ont ensuite dû répondre aux questionnaires oralement et un assistant écrivait les réponses. Les vidéos ont ensuite été vu par le personnel soignant travaillant dans les institutions concernées par l'étude dans un but éducatif et pour avoir un groupe de comparaison.</p>	<p>un membre de la famille, 26% donnent des réponses vagues et le reste mentionne une personne spécifique ne faisant pas partie de la famille.</p> <p>A la question : « si vous voulez partir car vous êtes mécontent de la qualité de vie dans la résidence, quelle mesures prendriez-vous ? », les participants répondent 26% comptent sur la famille, 51% ne sont pas capable d'imaginer un plan et 22% donnent une réponse acceptable ne comptant pas sur la famille.</p> <p>Lorsqu'on leur demande comment ils feraient si la famille n'est pas disponible pour les aider, 78% ne sont pas en mesure de faire un plan.</p> <p>Ces résultats confirment l'hypothèse.</p> <p>L'échantillon inclus dans l'étude a été hautement sélectionné et n'est pas représentatifs de la population vivant dans les établissements qui ont généralement plus de déficits cognitifs.</p> <p>2 interprétations possibles aux résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien que les fonctions cognitives soient un peu atteinte, l'identification des soins 	
--	--	--	--	--	---	--	--

						<p>inappropriés est relativement intacts mais les fonctions exécutives nécessaires pour l'élaboration et la réalisation d'un plan sont quant à elles compromises.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées dans un cadre institutionnel s'appuieraient davantage sur d'autres puissances telles que les membres de la famille pour prendre des décisions. Cela démontre une diminution du sens de l'auto-efficacité ou une augmentation du locus de contrôle externe. 	
10	<ul style="list-style-type: none"> • Hansberry, MR., Chen, E. & Gorbien, MJ. • Dementia and Elder Abuse • Clinics in Geriatric Medicine • 2005 • USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question • Pas d'hypothèse mentionnée • Le but de cette recherche est de faire un état des lieux des connaissances par rapport aux liens entre la démence et la maltraitance. 	64 sources	Revue de littérature	Pas de méthodologie mentionnée mais 64 articles en bibliographie	<p>L'inévitable déclin des fonctions cognitives et physiques au cours de la démence rendent ces personnes dépendantes d'autres personnes pour répondre aux nécessités quotidiennes et de ce fait les rendent plus vulnérable.</p> <p>La maltraitance Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la maltraitance des personnes démentes, l'apprentissage de comportements agressifs, le stress des soignants, l'isolement social des victimes, la dépendance entre la victime et l'agresseur et les psychopathologies des agresseurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revu de littérature prise en compte car parlant plus précisément des patients atteints de déficits cognitifs. Dans les précédentes recherches peu d'allusions n'ont été faites spécifiquement à ce type résidant. Ce sont pourtant la majorité des personnes vivant en institutions. • Aucune des recherches

					<p>Les caractéristiques des personnes démentes peuvent également provoquer des abus comme la fragilité, un mauvais état de santé, les déficits fonctionnels et des comportements agressifs. La démence elle-même est un facteur de risque.</p> <p>Les soins aux patients déments dans les institutions L'incontinence, l'irritabilité, l'incapacité de marcher, l'errance, l'hyperactivité et les problèmes de comportements nocturnes sont les raisons principales du placement des personnes démentes. Les résidents des institutions sont décrits comme les membres de la société les plus vulnérables car ils sont dépendants des soignants pour la quasi-totalité de leurs besoins. Les patients avec des symptômes comportementaux agressifs envers les soignants sont plus exposés à l'abus. Dans ce contexte, les comportements agressifs des soignants sont décrits comme étant un réflexe ou une action de protection en réponse à un patient agressif. Le manque de connaissance, la lourde charge de travail, les</p>	<p>sélectionnées n'a été utilisée pour faire cette recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie n'est pas décrites mais les sources sont bien cités dans le texte et mis en bibliographie.
--	--	--	--	--	--	--

						<p>situations de stress, la pénurie de personnel et les heures supplémentaires sont aussi des facteurs de risques.</p> <p>Le personnel et les membres de la famille peuvent être mal à l'aise de déclarer des comportements abusifs, à cause du peu de garantie de confidentialité. Ils peuvent aussi craindre les représailles des soignants ou d'autres aidants.</p> <p>Le contexte</p> <p>Les patients à domicile ou dans les institutions ont des besoins en soins qui dépassent les capacités et les contraintes de temps du personnel soignants. Le faible ratio personnel-patient provoque une lourde charge de soins pour les soignants.</p> <p>Dans les institutions, les patients sont pris en charge par la rotation des soignants ce qui crée un grand nombre de potentiels agresseurs, mais aussi un système de responsabilisation et de règlement.</p> <p>Dans les institutions il est souvent difficile de distinguer l'abus de la mauvaise qualité des soins.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

11	<ul style="list-style-type: none"> • Teeri, S., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. • Long-Term Nursing Care of Elderly People : identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland • Nursing Ethics • 2006 • Finland 	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les principaux problèmes éthiques rencontrés en soins de longue durée? • Pas d'hypothèse mentionnée • Le but de cet article est de décrire et d'identifier les expériences de problèmes éthiques liées aux soins des patients 	<p>10 patients, 17 membres de la famille et 9 infirmières de 4 institutions de même type.</p> <p>Les patients ont été sélectionnés d'après ces critères : âgée de plus de 65 ans, 3 mois minimum de résidence dans l'institution, capable de tenir une discussion, orientés dans le temps et l'espace et disposés à prendre part à l'étude.</p> <p>Les patients avaient entre 71 et 84 ans. 4 femmes et 6 hommes Tous les patients avaient besoin d'aide des infirmières pour certaines activités quotidiennes.</p>	Etude qualitative	<p>La recherche a été approuvée par la commission éthique. Les participants ont été informés du but de l'étude, du caractère volontaire de leur participation ainsi que de l'anonymat des réponses.</p> <p>Les infirmières et les membres de la famille devaient écrire un texte pour répondre à cette question : « quels types d'expériences problématiques éthiques avez-vous eu ? » Les patients étaient interviewés avec comme question : « comment est votre vie quotidienne dans cette</p>	<p>Les infirmières ont la responsabilité de la qualité éthique des soins fournis aux patients. La plupart des problèmes éthiques dans les soins de longue durée sont en lien avec les concepts d'autonomie, de protection de la vie privée et d'intégrité. L'institutionnalisation en soi contribue à un sentiment de perte d'autonomie, en particulier lorsque les patients ne sont plus capables d'influencer leur propre programme quotidien.</p> <p>L'intégrité psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les traitements désobligeants ou offensants sont décrits comme des gestes indéliques ou furieux de la part du personnel. Selon les membres de la famille, les patients en institution ne sont pas toujours très bien traités par le personnel qui manifeste parfois un sentiment d'indifférence. L'absence de traitement humain est un problème plus particulier chez les employés temporaires, les jeunes infirmières et le personnel non qualifié. Les infirmières donnent comme raison à cela les soins de routines et certaines ont avoué ne pas toujours suivre une 	<ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie est bien décrite avec un chapitre consacré aux considérations éthiques et à l'anonymat. • La méthode d'échantillonnage a été faite par le personnel soignant ce qui est un biais à l'étude. • Cette étude se fait sur une population relativement petite. Toutefois, les résultats sont cohérents d'après les auteurs aux recherches précédentes. • Cette étude parle des problèmes éthiques dans les soins de longue durée et est donc en lien avec mes cadres de référence.
----	---	--	---	-------------------	--	---	--

					<p>institution ? ». les interviews ont été effectuées séparément dans les chambres des patients. Ils étaient enregistrés sauf pour une personne qui n'a pas donné son accord.</p> <p>Les données ont ensuite été retranscrites et des thèmes ont été mis en évidence.</p>	<p>approche axée sur les patients dans leur travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de respect de l'autodétermination des patients se manifeste par le fait qu'ils sont incapables d'exprimer leurs propres désirs, parce que les services ont été rigoureusement organisés selon des routines établies. Certains patients donnent comme raison à cela le manque de personnel et de temps. Les infirmières reconnaissent qu'elles oublient parfois les souhaits des patients pour prendre des décisions en leur nom. Elles reconnaissent également que les patients qui ne sont pas en mesure de s'exprimer eux-mêmes reçoivent des soins de moins bonnes qualités. Les soins infirmiers ne sont pas adaptés aux besoins particuliers des patients, mais plutôt en fonction des horaires d'organisation, et cela donne lieu à un sentiment d'impuissance parmi les membres du personnel. Les patients qui refusent les soins, et dont les désires sont vagues ou contradictoires, sont difficiles à gérer et provoquent un rejet. • Le manque d'information par rapport aux activités des infirmières ont été mentionné 	
--	--	--	--	--	---	---	--

						<p>par les patients. En effet, les infirmières ne disent pas toujours ce qu'elles font. Les membres de la famille s'en plaignent aussi, entre autre, de n'être pas tenu informés de l'état de santé du patient.</p> <p>L'intégrité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les abus physique ont été décrites par les patients comme un manque de respect au touché, ce qui provoque un manque de dignité humaine. • Le manque de soins individualisé est le fait que les besoins individuels des patients ou des membres de la famille ne soient pas pris en considération. Les infirmières ne répondent pas aux demandes, car tout est fait selon des routines et des horaires bien précis. Les causes citées par rapport à ce problème sont la pénurie de professionnel, les routines, les horaires et le mépris pour les habitudes individuelles. <p>L'intégrité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • La solitude au sein de l'institution. Les patients disent trouver le temps long. Les infirmières sont trop occupées, n'ont pas le temps de faire la conversation et leur intervention 	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>sont effectuées dans la hâte. Le sentiment de solitude est souvent renforcé par le voisin de chambre qui n'est pas capable de parler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'isolement du monde extérieur est associé aux pressions des infirmières par rapport au manque de temps. <p>Les infirmières sont bien conscientes du problème de l'autodétermination, que cela est un aspect du droit des patients et fait partie de l'orientation éthique des soins. Néanmoins, les patients institutionnalisés n'ont que très peu d'opportunité d'influencer leurs propres soins. Les patients qui n'arrivent pas communiquer ont le plus de problèmes.</p> <p>Les infirmières, dans leurs textes, n'ont pas signalé le problème relatif à l'information. Une des raisons possibles à cela est que les infirmières ont le sentiment de fournir suffisamment d'information, tandis que les membres de la famille évaluent la quantité d'information reçue par rapport à la quantité demandée.</p> <p>Les problèmes d'abus physiques semblent passer inaperçus si les patients sont incapables de</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>s'exprimer. Ces difficultés d'expression peuvent aussi être propices à des soins avec peu d'égard pour les besoins individuels des patients. En effet, la conformité aux horaires et la routine vont à l'encontre des besoins individuels et participent à un manque de contact humain qui sont considérées comme des formes de mauvais traitements. Les patients n'ont également aucune chance de garder contact avec la vie en dehors de l'institution, car personne n'est disponible pour les aider à sortir.</p>	
12	<ul style="list-style-type: none"> • Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. • Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions • Scandinavian Journal of caring sciences • 2007 • Finlande 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les infirmières estiment que les patients sont soignés en respectant leur intégrité dans les établissements de soins de longue durée? Est-ce que ces points de vue sont en corrélation avec l'état des lieux décrite par les infirmières ? • Pas d'hypothèse mentionnée • Le but de cette étude était d'explorer comment l'intégrité des patients de plus de 65 ans est maintenue dans des institutions de long séjour 	<p>222 membres du personnel soignant de 4 institutions. 91 infirmières diplômées 126 aides 5 autres membres du personnel</p>	Recherche qualitative	<p>La collecte de donnée a été réalisée avec un questionnaire structuré d'abord avec des questions à rédiger puis en cochant du plus d'accord ou moins d'accord. Les questionnaires ont été donnés aux directeurs des établissements qui les ont ensuite distribué aux personnels.</p>	<p>Le maintien de l'intégrité est une préoccupation centrale pour une bonne qualité des soins, particulièrement dans les unités de soins de longue durée. Les principales composantes et caractéristiques du respect de l'intégrité sont le respect du patient comme une personne et la prise en compte des différences de sensibilités individuelles.</p> <p>L'intégrité psychologique La majorité des infirmières (95%) disent respecter et porter attention à la mémoire et aux expériences de vie des personnes âgées. Mais 23% trouvent que les patients ne sont pas traités en tant qu'individu et 19% qu'ils ne sont</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie bien décrite avec précision des aspects éthiques. • L'étude a été approuvée par un comité éthique. • Analyse séparé en 3 points, l'intégrité psychologique, physique et sociale. • Cette étude parle de l'intégrité des patients. Cela est donc en lien avec la maltraitance car celle-ci va à l'encontre du

		en Finlande du point de vue des infirmières.			<p>Le questionnaire avait préalablement été testé auprès de professionnels. L'analyse a été réalisée à l'aide du programme de statistique « Statistical Package for Social Sciences ».</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité éthique et les permissions ont été obtenues des directeurs d'établissements. Les participants ont également été informés du caractère anonyme de l'étude</p>	<p>pas traités comme des égaux. L'item qui a reçu le score le plus bas est la prise en compte des souhaits des patients et/ou des membres de la famille.</p> <p>Les infirmières ont souvent tendance à ignorer les souhaits des patients qui ont avoir avec les routines institutionnelles comme les repas ou l'hygiène corporelle. Une baisse des fonctions cognitives et des difficultés de communication ont également un impact sur la prise en compte des souhaits.</p> <p>La difficulté éthique majeure est que les personnes âgées sont privées du contrôle de leur vie quotidienne. L'étude a également démontré que les infirmières plus jeunes ont un meilleur score concernant l'intégrité psychologique que les infirmières plus âgées.</p> <p>L'hypothèse est que les infirmières perdent certaines de leurs sensibilités à reconnaître les problèmes des patients avec les années, en même temps que leur job devient une routine.</p> <p>L'intégrité physique Les infirmières disent que les besoins physiques son satisfaits (93%) et les soins doux (91%). La majorité des infirmières</p>	maintient de l'intégrité.
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------

						<p>(89%) trouvent que les patients reçoivent la médication dont ils ont besoin mais parfois trop (74%). 10% pensent que lorsqu'un patient demande de l'aide il n'est pas servi assez vite. Le problème éthique concernant les médicaments est complexe car il est difficile de déterminer ce qu'est d'avoir trop de médicaments étant donné que les patients institutionnalisés ont souvent des polypathologies qui requièrent différents médicaments.</p> <p>L'intégrité sociale La majorité dit que les membres de la famille sont respectés, que leurs opinions sont prises au sérieux (98%) et que leurs souhaits par rapport aux soins du patient sont pris en compte (97%). Elles pensent également que les patients ont des contacts sociaux à l'extérieur de l'établissement (94%) et un accès au téléphone (98%).</p> <p>Les résultats de cette étude indiquent que la satisfaction des infirmières pour leur travail dans l'institution et la qualité des services prodigués sont positivement corrélés avec la perception de la maintenance de</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						<p>l'intégrité des patients.</p> <p>Nous aurions également besoin de savoir ce que les patients des institutions de soins de longue durée pensent de la situation.</p> <p>Mais une des grandes difficultés est que ces patients ne sont pas capables de compléter un questionnaire ou de dire leurs sentiments.</p>	
13	<ul style="list-style-type: none"> • Jogerst, GJ., Daly, JM., Dawson, JD., Peek-Asa, C. & Schmuck, G. • Iowa Nursing Home Characteristics Associated with Reported Abuse • Journal of the American Medical Directors Association • 2006 • USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de question • Pas d'hypothèse mentionnée • Le but de cette étude est d'évaluer l'association du signalement des abus dans les établissements par les employés et les caractéristiques des établissements, les résultats des inspections, les horaires du personnel infirmier et le recensement démographique. 	<p>598 participants</p> <ul style="list-style-type: none"> • 292 administrateurs • 306 directeurs <p>De 369 établissements différents.</p>	Etude quantitative par sondage	<p>Des questionnaires ont été envoyés aux administrateurs et directeurs de 409 établissements de soins infirmiers certifiés en Iowa. Le questionnaire était composé de 3 questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le nombre d'incidents d'abus que vous avez vu ou ont été signalés à vous au cours de la dernière année ? • Combien d'incidents d'abus, par 	<p>Il n'y a pas de données fiables sur l'actuelle incidence et prévalence des abus dans les établissements.</p> <p>355 établissements ont relevé 471 incidents d'abus observés ou reportés aux directeurs ou administrateurs. De ces 471 incidents, 417 (89%) ont été reportés aux autorités de l'Etat et 122 (29%) était justifiés.</p> <p>Un grand nombre de lit a été significativement associés à plus d'incidents, de rapport et de cas justifiés. Un faible taux d'occupation a été associé à plus d'incidents et un faible pourcentage d'infirmières diplômées a montré une tendance à un taux plus élevé de cas d'abus.</p> <p>Il n'est pas réellement connu si avoir un plus grand taux de cas reporté représente une meilleure prise en compte du problème ou</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a été sélectionnée car elle donne des informations par rapport aux déclarations de maltraitance. • La méthodologie est assez bien décrite quoique difficile à comprendre. • Selon les auteurs il est impossible de valider le nombre d'événement et de déclaration réel.

					<p>rapport à la question 1, ont été signalés aux autorités de l'Etat ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combien d'incidents d'abus, par rapport à la question 2, ont été fondées ou justifiées ? <p>En plus de cela, des informations par rapport aux caractéristiques des institutions ont également été demandées.</p> <p>La méthode d'analyse et de statistique Spearman's rank-based a été utilisée.</p>	<p>si cela démontre un environnement plus risqué. Une augmentation des rapports peut être attribuable à une sensibilisation accrue des professionnels de la santé à signaler les mauvais traitements. En revanche un faible nombre de rapports pourrait représenter une violence masquée plutôt que moins d'événements et pourrait indiquer l'absence de prise de conscience de ce qui constitue un comportement abusif.</p> <p>Les participants ont fait état d'une incidence de l'abus à 20,7 pour 1000 résidents, ce qui est plus susceptible d'être une sous-estimation.</p> <p>Un plus grand nombre de lits, donc un plus grand nombre de résidents a été associées à une augmentation de l'abus.</p> <p>Toutefois, avec un plus grand taux d'occupation et une charge de travail accrue, les rapports d'abus prennent une priorité moindre. Un faible pourcentage d'occupation peut être associé à la sensibilisation du public à la qualité des établissements. Alors, l'abus pourrait contribuer à un bas taux d'occupation. Dans les grandes installations, la prise de conscience de la violence serait plus grande en raison des</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--

						interactions plus nombreuses avec le personnel et les résidants. Les résidants ne pourraient pas être isolés en raison du plus grand nombre total de personnes avec qui ils sont en contact.	
--	--	--	--	--	--	--	--