

**L'expérience vécue des infirmières
confrontées à des situations de maltraitance
infantile et les besoins qui découlent de
cette expérience:
une revue de littérature étoffée**

Travail de Bachelor

Par

Lauranne Blanc

Promotion 2008-2011

Sous la direction de Madame Marie de Reyff

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

« De quelque côté que nous nous tournions, le sort de l'enfant est en jeu. Il faut définir le sens de nos efforts pour l'améliorer. »

Robert Debré, médecin pédiatre français, 1978.

(cité par Michel Manciaux, s.d)

Résumé

La prise en charge d'un enfant maltraité est un moment très stressant pour les infirmières (Rowse, 2009 a ; Nayda, 2002). Pourtant, très peu d'études s'intéressent aux expériences vécues des infirmières confrontées à ce type de situations (Bredlöv et al. 2008).

But : L'intention de cette revue de littérature est d'analyser l'expérience vécue des infirmières confrontées à des situations de maltraitance infantile et de découvrir les besoins des infirmières qui découlent de cette expérience afin d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des infirmières au travail.

Méthode : Ce travail est une revue de littérature, il met donc en lumière les connaissances actuelles sur le thème de l'expérience vécue des infirmières confrontées à des situations de maltraitance infantile. Douze articles de recherches sur ce thème ont été analysés et synthétisés dans des grilles d'analyse (Cf. Annexe C). Les résultats de ces études sont présentés dans ce travail.

Population cible : Les infirmières confrontées à des situations de maltraitance infantile dans leur pratique.

Résultats : L'expérience vécue des infirmières et leurs besoins ont pu être identifiés. Les différentes expériences ont été catégorisées ainsi : difficultés dans la relation soignant/enfant et famille, peur des conséquences pour soi-même, difficulté de prendre la décision d'agir pour le bien de l'enfant, déception envers les services de protection de la jeunesse et difficulté d'identifier un cas de maltraitance infantile. Les besoins soulignés sont le besoin de formation, le besoin de temps, le besoin de travailler en équipe multidisciplinaire, le besoin de soutien psychologique, le besoin de protocoles et de lignes directrices, et finalement, le besoin de protection.

Conclusion: En se penchant sur l'expérience vécue de ces infirmières, on remarque que certains aspects de la prise en charge sont vécus difficilement et qu'en respectant les besoins des infirmières, des changements pourraient être faits afin d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des infirmières.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de Bachelor Thesis, Madame Marie De Reyff, de m'avoir suivie et encadrée tout au long de cette année. Son soutien et ses conseils m'ont permis l'élaboration de ce document.

Je remercie également ma famille, mon copain et mes amies qui ont su m'encourager pour effectuer ce long travail.

Un grand merci à Daniel Blanc d'avoir consacré un peu de son temps pour la correction de cette revue de littérature.

Sommaire

1.	Introduction	8
2.	Problématique.....	10
2.1	Question de recherche	12
2.2	Objectifs et buts poursuivis	12
3.	Concepts et cadres de référence	13
3.1	La maltraitance infantile	13
3.2	La qualité des soins.....	15
3.3	L'expérience vécue	17
3.4	Les besoins des infirmières.....	18
3.5	La satisfaction des infirmières au travail	20
3.6	La loi sur la protection de l'enfance.....	21
3.7	Stratégie de l'Hôpital Cantonal de Fribourg	23
4.	Méthodologie	26
4.1	Critères de sélection.....	26
4.2	Critères d'exclusion	27
4.3	Stratégies de recherches	27
4.3.1	Stratégie 1	27
4.3.2	Stratégie 2	28
4.3.3	Stratégie 3	28
4.3.4	Stratégie 4	28
4.3.5	Stratégie 5	29
4.3.6	Stratégie 6	29
5.	Résultats.....	30
5.1	L'expérience vécue des infirmières confrontées à des situations de maltraitance infantile.....	30
5.1.1	Difficultés dans la relation soignant / enfant et famille (n=10).....	30
5.1.2	Peur des conséquences pour soi-même (n=9)	32
5.1.3	Difficulté de prendre la décision d'agir pour le bien de l'enfant (n=7)	34

5.1.4	Déception envers les services de protection de l'enfance (n=7)	36
5.1.5	Difficulté d'identifier un cas de maltraitance infantile (n=6).....	37
5.2	Les besoins des infirmières qui découlent de leur expérience vécue.....	38
5.2.1	Besoin de formation (n=9)	38
5.2.2	Besoin de temps (n=7)	41
5.2.3	Besoin de travailler en équipe multidisciplinaire (n=6).....	41
5.2.4	Besoin de soutien psychologique (n=5)	42
5.2.5	Besoin de protocoles et lignes directrices (n=5)	43
5.2.6	Besoin de protection (n=3)	43
6.	Discussion	44
6.1	Analyse et critique des recherches sélectionnées	44
6.2	Discussion des résultats.....	46
6.3	Réponse à la question.....	54
6.4	Limites de l'étude	55
7.	Conclusion	56
7.1	Implications et recommandations pour les soins	56
7.2	Besoins en recherches ultérieures.....	58
7.3	Points forts et point faibles du travail	58
8.	Bibliographie	61
8.1	Ouvrages	61
8.2	Pages internet	62
8.3	Documents non publiés	64
8.4	Articles	64
9.	Annexes.....	67
9.1	Annexe A: Déclaration d'authenticité	67
9.2	Annexe B : Illustration de la pyramide des besoins selon Maslow	68
9.3	Annexe C : Grilles d'analyse des recherches	69
9.3.1	Nurses'experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents	69
9.3.2	Support needs of children's nurses involved in child protection cases.....	72
9.3.3	The meaning of child abuse for nurses in Taiwan	76

9.3.4	Influences on registered nurses' decision making in cases of suspected child abuse.....	80
9.3.5	Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals	84
9.3.6	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis.....	89
9.3.7	Factors associated with nurses' intention to report child abuse : a national survey of Taiwanese nurses	93
9.3.8	Children's nurses' experiences of child protection : what helps ?	97
9.3.9	Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect.....	100
9.3.10	Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses.....	103
9.3.11	Barriers to mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals	107
9.3.12	Caring for maltreated children : a challenge for health care education	109

1. Introduction

La maltraitance envers les enfants est un thème d'actualité qui touche toutes les populations. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la maltraitance de l'enfant s'étend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitements négligents, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement, sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » (OMS, 2010). C'est un problème de santé mondial, qui touche toutes les couches sociales (Frappat, P. 2004).

La maltraitance infantile peut avoir des conséquences directes graves comme par exemple la mort, de fortes douleurs, de l'anxiété, un sentiment de honte, un comportement agressif de l'enfant. Dans sa vie future, l'enfant maltraité peut devenir un adulte dépressif avec des comportements à risque, une toxicomanie, des idées suicidaires... (Hofner, 2001).

De nombreux professionnels travaillant dans le milieu de l'enfance sont susceptibles d'être confrontés à des enfants maltraités dans leur vie professionnelle. Les éducateurs, les enseignants, le personnel des crèches et les professionnels de la santé sont des personnes clés pour détecter des signes de maltraitance.

S'occuper d'enfants dans des situations de maltraitance n'est pas chose facile et peut amener à un découragement pour les infirmières¹. En effet, à l'hôpital, on peut être appelé à faire face à des enfants peut-être plus difficiles, apeurés et à des parents avec des réactions très agressives ou au contraire avec une attitude plutôt séductrice. Malgré cela, il faudra soigner l'enfant, établir une relation de confiance avec lui et prendre en charge ses parents, avec toutes les émotions que cela peut faire ressortir (Clerc et Léveillé, 1997).

Ce travail va traiter de l'expérience vécue des infirmières lorsqu'elles sont confrontées à des situations de maltraitance infantile. La problématique de la

¹ Le terme « infirmière » sera utilisé au féminin tout au long de ce travail pour des raisons pratiques

maltraitance sera tout d'abord évoquée et débouchera sur une question de recherche. Puis, des concepts en lien avec la thématique seront traités afin de mieux comprendre la question et d'avoir une base pour analyser les résultats. Par la suite, des articles scientifiques sur ce sujet seront analysés à l'aide d'une grille (Cf. Annexe C) afin de mettre en évidence les résultats correspondant à la question de recherche. Les expériences des infirmières et leurs besoins pour se sentir plus à l'aise dans ce type de situations seront mis en évidence. Ainsi, quelques pistes pourront être données pour améliorer la prise en charge des enfants maltraités et de leur famille. Tous les types de maltraitance infantile seront abordés. La maltraitance concernera des enfants de 0 à 16 ans, d'après les normes en vigueur dans les services de pédiatrie en Suisse.

2. Problématique

Dans le monde, 155'000 enfants meurent chaque année des suites d'une maltraitance. En France, en 2006, 21'000 enfants ont été maltraités et 77'000 enfants se trouvaient en situation de risque de maltraitance (Champagnat, J.C., 2011). En Suisse, « 10 à 20 % des enfants subissent des mauvais traitements sous une forme ou une autre jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire » (Lips, 2011).

« La maltraitance envers les enfants est un problème de santé publique du fait de la gravité de ses conséquences sur la santé physique, mentale et sociale de l'individu et de la communauté et de sa fréquence estimée dans la population suisse. Par exemple 33,8 % des filles et 10,9 % des garçons dans le canton de Genève ont déclaré avoir subi au moins une expérience sexuelle abusive et 25% des parents giflent sur le visage leurs enfants de moins de 2,5 ans » (Hofner, M.C et al, 2001).

Les infirmières sont de plus en plus souvent confrontées à des cas de maltraitance dans le cadre de l'hôpital. En effet, comme le souligne un article de la Liberté du 28 janvier 2011, l'hôpital de Zürich n'a jamais, depuis le début des statistiques en 1969, recensé autant de maltraitances envers les enfants qu'en 2010. Les abus sexuels et les sévices corporels représentent chacun un tiers des 487 cas enregistrés. La maltraitance psychique représente 17% des cas et la négligence 10%. « On considère que 10 % des enfants hospitalisés en milieu pédiatrique pourraient entrer dans le cadre de l'enfance maltraitée » (Becmeur, F., 2007).

Les infirmières sont des professionnelles adéquates pour découvrir des cas de maltraitances car elles ont souvent une vue sur le corps de l'enfant lors de la toilette ou des soins, et remarqueraient facilement des hématomes ou des blessures suspectes. De plus, lors du recueil de données, leur attention peut être éveillée par des incohérences. Par exemple, si les parents disent que l'enfant a fait une chute minime et qu'il a des ecchymoses partout, l'infirmière va pouvoir remettre en cause leurs paroles. Elles peuvent créer une relation de confiance avec l'enfant au cours de l'hospitalisation et celui-ci aurait donc peut-être plus de facilité à s'exprimer, à avouer ce qu'il subit (Newton, C.J., 2001).

Pour les soignants, il n'est pas toujours facile de prendre en charge ce type de patient. En effet, selon l'Observatoire de la maltraitance envers les enfants,

La maltraitance et les abus d'enfants et d'adolescents confrontent les professionnels à la souffrance et à l'horreur. Face à l'inacceptable, ces derniers risquent de développer des réflexes d'évitement et de déni ou, au contraire, de déployer un excès d'agir pouvant porter préjudice aux victimes et à leur entourage. Dans les situations de maltraitance, l'incertitude constitue un élément majeur du quotidien du professionnel (2009).

De plus, selon un article de la Revue Médicale Suisse (2000), le fait d'intervenir auprès d'une victime ou d'un auteur de violence peut amener le soignant à développer des attitudes défensives. Il est aussi mis en évidence que « la méconnaissance de la problématique et les résonances personnelles qui y sont associées vont influencer ses attitudes personnelles et professionnelles » (Rey & Rinaldi, 2000).

Dans ce type de situation, la qualité des soins peut être touchée. En effet, « dans la relation de soins avec une personne confrontée à la violence, les résonances du soignant vont interagir avec ses compétences professionnelles » (Rey & Rinaldi, 2000). La qualité de vie du professionnel impliqué peut aussi être affectée : dans la littérature, on retrouve « les termes de burn-out, de traumatisme vicariant ou secondaire, ou encore de fatigue de compassion » (Rey & Rinaldi, 2000).

On peut donc voir que l'expérience vécue des infirmières confrontées à de telles situations joue un rôle important dans leur prise en charge et peut influencer non seulement la qualité des soins, mais aussi dans un sens plus large, la qualité de vie des soignants. Dans les recherches faites sur le sujet de la maltraitance infantile, on trouve souvent des articles sur la détection, sur le rôle des infirmières, mais leur expérience vécue et leurs besoins pour affronter de telles situations ne sont que rarement évoqués. Qu'en est-il de ceux-ci ?

2.1 Question de recherche

En s'appuyant sur ce qui précède, la question suivante peut être posée :

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins auprès des enfants victimes de maltraitance et de leur famille et en visant une satisfaction des infirmières au travail, quelle est l'expérience vécue de ces dernières dans des situations de maltraitance infantile et quels sont les besoins qui découlent de l'expérience vécue par les infirmières ?

2.2 Objectifs et buts poursuivis

Cette revue de littérature a pour but de mettre en évidence l'expérience vécue des infirmières confrontées à des cas de maltraitance infantile et les besoins de celles-ci afin de viser une meilleure qualité des soins et une meilleure satisfaction des infirmières travaillant auprès de ces enfants et de leurs familles.

De plus, elle peut apporter des pistes pour les infirmières confrontées à ces situations dans leur pratique.

3. Concepts et cadres de référence

3.1 La maltraitance infantile

La maltraitance infantile existe depuis toujours. Dans l'histoire, de nombreux exemples le prouvent. En effet, certains enfants étaient sacrifiés et offerts aux Dieux afin de gagner leur faveur. D'autres étaient par exemple « emmurés vivants dans les fondations des nouvelles cités pour en assurer la stabilité » (Rey, Bader-Meunier & Epelbaum, 2001, p.1).

Les premières études sur la maltraitance infantile vont être conduites en France, vers la fin du 19ème siècle. C'est à ce moment qu'apparaissent les premiers textes de lois sur la protection des mineurs. En 1962, un pédiatre publie un article nommé « le syndrome de l'enfant battu ». « La réaction médiatique est immédiate et permet une large diffusion de ces informations auprès de la communauté scientifique internationale. La maltraitance à enfants n'est plus ignorée » (Rey et al, 2001, p.4).

L'observatoire national de l'action sociale décentralisée donne une définition intéressante : « l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels et/ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (Rey et al, 2001).

Selon le rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » de 1992, il existe différents types de mauvais traitements envers les enfants :

« **Les carences et les négligences** correspondent à la non-satisfaction des besoins physiologiques (sommeil, alimentation...) et/ou affectifs (amour parental, protection face au danger...) de l'enfant » (Rey et al, 2001, p. 35). L'absence de surveillance d'un enfant, un retard à consulter devant un symptôme présenté par l'enfant, ou une obligation de suivre un régime carencé incompatible avec les besoins de l'enfant peuvent amener à un diagnostic de maltraitance infantile (Rey et al, 2001, p. 35). Les carences et les négligences représentent 39,5% des maltraitements infantiles.

Les sévices psychologiques sont « l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologiques : humiliations verbales ou non-verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessive disproportionnée par rapport à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter » (Rey et al, 2001, p.39). 53,2% des maltraitements infantiles résultent de mauvais traitements psychologiques (Groupe de Travail enfance maltraitée, 1992, p.38).

« **L'abus sexuel** se définit comme la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux » (Rey et al, 2001, p.41). Ce type de maltraitance représente 29,8 % des cas de violence infligée aux enfants (Groupe de Travail enfance maltraitée, 1992, p.38).

La maltraitance physique comprend « des coups donnés avec la main, le tape-tapis, le ceinturon, le martinet, des chaises ou autres objets, des brûlures, des strangulations, des immersions dans l'eau froide ou brûlante, des étouffements, des torsions de membres. » etc. (Groupe de travail enfance maltraitée, 1992, p.20). La moitié des enfants hospitalisés pour des lésions traumatiques a moins de 1 an et les trois quarts ont moins de 3 ans (Rey et al, 2001, p.15). Ce type de maltraitance représente 52,2 % des cas recensés en 1992 (Groupe de Travail enfance maltraitée, 1992, p.38).

Comme nous pouvons l'imaginer, la maltraitance infantile a des conséquences importantes sur la santé de l'enfant : elle peut parfois entraîner la mort, parfois avoir des conséquences physiques et psychiques importantes telles que des « fractures multiples et troubles du développement osseux, troubles de la croissance et de l'alimentation, séquelles de traumatisme cranio-cérébral, troubles du développement psycho-moteur, sensoriel et affectif, difficultés scolaires, difficultés d'insertion, troubles de l'apprentissage et de l'adaptation, etc. » (Hofner, 2001).

De plus, en grandissant, l'enfant maltraité devenu adulte peut présenter diverses conséquences : « propension aux accidents, conduites de prise de risques, tentatives de suicide et suicide, dépression et troubles anxio-dépressifs, dépendances (alcool, médicaments, drogues illégales), maladies physiques (dorsalgies chroniques), troubles du comportement alimentaire (boulimie et anorexie), troubles du sommeil, grossesse précoce, prostitution, délinquance, comportements compulsifs, syndrome post-traumatique, etc. » (Hofner, 2001).

Les facteurs de risques de la maltraitance infantile peuvent être de différentes origines (Lips, 2011) :

- Liées aux parents : toxicodépendance, maladie psychique, expérience personnelle de maltraitance, divorce...
- Liées à l'enfant : enfant non désiré, enfant handicapé ou malade...
- Liées à l'environnement : difficultés financières, isolement social...

Des statistiques correctes sur la maltraitance sont très difficiles à établir. En effet, « le nombre d'enfants maltraités reste difficile à déterminer correctement du fait des limites imprécises des définitions, des problèmes que posent le diagnostic de maltraitance et l'absence d'enregistrement systématique des cas dépistés » (Jos, 2001, p. 2).

3.2 La qualité des soins

L'OMS donne une définition de la qualité dans les établissements de santé :

« démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et, pour sa grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (cité par Lecllet et Vilcot, 1999, p.55).

Selon Lecllet et Vilcot (1999), il faut distinguer la qualité réelle et la qualité perçue car la qualité est évaluée de façon subjective par l'individu et est influencée par les valeurs, la culture et les affects de celui-ci. C'est pourquoi la définition de l'OMS est complétée par la définition ISO 8402. En effet, la qualité en santé y est définie comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites et qui satisfont effectivement le consommateur de soins » (cité par Lecllet et Vilcot, 1999, p. 55).

La qualité des soins dépend de plusieurs déterminants mis en évidence par Hesbeen (1998) liés :

- « aux aspects politiques et économiques
- à l'organisation concrète des structures
- aux réflexions philosophiques et connaissances techniques et spécifiques
- à la formation des professionnels
- au comportement et à la compétence des acteurs
- à la personne soignée et à ses proches
- aux méthodes de recueil d'informations sur les pratiques et aux démarches d'évaluation » (p.60)

Dès à présent, un lien peut être fait avec le concept de maltraitance infantile et la prise en charge d'enfants maltraités. Comme nous venons de le voir, la qualité des soins peut être influencée par les comportements des acteurs et leurs compétences. La capacité de s'indigner est par exemple un comportement de l'infirmière qui peut influencer la qualité des soins selon Hesbeen (1998, p.72) : « le manque de capacité à s'indigner, dans le milieu professionnel par exemple, conduit à des situations paradoxales, décrites comme subies par les soignants alors qu'ils restent silencieux et apparaissent parfois comme des complices bienveillants de ces situations. » Cette citation semble pouvoir faire référence à des situations de maltraitance où les infirmières n'osent pas se révolter contre les auteurs de maltraitance et ne dévoilent pas leur doute à l'équipe soignante.

L'enfant, selon Brazelton et Greenspan (s.d), a différentes sortes de besoins, dont le besoin de « protection physique et de sécurité », et « le besoin de vivre dans un milieu où il est intégré, accepté, aidé dans ses démarches relationnelles ». Lors de maltraitance, l'adulte prive l'enfant de certains de ses besoins fondamentaux (Volpe, 2011). Même s'il ne les exprime pas, on peut supposer que l'enfant a des besoins implicites vis-à-vis des infirmières. En ne dénonçant pas leurs soupçons, celles-ci ne prennent pas en compte les besoins des enfants et ainsi ne respectent pas un des critères de qualité des soins décrits dans la définition ISO 8402.

3.3 L'expérience vécue

L'expérience, selon le dictionnaire de psychologie (1991), est « ce que le sujet perçoit, sent, pense dans ses rapports au monde qui l'entoure et à lui-même, et d'une manière irréductiblement subjective. » Elle est souvent « précisée par le recours à l'expression 'expérience vécue' ou au terme proche 'vécu'. » (Doron & Parot, 1991, p. 274). Ce dernier est défini dans le Larousse (2003) comme « une expérience réellement vécue, un ensemble des faits, des événements de la vie réelle. »

Selon Collin (1998), « toute expérience vécue comporte des caractéristiques importantes (...) :

- Elle est toujours particulière parce qu'elle est le lieu d'une rencontre unique entre la personne et le concret qui lui arrive (...).
- Elle est toujours interprétative ; ce caractère découle du fait que l'expérience est essentiellement du vécu, le vécu d'un être personnel ; ce vécu implique une perception qui reste celle du sujet qui réagit avec ce qu'il est, avec tout son passé culturel, son développement personnel. (...)
- Elle est toujours transformante ; en effet, l'originalité de l'expérience se situe d'abord au niveau mental et s'exprime dans l'attitude nouvelle de la personne qui ne s'explique elle-même que par sa conception nouvelle de la réalité. »

En conclusion, l'expérience serait une « réaction de la personne face à un événement ou une situation dans laquelle elle est impliquée, et qui lui permet d'évoluer en découvrant un aspect nouveau de la réalité » (Collin, 1998).

Selon Parret et Iguenane (2001), dans une situation de maltraitance infantile, l'expérience vécue des infirmières a un réel impact sur leur travail et leurs actions. Celle-ci change la manière dont elles agissent et pensent. Elles peuvent donc par exemple trouver une situation tellement difficile qu'elles vont involontairement nier ce qu'elles voient. En effet, ces mêmes auteurs, le déni persiste et rend difficile l'écoute, la compréhension et l'action des professionnels chargés de protéger les enfants (2001, p.5).

3.4 Les besoins des infirmières

Selon Formarier et Jovic, « la notion de besoin est difficile à cerner, le besoin étant différent pour chaque individu, chaque communauté culturelle. Il est ce qui est requis pour maintenir ou recouvrer la santé souhaitable ». Ce concept se définit comme « une exigence née de la nature ou de la vie sociale ou comme un état de privation » (2009, p. 88).

En médecine, le besoin représente souvent un manque, une déficience, une perturbation chez un individu, qui est en lien avec un problème de santé diagnostiqué par le médecin. Selon le dictionnaire des soins infirmiers (cité par Formarier & Jovic, 2009, p.88), le besoin est « une nécessité de la nature ou de la vie sociale ressentie et/ou exprimée par un être humain ».

Legrand, sociologue, classe les besoins humains dans plusieurs catégories : (cité par Amar & Guéguen, 2007, p. 46)

- Les besoins physiologiques : ils regroupent les besoins nécessaires pour vivre
- Les besoins sociaux ou socio-affectifs : l'Homme a « besoin de s'adapter à l'environnement matériel ou social (droits, devoirs, éducation) », « s'adapter à son âge » (il a différents rôles dans la société selon son âge) et aux « mutations de la société » (Legrand, 1984, cité par Amar & Guéguen, Ibid, p.46).

- Le besoin de s'adapter aux événements : la personne a besoin de s'identifier à un groupe, d'y trouver sa place et d'y être reconnu, elle a aussi la nécessité de se réaliser, de s'épanouir dans diverses activités comme les loisirs ou le travail. De plus, elle éprouve un « besoin d'expérimenter les limites de ses capacités dans divers domaines, de se dépasser et de jouir de sa liberté » (Legrand, 1984, cité par Amar & Guéguen, Ibid, p.46).
- La satisfaction des besoins : « elle relève de l'histoire personnelle de l'individu, de ses habitudes, de son implication sociale, culturelle et de la symbolique qui entoure la satisfaction des besoins » (Legrand, 1984, cité par Amar & Guéguen, Ibid, p.46).

Pour approfondir le concept des besoins, et en particulier celui des infirmières, il semble intéressant de mettre en évidence la théorie de Maslow, psychologue américain des années 1940, qui affirme que les besoins humains sont organisés à tout âge selon une hiérarchie et que les besoins supérieurs ne peuvent apparaître que lorsque les besoins inférieurs sont comblés (Formarier & Jovic, 2009, p. 89).

Maslow distingue 5 catégories de besoins, représentées dans une pyramide (Cf. Annexe B). Ceux-ci sont décrits par Kozier, Erb, Berman & Snyder (2005) dans leur ouvrage sur les soins infirmiers. La première représente les besoins physiologiques de la personne, c'est-à-dire les besoins qui sont en lien avec la survie de l'humain ou de l'espèce (manger, boire, sexualité). La deuxième catégorie évoque le besoin de sécurité, besoin de se sentir en sécurité dans ses relations et dans le milieu physique (p.260). La troisième catégorie représente le besoin d'appartenance et d'amour, qui comprend le fait de donner et de recevoir de l'affection, d'avoir un sentiment d'appartenance et d'occuper une place dans un groupe. Le besoin d'estime est la continuité du besoin d'appartenance. Il intègre l'estime de soi et des autres (reconnaissance, respect,...). Enfin, le besoin de s'accomplir est un « besoin de développer son potentiel maximal et de manifester pleinement ses capacités et ses qualités » (Kozier et al., 2005, p.261).

L'infirmière, comme tous les êtres humains, a des besoins personnels qui doivent être remplis. Dans une situation de maltraitance, on peut supposer que celle-ci a besoin de s'adapter à l'environnement social et respecter son devoir de signaler. L'infirmière a aussi un besoin particulier de reconnaissance dans son travail, et la nécessité de se réaliser dans celui-ci. Si elle se sent mal dans certaines situations, elle aura besoin de soutien et de sécurité, de se sentir protégée, peut-être au sein d'un groupe.

3.5 La satisfaction des infirmières au travail

La satisfaction, selon le Larousse, est « une action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance. » C'est aussi un « contentement, une joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait » (2008).

Une étude sur la satisfaction des soignants en Europe, publiée en 2008 par Estryn-Béhar, met en évidence les attentes des soignants face à leur place de travail. Ceux-ci, pour être satisfaits, auraient besoin d'un soutien psychologique face à la charge émotionnelle, aux questions éthiques, à la violence, au stress etc. La possibilité de pouvoir « donner son avis et recevoir un avis des autres, pouvoir disposer d'une certaine autonomie dans son travail, mais avoir le soutien de ses collègues et de ses supérieurs sont des facteurs de satisfaction au travail » (Estryn-Béhar, 2008, p.36). En effet, selon cette même source, « l'équipe et les collègues sont les plus importantes sources de soutien » (p. 62).

Selon Estryn-Béhar (2008), pour qu'un soignant soit satisfait, il faut qu'il ait accès à un soutien psychologique de la part de ses collègues, qu'il puisse exprimer ses doutes sans peur et travailler dans un climat de confiance et d'entraide. Il faudrait aussi qu'il ait des possibilités de faire une formation interne et de se concerter avec l'équipe car cela permet « d'éviter les incertitudes quant à la qualité des soins que l'on est à même de dispenser » (p. 61). Selon ce même auteur, le manque de temps serait source d'insatisfaction. En effet, « La densification de l'activité et l'importance de la charge de travail amènent les soignants à se sentir insatisfaits de la qualité des soins qu'ils dispensent » (2008, p.34). Selon les infirmières, la qualité des soins est reliée

au fait de pouvoir répondre correctement aux besoins du patient, de pouvoir se centrer sur celui-ci comme le décrit la théorie de Virginia Henderson.² Si elle n'arrive pas à répondre aux besoins du patient, l'infirmière est donc insatisfaite de son travail.

Une autre source d'insatisfaction au travail est la crainte de faire des erreurs. Elle se retrouve souvent dans les dires des soignants.

Dans une situation de maltraitance, on a vu que l'infirmière sera satisfaite de ses services si elle répond correctement aux besoins de l'enfant. Selon Maslow, le besoin de sécurité est un besoin très important pour l'être humain (Cf. point 3.4). L'infirmière doit donc protéger l'enfant, lui offrir la sécurité dont il a fondamentalement besoin pour être satisfaite de son travail. Elle risque d'être insatisfaite si elle ressent une peur de faire une erreur dans la prise en charge de l'enfant. Par contre, selon Estryn-Béhar (2008), si l'infirmière reçoit du soutien psychologique de la part de ses collègues et de ses supérieurs, elle n'aura pas peur d'exprimer ses doutes et se sentira plus à l'aise. Le soutien est donc un élément important dans une situation de maltraitance, où le doute fait partie intégrante de la prise en charge.

3.6 La loi sur la protection de l'enfance

Au niveau international, l'Organisation des Nations Unies a mis au point une convention datant du 20 novembre 1989 mettant en évidence les droits des enfants. Elle concerne tous les enfants du monde et a été signée par 193 pays dont la Suisse, tous rassemblés « autour d'une même volonté d'assurer la protection de l'enfant et de le reconnaître comme un sujet de droit » (The United Nation Children's Fund [UNICEF], 2009).

Ce texte met en évidence les droits de l'enfant et le devoir des Etats de respecter cette convention. Celle-ci concerne tous les enfants jusqu'à 18 ans et met en lumière des droits tels que le droit à la vie, à la santé, à l'éducation, le droit de ne pas être séparé de ses parents, etc. Ceux qui se rapportent à la

² Théorie des 14 besoins fondamentaux de la personne soignée

maltraitance sont le droit à la protection contre l'exploitation sexuelle et la maltraitance, le droit à la protection contre la torture et la privation de liberté.

Dans un contexte de maltraitance, la convention dit que l'Etat « doit intervenir en cas de nécessité pour l'enfant dans certains cas particuliers comme la négligence ou la maltraitance. » (UNICEF, 2009).

En Suisse, la Constitution Fédérale contient des articles sur le sujet de la maltraitance. L'article 11 cite : « les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement. Ils exercent eux-mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement. » (Confédération Suisse, 2011a).

Le Code Civil Suisse évoque la responsabilité des parents de prendre en charge leurs enfants. L'article 302 du Code Civil Suisse le mentionne : « Les pères et mères sont tenus d'élever l'enfant selon leurs facultés et leurs moyens et ils ont le devoir de favoriser et de protéger son développement corporel, intellectuel et moral. » (Confédération Suisse, 2011b)

Cependant, si les parents ne respectent pas leurs devoirs, l'autorité tutélaire prend l'enfant en charge. En effet, selon l'article 307 du Code Civil Suisse, « l'autorité tutélaire prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant si son développement est menacé et que les père et mère n'y remédient pas d'eux-mêmes ou soient hors d'état de le faire. » Elle peut nommer un curateur qui pourra aider les parents à prendre soin de l'enfant. Lorsque les circonstances l'exigent, l'autorité tutélaire pourra retirer l'enfant de la famille et le placer dans une autre famille ou dans un foyer. L'autorité parentale peut aussi être enlevée aux parents « lorsque les père et mère ne se sont pas souciés sérieusement de l'enfant ou qu'ils ont manqué gravement à leurs devoirs envers lui » et que d'autres mesures de protection de l'enfant ont échoué (Article 311 CCS). Si l'autorité parentale est effectivement retirée, un tuteur est nommé à l'enfant. (Confédération Suisse, 2011b).

Le Code Pénal Suisse punit l'auteur de maltraitances alors que la Loi fédérale d'aide aux victimes d'infractions (LAVI) soutient les victimes de maltraitance. Elle leur offre une protection et des droits particuliers lors de la procédure

pénale, ainsi qu'une contribution aux divers frais de procédure. Elle aide également la personne au point de vue psychologique (Observatoire de la maltraitance envers les enfants, s.d).

Au niveau cantonal, le canton de Fribourg se base sur la loi fribourgeoise d'application du Code Civil Suisse du 22 novembre 1911. Selon cette loi, « Les autorités, les fonctionnaires de police ou d'assistance et le personnel enseignant ont le devoir et toute personne a le droit de signaler à la justice de paix les cas d'enfants dont le développement paraît menacé ».

Pour Chaillou (cité par Camdessus & Kiener, 1993, p.94), le signalement se définit comme « l'acte professionnel par lequel un tiers dénonce une situation à une autorité qu'il estime compétente ».

Les infirmières ont donc l'obligation de signaler les cas et ceci malgré leur secret professionnel. En effet, selon l'article 364 du Code Pénal Suisse, « Lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction peuvent aviser l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci.

3.7 Stratégie de l'Hôpital Cantonal de Fribourg

Le service de pédiatrie du canton de Fribourg se base sur un document élaboré en 2005 par le Groupe de travail Protection de l'Enfant des hôpitaux pédiatriques suisses. Il met en évidence la procédure lors de suspicion de maltraitance physique et/ou négligence. Lorsque l'enfant arrive à l'hôpital, il peut être soit envoyé par un médecin, soit adressé avec un autre diagnostic, soit se présenter de manière spontanée en ayant souvent d'autres motifs de consultation. Une anamnèse et un status sont réalisés. Si une maltraitance est suspectée, il faut informer le médecin chef de l'unité. Un diagnostic devra être posé à l'aide de plusieurs examens comme des prises de sang, une radiographie, un IRM, un ultrason. Des photos devront être prises et des dessins avec des couleurs devront être faits pour documenter de manière précise les blessures. En cas de négligence, le diagnostic ne se fait en général pas en urgence. Si les circonstances le nécessitent, une hospitalisation de

l'enfant sera mise en place afin de le protéger. Si les parents ne sont pas d'accord et qu'il existe un réel danger pour l'enfant, leur droit de garde peut leur être retiré de manière provisoire. Par la suite, un groupe de protection de l'enfance doit être convoqué dans les 24h afin de décider de la suite de la procédure avec une équipe interdisciplinaire. Si l'hospitalisation n'est pas nécessaire, un suivi ambulatoire doit être mis en place et le groupe de protection de l'enfance³ doit être averti (Lips, 2005, p. 6).

Un protocole différent existe en cas de suspicion d'abus sexuel. L'anamnèse doit contenir un « procès verbal textuel des propos spontanés de l'enfant » et non un interrogatoire de l'enfant avec des questions sur nos propres soupçons. Les circonstances de la consultation et le comportement des personnes accompagnant l'enfant doivent être décrits. Un status est ensuite réalisé avec un examen de la peau et des muqueuses et, si possible, un examen de la zone ano-génitale. Selon les circonstances, un test de grossesse peut être effectué, des maladies sexuellement transmissibles peuvent être recherchées et traitées en prévention. Le groupe de protection de l'enfant⁴ est ensuite mis au courant. (Lips, 2005, p. 8).

L'équipe hospitalière doit se réunir et prendre une décision ensemble afin de protéger l'enfant maltraité. Un médecin ne doit jamais décider seul du sort de l'enfant. Pour discuter du cas, l'équipe a la possibilité d'appeler le Service de l'Enfance et de la Jeunesse (SEJ) qui est à disposition pour clarifier la situation, échanger sur celle-ci, décider des mesures à prendre et les coordonner. Le CAN- Team⁵ peut aussi aider l'équipe car elle réunit des professionnels de différents domaines pour traiter des situations concrètes qui lui sont soumises et peut donner un avis concerté sur la meilleure façon d'intervenir. (Egger, 2011).

Si la décision de signaler aux autorités compétentes à été prise, le médecin doit prendre contact avec le Juge de Paix, qui pourra mandater le SEJ pour effectuer des mesures de protection de l'enfant ou diriger une enquête sur la

³ Service de l'enfance et de la jeunesse pour le canton de Fribourg

⁴ Service de l'enfance et de la jeunesse pour le canton de Fribourg

⁵ Child Abuse and Neglect Team: équipe de l'association GRIMABU qui aide les professionnels dans certaines situations difficiles et propose des moyens pour intervenir de façon adaptée

famille. Le signalement se fait par le supérieur hiérarchique pour protéger le soignant directement en contact avec l'enfant et éviter de rompre toute communication avec celui-ci ou sa famille. Dans une situation très grave, une procédure pénale peut démarrer (Egger, 2011).

4. Méthodologie

Le devis choisi pour effectuer ce travail est la revue étoffée de littérature. Celle-ci permet d'évaluer l'état actuel des connaissances sur le sujet de la maltraitance infantile et plus spécialement sur l'expérience vécue et les besoins des infirmières confrontées à celle-ci. Elle permettra à l'auteure d'approfondir ses connaissances sur ce sujet et d'évaluer les pratiques en vigueur à un instant donné, pour pouvoir faire ressortir quelques pistes intéressantes pour la pratique. De plus, la revue étoffée de littérature peut donner des idées pour de futures recherches sur le sujet. (Loiselle, 2007)

Afin d'effectuer cette revue étoffée de littérature et de chercher des articles pouvant aider à répondre à la question de recherche, plusieurs banques de données ont été utilisées. Celles-ci se nomment PubMed/Medline, BDSP et Cinhal. De plus, une autre technique de recherche a été utilisée : la recherche manuelle d'après la bibliographie d'autres articles intéressants sur le sujet de la maltraitance. La recherche a été faite d'après le titre des périodiques dans lesquels figuraient ces articles et ceci directement sur un site internet regroupant tous les journaux pour lesquels la Haute Ecole de Santé de Fribourg a des droits. Toutes ces recherches ont permis de mettre de côté le nombre d'articles nécessaires pour effectuer ce travail. La période de recherche s'est déroulée du mois d'avril 2010 au mois de mai 2011.

4.1 Critères de sélection

Afin de trouver des articles qui correspondaient à la question de recherche, les critères suivants ont été définis : les recherches doivent traiter des expériences ou des besoins des infirmières impliquées dans des cas de maltraitance infantile, elles doivent avoir été publiées au maximum 10 ans avant cette revue de littérature et être de langue française ou anglaise. La population cible doit contenir des infirmières ayant des contacts avec des enfants dans leur pratique.

4.2 Critères d'exclusion

Les articles sont exclus lorsqu'ils ont été publiés il y a plus de 10 ans ou sont de langue autre que l'anglais ou le français. Les recherches évoquant la maltraitance envers un autre groupe d'âge que les enfants entre 0 et 16 ans et celles qui contenaient des connaissances sur la maltraitance infantile de façon générale ont été exclues. Les articles sur les expériences des autres professionnels de la santé ou du travail social n'ont pas été retenus.

4.3 Stratégies de recherches

4.3.1 Stratégie 1

Base de données Pubmed: (("Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh])) AND "Child Abuse"[Mesh]

Résultats: 462 articles trouvés, 7 articles retenus

- Rowse, V. (2009). Support needs of children's nurses involved in child protection cases.
- Chen, L., Dunne, M., Fraser, J.A., Mathews, B. & Walsh, K. (2010) Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis
- Chen, W. & Glasser, S. (2006). Survey of Pediatric Hospital Staff Regarding Cases of Suspected Child Abuse and Neglect.
- Driessnack, M. & Eisbach, S. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses.
- Freeman, R. & Lazenblatt, A. (2005) Recognizing and reporting child physical abuse : a survey of primary healthcare professionals.
- Feng, J.-Y., Hsu, T.-W. & Jezewski, M.A. (2005). The meaning of Child Abuse for nurses in Taiwan.
- Feng, J.-Y. & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses'intention to report child abuse : a national survey of Taiwanese nurses.

4.3.2 Stratégie 2

Base de données Pubmed: (((("Child Abuse"[Mesh]) AND ("Child"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh])) AND "Emotions"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh]

Résultat: 7 articles trouvés, 1 article retenu

- Bredlöv, B., Tingberg, B. & Ygge B. (2008). Nurses'experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents.

4.3.3 Stratégie 3

Base de données Pubmed : (((("Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "Clinical Competence"[Mesh]) AND "Mandatory Reporting"[Mesh]) AND "Nursing Staff"[Mesh]

Résultat : 3 articles trouvés, 2 articles retenus

- Alamares, C., Grogg, D., Rainey, S.L., Smith, J.S. & Smith, K.R. (2008). Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals.
- Feng, J.-Y. & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses'intention to report child abuse : a national survey of Taiwanese nurses

4.3.4 Stratégie 4

Bibliographie de l'article « Support needs of children's nurses involved in child protection cases » :

Résultat : 1 article retenu

- Nayda, R. (2002) Influences on registered nurses decision making in cases of suspected child abuse.

4.3.5 Stratégie 5

Base de données Cinhal : mots clés : child abuse AND Nurse AND Mandatory reporting

Résultat : 4 articles trouvés dont 2 articles retenus :

- Chen, L., Dunne, M., Fraser, J.A., Mathews, B. & Walsh, K. (2010) Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis
- Rowse, V. (2009). Children's nurses' experiences of child protection : what helps ?

4.3.6 Stratégie 6

Base de données Pubmed : (("Child"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND "Child Abuse"[Mesh]) AND "Needs Assessment"[Mesh] avec comme limites les articles datant de moins de 10 ans et étant en anglais ou en français.

Résultat : 62 articles trouvés dont 1 article retenu

- Paavilainen, E., Paivi, A.K., Paunonen-Ilmonen, M. & Pekka, L. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education

5. Résultats

Après avoir lu, traduit, résumé les articles de recherche cités-ci-dessus et rempli des grilles d'analyse d'articles (cf. Annexe C), les résultats suivants ont pu être mis en évidence. Ces résultats illustrent l'expérience vécue des infirmières confrontées à des situations de maltraitance et mettent en lumière les besoins qui découlent de celle-ci.

Les résultats des 12 recherches ont été catégorisés en différents points :

- Difficultés dans la relation soignant / enfant et famille (n⁶=10)
- Peur des conséquences pour soi-même (n=9)
- Difficulté de prendre la décision d'agir pour le bien de l'enfant (n=7)
- Déception envers les services de protection de l'enfance (n=7)
- Difficulté d'identifier un cas de maltraitance infantile (n=6)
- Besoin de formation (n=9)
- Besoin de temps (n=7)
- Besoin de travailler en équipe multidisciplinaire (n=6)
- Besoin de soutien psychologique (n=5)
- Besoin de protocoles et lignes directrices (n=5)
- Besoin de protection (n=3)

5.1 L'expérience vécue des infirmières confrontées à des situations de maltraitance infantile

La façon dont les infirmières expérimentent leur implication dans un cas de maltraitance est importante car elle peut modifier la prise en charge et la qualité des soins. Les différentes facettes de l'expérience vécue des infirmières sont présentées ci-dessous.

5.1.1 Difficultés dans la relation soignant / enfant et famille (n=10)

Dans 5 études (Rowse, 2009 a ; Chen & Glasser, 2006 ; Nayda, 2002 ; Chen, Dunne, Fraser, Mathews & Walsh, 2009 ; Driessnack & Eisbach ; 2010), les infirmières ont avoué avoir peur d'augmenter le traumatisme de l'enfant ou

⁶ Nombre d'études qui évoquent ce thème sur 12

d'empirer la situation dans laquelle il se trouve. En effet, Rowse (2009a) affirme que les infirmières qui ont participé à son étude ont peur d'évoquer un fait qui pourrait résulter en une non-condamnation de l'auteur de la maltraitance ou en une augmentation du traumatisme psychique de l'enfant. Chen & Glasser rajoutent qu'elles ont peur de blesser l'enfant moralement (2006). La peur des conséquences pour l'enfant et sa famille est aussi citée par d'autres auteurs (Chen et al., 2006; Nayda, 2002). Par exemple, Nayda souligne la peur des infirmières d'arracher un enfant de sa famille. Enfin, dans une étude très récente (Driessnack & Eisbach, 2010), les infirmières ont exprimé une peur de stresser une famille déjà angoissée et d'augmenter ainsi la menace de maltraitance envers l'enfant à cause de leur action.

Vis-à-vis de la famille de l'enfant, les infirmières évoquent dans 3 recherches (Nayda, 2002 ; Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Driessnack & Eisbach, 2010) leur souci que la famille coupe ses liens avec elles et les services de santé et qu'ainsi la menace envers l'enfant augmente. En coupant ses liens avec le système, la famille est totalement hors de contrôle. Les infirmières de la recherche de Nayda (2002) ressentent parfois une pression pour maintenir ce lien avec la famille. En effet, selon cet auteur, les infirmières représentent pour certaines familles vivant dans des contrées éloignées leur seul lien avec le monde médical. Il serait donc dommage qu'elles perdent ce lien et perdent ainsi leur contrôle sur cette famille.

Comme émotions vis-à-vis de l'auteur de la maltraitance, les infirmières d'une étude (Bredlöv, Tingberg & Ygge, 2008) ont pu évoquer leur déception envers celui-ci lorsqu'elles l'avaient consolé et encouragé, fait preuve d'empathie envers lui et qu'elles s'apercevaient par la suite qu'il était l'auteur de la maltraitance. Elles ont aussi mis en évidence leur colère contre celui-ci (Rowse, 2009 b), leur dégoût et leur haine (Bredlöv et al. 2008). Malgré ces émotions négatives, elles essayaient quand même parfois de faire preuve d'empathie (Bredlöv et al., 2008 ; Rowse, 2009b).

La peur de commettre une erreur et d'identifier un cas de maltraitance qui n'en est pas un est mis en évidence par Nayda (2002), Freeman et Lazenblatt (2005) et Paavilainen, Paivi, Paunonen-Ilmonen & Pekka (2002). Dans 3 études

(Paavilainen et al, 2002 ; Nayda, 2002 ; Alamares, Grogg, Rainey, Smith, K & Smith, J. 2008), les infirmières rapportent qu'elles n'ont pas envie d'imposer leurs propres valeurs à la famille et de faire une intrusion dans leur vie privée. Elles sont parfois mal à l'aise dans la communication avec l'enfant et l'adulte (Chen & Glasser, 2006).

A cause des différentes peurs citées précédemment, les infirmières de l'étude de Nayda (2002) disent promettre des choses qu'elles n'arrivent pas à tenir, agissent parfois par elles-mêmes afin de retarder ou d'éviter un signalement et ses conséquences pour la famille. Cela est aussi démontré dans une autre étude (Driessnack & Eisbach, 2010) où certaines infirmières parlent d'intervenir elles-mêmes en épuisant tous les moyens de soutien et leurs ressources avant de signaler le cas au service de protection de l'enfant, tout en restant attentive à l'enfant.

5.1.2 Peur des conséquences pour soi-même (n=9)

Dans 7 recherches (Chen & Glasser, 2006 ; Driessnack & Eisbach, 2010 ; Nayda, 2002 ; Alamares et al., 2008 ; Feng, Hsu & Jezewski, 2005 ; Freeman et Lazenblatt, 2005 ; Bredlöv et al. 2008), les infirmières ont exprimé des craintes quant aux éventuelles représailles des auteurs de maltraitance infantile envers elles-mêmes. Par rapport à cette crainte, quelques infirmières de l'étude de Feng et al. (2005) ont évoqué le fait qu'elles ne faisaient pas confiance aux autorités pour qu'elles les protègent face aux auteurs de maltraitance. Dans les études de Nayda (2002) et Alamares et al. (2008), elles ont pu parler de leur crainte d'être identifiées en tant que personne qui a signalé le cas. Face à l'auteur de maltraitance, les infirmières de l'étude de Bredlöv et al. (2008) ont peur que leur incompréhension se voit sur leur visage ou que leur langage non-verbal montre ce qu'elles pensent de celui-ci.

Elles ont mis en évidence dans l'étude de Rowse qu'elles ont parfois peur de faire ou de dire quelque chose de faux et d'être jugée pour cela (2009 a). La crainte que quelqu'un dépose une plainte contre l'infirmière et l'implique ainsi au tribunal est citée dans 2 autres recherches (Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Alamares et al., 2008). Les infirmières interrogées dans l'étude de Rowse

rapportent qu'elles se sentent vulnérables, stressées et anxieuses lorsqu'elles doivent comparaître devant le juge (2009 a).

Dans une étude faite en Chine (Feng et al, 2005), des résultats différents sont ressortis. En effet, les infirmières de cette étude ont mentionné le fait qu'elles avaient peur d'aller à l'encontre de la tradition chinoise en signalant un cas de maltraitance aux autorités. En effet, selon cette tradition, la discipline stricte est un signe d'amour de la part des parents, elle fait partie de l'éducation d'un enfant. Elle représente une affaire familiale dont personne ne doit se mêler. Ces infirmières ont démontré des sentiments ambivalents face à cela : elles ont exprimé leur envie de protéger l'enfant des mauvais traitements, mais aussi le souhait de respecter leur culture et plus précisément de respecter les vœux de leurs parents. En effet, les infirmières de cette étude pensent que leurs parents leur en voudraient d'avoir signalé un cas de maltraitance et ainsi de s'être mêlés des affaires des autres.

La peur du jugement envers ses collègues est citée dans l'étude de Rowse (2009 b). Celle-ci met en évidence que les jeunes diplômées sont davantage enclines à ressentir cette crainte-là, du fait qu'elles doivent faire leurs preuves et qu'elles n'ont souvent pas de personne de confiance vers qui se tourner en cas de question.

Pour éviter les répercussions sur elles, les infirmières de l'étude de Freeman et Lazenblatt ont différentes techniques : premièrement, certaines infirmières utilisent le fait que le signalement est un acte obligatoire pour justifier leur décision. Deuxièmement, elles mettent en évidence leurs responsabilités légales ou le fait que le signalement est hors de leur contrôle (2005). Dans une autre recherche (Nayda, 2002), les infirmières ne semblent vraiment pas se sentir sécurisées par rapport à l'auteur de maltraitance puisqu'elles disent ne pas vouloir signaler un cas si leur sécurité n'est pas assurée.

Grâce aux résultats présentés jusqu'ici, nous avons pu voir que les infirmières des différents pays et cultures ont presque toutes des réactions de peur pour leur sécurité. Une infirmière figurant dans l'étude de Driessnack & Eisbach, (2010) exprime même du souci pour sa santé mentale dans sa vie future. En

effet, elle dit : « Si je signale quelqu'un, ils vont perdre leur enfant de façon permanente... puis-je vivre avec cela ? ».

5.1.3 Difficulté de prendre la décision d'agir pour le bien de l'enfant (n=7)

Le moment de la prise de décision afin d'avertir les supérieurs hiérarchiques ou les autorités est un moment très stressant et préoccupant pour les infirmières des études de Rowse (2009 a) et Nayda (2002). « Même si la plupart des soignants disent comprendre la nécessité d'identifier et signaler la maltraitance, des études récentes ont montré que les soignants et particulièrement les infirmières ne signalaient pas toujours leurs suspicions » (Driessnack & Eisbach, 2010). Cette affirmation est prouvée par des chiffres dans l'étude de Feng et Levine (2005) : 21% des infirmières ont avoué avoir suspecté un cas de maltraitance dans leur pratique mais ne l'ont pas signalé.

Le fait de ne pas avoir assez de preuves et de ne pas être sûres de leur décision pourrait pousser les infirmières à ne pas agir, selon Alamares et al. (2008). La culture influence aussi cette prise de décision. En effet, comme mentionné auparavant (Cf. point 5.1.2), à Taiwan, par exemple, s'immiscer dans des affaires familiales est très mal vu et de ce fait, certaines infirmières disent qu'elles hésitent à signaler pour cette raison (Feng et al. 2005).

La décision de signaler est plus ou moins facile selon les types de maltraitance. En effet, Nayda met en évidence que les infirmières ont plus de difficultés à signaler les cas de négligence et de maltraitance psychologique car elles pensent que les compétences parentales et les circonstances socio-économiques peuvent avoir une influence sur le comportement maltraitant (2002). Ces résultats se confirment dans une autre étude (Bredlöv et al. 2008) qui affirme que les infirmières sont plus tolérantes pour la maltraitance psychologique et la négligence car elles pensent que ces deux types de maltraitance sont dus à l'éducation des parents et qu'il serait difficile d' « intercepter le résultat d'un comportement intergénérationnel ».

Le manque d'expérience, de techniques d'entretien avec les parents et de protocoles sont cités comme des barrières au signalement de cas de maltraitance infantile dans l'étude de Freeman & Lazenblatt (2005).

La décision est plus difficile pour les infirmières de la recherche de Driessnack & Eisbach (2010) si les preuves ne sont pas évidentes ou si l'enfant révèle quelque chose qui paraît faux. Elle est par contre aidée par le fait que le signalement est un acte obligatoire aux yeux de la loi (Nayda, 2002).

Par rapport aux médecins, les infirmières d'une étude (Feng et al., 2005) pensent qu'ils ne réagissent pas assez vite et uniquement lorsque la situation est très grave. Selon la recherche de Nayda (2002), cela peut amener les infirmières à se sentir impuissantes, notamment si le médecin exprime son désaccord et ne signale pas le cas ou si elles n'arrivent pas à faire changer la situation d'un enfant.

La sévérité des blessures est un facteur qui motive les infirmières des recherches de Feng et al (2005) et Nayda (2002) à agir. En effet, si une blessure est très grave, elle sera plus vite prise en charge et prise au sérieux par les infirmières.

Les infirmières ressentent aussi d'autres émotions quant au signalement d'enfants maltraités. Selon Nayda (2002), elles ne sont pas enchantées lorsque d'autres professionnels capables de signaler les cas viennent vers elles pour leur transmettre le cas. Elles ont l'impression que ceux-ci leur « jettent la patate chaude ». De plus, selon ce même auteur, elles ont parfois le sentiment de trahir les familles qu'elles suivent depuis des années en signalant leur cas aux autorités.

Les infirmières de l'étude de Driessnack & Eisbach (2010) ont trouvé des solutions si elles ne sont pas sûres de leur décision : elles cherchent des informations supplémentaires tout en restant vigilantes envers l'enfant, elles donnent des informations aux parents pour qu'ils deviennent de meilleurs parents, elles leur trouvent des bons de réduction pour différents services afin de diminuer la pression qui règne à cause des circonstances économiques.

Elles cherchent parfois à agir par elles-mêmes en épuisant toutes leurs ressources (Nayda, 2002).

Dans l'étude de Feng & Levine (2005), il est écrit que la probabilité de signaler augmente si l'infirmière a des connaissances sur la maltraitance en général et sur la loi, si elle est positive par rapport à son devoir de signaler, si elle n'est pas d'accord avec la discipline physique, si elle est d'accord de punir l'auteur, si elle croit que les autres personnes pensent qu'il faut signaler.

5.1.4 Déception envers les services de protection de l'enfance (n=7)

Les infirmières des études de Driessnack et Eisbach (2010), Bredlöv et al. (2008), Nayda (2002), Chen et al. (2009), Feng et Levine (2005), Feng et al (2005) et Rowse (2009a) sont en général peu satisfaites des services de la protection de la jeunesse.

Les infirmières des études de Bredlöv et al. (2008) et Rowse (2009a) pensent qu'elles ne sont pas assez informées sur ce qui arrive à l'enfant entre leur signalement et le jugement de l'auteur de la maltraitance ; cela les perturbe. De plus, certaines infirmières interrogées dans l'étude de Nayda (2002) trouvent qu'il est difficile de recevoir une réponse rapide de ce service et pensent que celui-ci réagit presque uniquement lorsque les conséquences sont sévères. Lorsque le service n'agit pas en conséquence, les infirmières perdent confiance en ces services et cela peut influencer leur comportement pour les cas de maltraitance à venir (Nayda, 2002 ; Driessnack & Eisbach, 2010). Les infirmières de la recherche de Nayda ont mis en évidence qu'elles ressentaient un sentiment de trahison, de la colère et de la frustration envers ces services (2002), tandis que celles de la recherche de Driessnack & Eisbach ont perçu de l'indifférence de la part de ces services s'ils n'agissaient pas après leur signalement, et de la frustration (2010). A cause du fait qu'elles pensent que les services de protection de l'enfance n'agissent pas toujours de manière efficace, elles pensent aux répercussions pour l'enfant et ont peur que la famille quitte le système de santé après le signalement (Cf. point 5.1.1). Pour cela, les infirmières de la recherche de Nayda (2002) ont expliqué leur technique pour que le service agisse rapidement : elles sollicitent l'aide d'autres professionnels

et les encouragent à appeler les services de protection de l'enfance pour dire leurs préoccupations au sujet de cette famille.

Les infirmières de 5 recherches (Chen et al., 2009 ; Feng & Levine, 2005 ; Driessnack & Eisbach, 2010 ; Nayda, 2002 ; Feng et al. 2005) ont pu exprimer leur manque de confiance envers les services de protection de l'enfance. En effet, elles se questionnent sur leur réelle efficacité car elles pensent qu'ils sont surchargés (Nayda, 2002 ; Driessnack & Eisbach, 2010). Cela leur fait parfois repousser leur décision de signaler en agissant par elles-mêmes. Dans l'étude de Feng et al. (2005), les infirmières disent ne pas faire confiance à ces services « pour qu'ils soutiennent le meilleur intérêt pour l'enfant ».

5.1.5 Difficulté d'identifier un cas de maltraitance infantile (n=6)

L'identification d'un cas de maltraitance infantile n'est pas facile. En effet, 71% des infirmières participant à une étude (Paavilainen et al., 2002) pensent que celle-ci est une chose « relativement difficile » ou « difficile ». Selon une autre étude (Chen et al., 2009), les attitudes des infirmières n'influencent pas uniquement le comportement de signalement, mais aussi leur capacité à reconnaître la sévérité des cas. Elles peuvent avoir des attitudes défensives lors de l'identification qui pourraient les pousser à ne pas reconnaître la maltraitance (Nayda, 2002). Le comportement des parents ou de l'enfant semble aussi avoir une influence sur la détection. En effet, dans l'étude de Bredlöv et al., les infirmières disent que si les parents sont « gentils et doux », il est plus difficile de penser à une maltraitance (2008). De plus, l'enfant qui ne collabore pas avec l'infirmière rend la reconnaissance plus difficile pour les infirmières de la recherche de Chen & Glasser (2006). Par contre, le fait d'être parent rend l'identification de la maltraitance psychologique et la négligence plus facile pour certaines infirmières (Chen & al., 2009). Selon Nayda (2002), les types de maltraitance cités comme étant les plus difficiles à reconnaître sont la maltraitance psychologique et la négligence.

La culture peut aussi influencer l'identification de la maltraitance infantile. En effet, faire la différence entre maltraitance et éducation est un point difficile pour les infirmières de l'étude de Feng et al. (2005) car dans la tradition chinoise, la discipline est une vertu et « une façon de montrer son amour à son enfant »

selon une infirmière. Les parents sont donc plus enclins à être durs avec leur enfant pour lui montrer les bonnes manières. La limite entre l'éducation et la maltraitance peut être fine.

Pour certaines infirmières (Feng et al., 2005), il est difficile de faire la différence entre une blessure liée à une maltraitance et celle liée à un accident. Le manque de formation est lié à cette difficulté selon les infirmières de cette étude.

Quelques mots employés par les infirmières pour décrire leur expérience vécue

Pour résumer cette prise en charge de manière succincte, voici quelques mots cités par des infirmières : « difficile, atroce, horrible, horrifiant, triste, choquant, tragique, traumatisant » (Rowse, 2009 a), « solitude, vulnérabilité, abandon, frustration, colère, empathie » (Rowse, 2009 b). Cela montre l'impact profond qu'a ce genre de situations sur les infirmières impliquées dans les cas de maltraitance infantile.

En guise d'espoir pour les infirmières qui vont s'occuper de cas de maltraitance dans le futur, il est important de relever que, dans 2 études, il est écrit que la prise en charge apporte une satisfaction si l'enfant est bien suivi et protégé grâce à l'équipe soignante (Rowse, 2009 a ; Driessnack & Eisbach, 2010)

5.2 Les besoins des infirmières qui découlent de leur expérience vécue

Après s'être intéressés à l'expérience vécue des infirmières lorsqu'elles sont confrontées à des situations de maltraitance, il est important de se centrer sur les besoins qui découlent de cette expérience. Les divers besoins cités dans les recherches ont été catégorisés par thème ci-dessous.

5.2.1 Besoin de formation (n=9⁷)

Les infirmières de 9 études (Paavilainen et al., 2002 ; Feng et al., 2005 ; Driessnack & Eisbach, 2010 ; Rowse, 2009 a ; Freeman & Lazenblatt , 2005 ; Nayda, 2002 ; Chen et al. 2009 ; Chen & Glasser, 2006 ; Feng & Levine, 2005)

⁷ Nombre de recherches qui évoquent ce thème sur 12

expriment le besoin de formation sur la maltraitance infantile. Ce besoin semble être important. En effet, dans l'étude de Paavilainen et al. (2002), 73% des soignants interviewés disent avoir besoin de formation supplémentaire sur la maltraitance infantile. Ceux qui prétendaient ne pas en avoir besoin n'étaient jamais confrontés à la maltraitance infantile dans leur pratique ou allaient bientôt partir à la retraite. Cela montre un véritable besoin de la part de cette population. En outre, le manque de formation amène les infirmières de l'étude de Feng et al. (2005) à se sentir frustrées, et il représente un frein pour discuter des circonstances de maltraitance avec l'enfant et ses parents selon l'étude de Chen et Glasser (2006).

Selon Driessnack et Eisbach (2010) et Rowse (2009 a), les personnes qui ont pu bénéficier d'une formation sur le sujet mettent en évidence que la pratique n'est jamais autant claire que la théorie. Selon la recherche de Paavilainen et al. (2002), le besoin de formation est plus important chez les personnes qui ont déjà été impliquées dans des cas de maltraitance infantile dans leur pratique. Selon cet auteur, c'est donc une fois qu'on s'est occupé d'un enfant maltraité qu'on se rend compte de la difficulté de la prise en charge. Selon cette même étude, ceux qui ont déjà bénéficié d'une formation trouvent que celle-ci augmente la qualité des soins et estiment qu'elle augmente le taux de détection dans les situations compliquées. Elle aide également à savoir comment parler à l'enfant et aux parents et montre comment fonctionner comme membre d'une équipe multidisciplinaire de façon efficace. Dans l'étude de Rowse (2009 a), les infirmières mettent aussi en évidence la nécessité d'une formation en rajoutant que si elles comprennent les procédures mises en place, elles se sentent plus aptes à faire face et plus efficaces. Selon Freeman et Lazenblatt, la formation augmente la probabilité de signaler la négligence, bien que ce soit le type le plus difficile à identifier pour ces auteurs (2005).

Les infirmières des études de Feng et al., (2005), Freeman & Lazenblatt (2005), Paavilainen et al. (2002), Feng & Levine (2005) et Rowse (2009 a) ont affirmé avoir un besoin de formation sur les questions légales de la maltraitance. Elles ont exprimé des besoins de formation sur la loi concernant la maltraitance (Feng et al., 2005 ; Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Paavilainen et al., 2002), la responsabilité légale de signaler (Feng et al, 2005 ; Paavilainen et al., 2002) et

la définition légale de la maltraitance (Feng et al., 2005). Concernant les aspects juridiques, les infirmières interrogées dans l'étude de Rowse (2009 a) ont mis en évidence qu'elles avaient besoin d'informations sur le tribunal : « comment parler au juge ? comment s'habiller ? qui sera présent ? comment le procès va se dérouler ? » Elles ont rajouté que leur inquiétude serait diminuée si elles pouvaient aller observer un procès avant d'aller témoigner.

Les infirmières ont aussi exprimé des besoins autour de l'identification du cas de maltraitance. En effet, dans l'étude de Driessnack & Eisbach (2010), elles souhaitent une formation sur les signes et symptômes pour « juger de la véracité des explications sur les blessures de l'enfant ». Les types de maltraitance sont un point important à développer. En effet, les infirmières interrogées dans la recherche de Feng et al. (2005) n'ont jamais cité la négligence comme étant un type de maltraitance. Nayda (2002) souligne un besoin de formation en rajoutant que la maltraitance psychologique et la négligence sont les plus difficiles à détecter. Ces résultats se confirment dans une autre étude (Paavilainen et al., 2002) où les cours sur la maltraitance psychologique sont cités par 46% des professionnels comme étant les plus nécessaires. Il est important de savoir faire la différence entre un accident et une blessure liée à une maltraitance. Selon Freeman & Lazenblatt (2005), la reconnaissance d'une affection bénigne qui ne résulte pas d'une maltraitance est très importante pour la famille et l'enfant. Les infirmières interrogées dans la recherche de Driessnack et Eisbach (2010) pensent qu'il est important de recevoir des informations pour savoir détecter la maltraitance si la preuve est subjective et moins concrète.

Les infirmières de 3 études (Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Paavilainen et al., 2002 ; Chen et al. 2009) sollicitent également une formation sur les conséquences de la maltraitance, la gravité des dommages et les effets de celles-ci.

Dans leurs relations avec l'enfant et sa famille, les infirmières de l'étude de Feng et al (2005) aimeraient apprendre comment communiquer et prendre en charge les aspects psychologiques des enfants maltraités. Dans celle de

Paavilainen et al. (2002), elles aimeraient comprendre le fonctionnement d'une famille maltraitante et apprendre à gérer leurs émotions.

Les infirmières ne sont pas les seules à nécessiter de la formation. En effet, les infirmières de l'étude de Feng et al. (2005) pensent que les médecins n'ont pas les connaissances adéquates sur le sujet et qu'ils devraient eux-aussi suivre une formation. De plus, d'autres infirmières (Bredlöv et al. 2008) rajoutent que les parents devraient aussi suivre des cours pour comprendre les conséquences de la maltraitance.

5.2.2 Besoin de temps (n=7)

En tout, 7 recherches (Chen & Glasser, 2006 ; Driessnack & Eisbach, 2010 ; Alamares et al., 2008 ; Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Paavilainen et al. 2002 ; Feng et al., 2005) évoquent le besoin de temps. Dans la recherche de Driessnack & Eisbach (2010), il est mentionné que les soignants ont besoin de temps pour évaluer la situation familiale, les compétences parentales, le niveau de stress dans la famille et les ressources des parents. Le manque de temps est parfois cité comme une raison pour ne pas signaler les cas (Chen & Glasser, 2006 ; Alamares et al., 2008 ; Freeman & Lazenblatt, 2005). Il semble en outre plus difficile pour les soignants d'identifier un cas s'ils sont surchargés (Paavilainen et al., 2002 ; Feng et al., 2005). Selon Rowse (2009 a), les infirmières manquent aussi de temps pour lire le protocole (s'il y en a un) et l'appliquer.

5.2.3 Besoin de travailler en équipe multidisciplinaire (n=6)

Travailler en équipe signifie avoir du soutien dans la situation, pouvoir demander de l'aide et ne pas être seul dans une situation difficile. Le besoin de travailler avec différents professionnels autour d'une même situation est cité à 6 reprises par les infirmières (Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Feng et al., 2005 ; Rowse, 2009a ; Nayda, 2002 ; Rowse, 2009 b ; Paavilainen et al. 2002). En effet, dans l'étude de Freeman et Lazenblatt, la majorité des participants désire suivre des ateliers multidisciplinaires. De plus, l'étude de Rowse (2009a) indique qu'une infirmière spécialisée dans le domaine de la maltraitance et rattachée à l'hôpital serait nécessaire dans une équipe confrontée à ce genre

de situations. Elle pourrait aider à guider la procédure, donner des informations concrètes, accompagner l'infirmière aux colloques et au tribunal. Selon les infirmières de cette étude, l'infirmière spécialisée devrait être mise au courant d'une situation de maltraitance par le chef de l'unité, puis devrait contacter l'infirmière responsable de l'enfant directement. Les infirmières qui ont déjà pu bénéficier d'un tel appui se sont senties moins vulnérables et plus préparées. Elles ont par contre ressenti de la colère contre l'infirmière spécialisée si celle-ci ne s'impliquait pas dans la situation (Rowse, 2009 a).

Le travail en équipe multidisciplinaire est décrit comme étant une aide pour les infirmières. Selon certaines (Rowse, 2009 b), il diminuerait le sentiment de solitude, d'abandon et de vulnérabilité et serait utile lors de situations où le médecin et l'infirmière ne sont pas du même avis. Il comblerait le besoin de confirmation envers d'autres professionnels, car il apporte du soutien et rappelle le cadre juridique (Nayda, 2002).

Nayda souligne dans sa discussion qu'il serait bien d'encourager la collaboration entre les différents acteurs d'une prise en charge si difficile (2002).

5.2.4 Besoin de soutien psychologique (n=5)

Le soutien a aussi une part importante dans le vécu des infirmières impliquées dans des cas de maltraitance infantile. Le besoin de soutien est ressorti dans 5 études (Feng & Levine, 2005 ; Bredlöv et al., 2008 ; Rowse, 2009 a ; Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Feng et al. 2005). Les infirmières trouvent important d'avoir du soutien de la part d'autres personnes, que ce soit de manière formelle ou non. Ce soutien doit provenir de personnes de confiance, connues des infirmières du service (Feng & Levine, 2005 ; Bredlöv et al., 2008 ; Rowse, 2009 a). Selon Rowse (2009 a), les jeunes diplômées se présentent dans ce cas comme des personnes plus vulnérables car elles ne connaissent pas encore leurs collègues et peuvent se sentir seules. Il est important pour elles que le chef du service ne les oublie pas et veille à ce qu'elles aient quelqu'un vers qui se tourner (Rowse, 2009 a). Les infirmières des études de Freeman & Lazenblatt (2005) et Feng et al. (2005) réclament davantage de soutien de la part des supérieurs hiérarchiques et des infirmières spécialisées dans la protection de l'enfance, ainsi que des médecins.

Des infirmières ont fait une proposition pour aider ceux qui sont impliqués dans des cas de maltraitance infantile. Elles proposent de faire une liste avec des personnes qui veulent partager leurs expériences et donner des conseils aux autres (Rowse, 2009 a). Les infirmières de la recherche de Feng et al. (2005) rajoutent que partager ses expériences est vraiment important pour aider les autres.

5.2.5 Besoin de protocoles et lignes directrices (n=5)

Le manque de protocoles ou de lignes directrices est un point important à développer pour les infirmières. En effet, ce manque est examiné dans 5 études (Bredlöv et al., 2008 ; Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Nayda, 2002 ; Paavilainen et al., 2002 ; Feng et al., 2005). Par exemple, les infirmières de la recherche de Feng et al. (2005) mettent en évidence le fait qu'elles n'ont pas de protocole sur lequel se baser. Dans celles de Freeman & Lazenblatt (2005) et Bredlöv et al. (2008), ce manque est cité comme un facteur qui rend le signalement de cas de maltraitance plus difficile. Nayda (2002) relève la nécessité pour les infirmières d'avoir une ligne directrice sur laquelle se baser et Paavilainen et al., rajoutent que les infirmières ont besoin de protocoles précis (2002).

5.2.6 Besoin de protection (n=3)

Dans l'étude de Freeman et Lazenblatt (2005), les infirmières expriment tout d'abord leur peur de l'hostilité des parents, puis affirment avoir un besoin essentiel de pouvoir garder l'anonymat. Certaines infirmières affirment avoir un manque de confiance envers le système légal en ce qui concerne leur protection par rapport à la famille de l'enfant maltraité (Feng et al., 2005) et d'autres disent ne pas vouloir signaler si leur sécurité n'est pas assurée (Nayda, 2002). Cela montre un réel besoin de protection pour ces infirmières.

6. Discussion

Dans ce chapitre, la qualité méthodologique des articles de recherche va être discutée. Puis, les résultats des différents articles analysés seront mis en lien avec mes cadres de référence. Ensuite, la réponse à la question de recherche sera donnée et les limites de l'étude seront évoquées.

Pour rappel, ma question de recherche est la suivante :

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins auprès des enfants victimes de maltraitance et de leur famille et en visant une satisfaction des infirmières au travail, quelle est l'expérience vécue de ces dernières dans des situations de maltraitance infantile et quels sont les besoins qui découlent de l'expérience vécue par les infirmières ?

6.1 Analyse et critique des recherches sélectionnées

Pour élaborer cette revue de littérature, 14 recherches ont été analysées. Cependant, après l'analyse des résultats, 2 études ont été écartées car elles ne correspondaient pas entièrement à la question de recherche ou aux critères d'inclusion précédemment cités. Toutes les études choisies ont été écrites entre 2002 et 2010, ce qui signifie qu'elles sont toutes récentes. Ceci a permis d'avoir un aperçu de l'expérience vécue actuelle des infirmières impliquées dans des cas de maltraitance infantile et de déterminer leurs besoins réels quant à cette prise en charge.

Les recherches choisies viennent de différents pays du monde. En effet, elles ont été effectuées dans 4 continents différents (5x en Europe, 3x en Amérique, 3x en Asie et 2x en Océanie). Elles représentent ainsi un large éventail de l'expérience vécue des infirmières des différents pays et cultures et mettent en évidence leurs besoins quel que soient les endroits où elles vivent. Cependant, pour avoir un aperçu réel de l'expérience vécue et des besoins des infirmières en Suisse, il aurait été intéressant de trouver une étude faite dans ce pays. Malheureusement aucune n'a été trouvée dans les bases de données. Cependant, il semble que 9 études sur 12 aient été faites en Europe ou dans des pays ayant une culture assez similaire à la nôtre : Australie et Etats-Unis.

Grâce à ceci, l'expérience vécue et les besoins qui ont été ressortis des articles de recherches semblent être assez représentatifs de l'expérience vécue des infirmières travaillant en Suisse.

Au total, 3307 infirmières ont été impliquées dans les recherches utilisées pour cette revue de littérature. La majorité, c'est-à-dire 2666 infirmières, travaillaient dans des services de pédiatrie. Les 641 autres infirmières travaillaient dans des endroits non-spécifiés. Dans certaines études (Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Chen & Glasser, 2006 ; Paavilainen et al., 2002 ; Rowse, 2009a), d'autres professionnels étaient inclus dans les échantillons. Ces personnes étaient des médecins, des sages-femmes, des dentistes ou des travailleurs sociaux. Cependant, ceux-ci ne représentent que 9% de l'échantillon choisi pour élaborer cette revue de littérature.

Sur les douze études sélectionnées, dix comprennent un devis qualitatif. Ce devis permet d'explorer l'expérience, les attitudes et les comportements des individus par des entrevues ou des discussions de groupes (Sanchez, A., s.d). Il semble donc être approprié à ma question de recherche.

Deux études sont de type quantitatif, mais elles sont tout de même intéressantes pour ce travail : celle de Chen et Glasser (2006) et celle de Chen et al. (2009). La première décrit les connaissances du personnel au sujet de la politique de l'hôpital en matière de maltraitance infantile, leurs attitudes et leur volonté d'agir dans des cas suspects de maltraitance. Des statistiques ont été faites avec les réponses des participants. La deuxième étudie le comportement des infirmières face au signalement de la maltraitance et le met en relation avec certaines caractéristiques des infirmières, leur formation et leurs connaissances. Malgré le fait que les résultats de ces deux recherches contenaient beaucoup de chiffres, ils contenaient aussi les attitudes et le comportement des soignants face à la maltraitance infantile. Ils ont donc été utiles pour ressortir quelques aspects de l'expérience vécue des infirmières et des besoins qui découlent de cette expérience.

Plus de la moitié des recherches étaient approuvées par des comités éthiques ou avaient le consentement des associations d'infirmières. Les autres mentionnaient que les participants avaient été informés de l'étude oralement ou

par écrit et avaient donné leur consentement et/ou que les données avaient été traitées de manière anonyme et confidentielle. Ils répondent donc tous en partie ou entièrement aux recommandations éthiques des recherches.

Les études correspondaient toutes aux critères de validité d'une recherche. C'est-à-dire qu'ils contenaient tous le nom des auteurs, l'année de publication, un résumé, une partie méthodologie, des résultats, une discussion, donnaient presque tous des pistes pour la pratique ou pour des recherches futures.

Les auteurs des études choisies font souvent référence à d'autres études retenues pour ce travail dans leur recension des écrits. Il semble donc que les recherches prises en compte dans cette revue de littérature soient pertinentes et intéressantes pour les chercheurs dans ce domaine.

6.2 Discussion des résultats

Différents résultats sont ressortis de l'analyse des articles. L'expérience vécue des infirmières aux différents moments de la prise en charge et leur rapport avec les diverses personnes impliquées dans la situation a pu être mis en évidence. Elle va maintenant être mise en lien avec les besoins cités également dans les recherches. Quelques liens avec les aspects théoriques figurant dans la première partie du travail pourront être faits.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient de donner quelques pistes pour la pratique afin de viser une meilleure qualité des soins et une satisfaction des infirmières au travail. C'est pourquoi les résultats de cette revue de littérature vont notamment être mis en lien avec la théorie de la qualité des soins et celle de la satisfaction. Des pistes pour la pratique seront apportées dans ce chapitre également.

Difficultés dans la relation soignant/enfant et famille

La peur d'augmenter le traumatisme de l'enfant en faisant une erreur de diagnostic ou en le blessant moralement et la peur d'empirer sa situation en rompant les liens de confiance avec la famille sont beaucoup ressortis dans ce point. Cette expérience vécue peut être liée au besoin de formation et au

besoin d'un travail multidisciplinaire. En effet, peut-être que si l'infirmière est bien formée et entourée par différents collaborateurs, elle se sentira plus à même d'identifier un cas de manière correcte et aura moins peur de faire une erreur lorsqu'elle sera aidée.

La théorie de Legrand me paraît être la plus appropriée pour faire le lien avec le besoin de formation. En effet, dans cette théorie, il est indiqué que l'être humain a besoin de s'adapter aux événements, de se réaliser dans ses activités et de se surpasser. Au travail, l'infirmière qui manque de formation ressentira ses limites pour pratiquer son métier. Grâce à une formation, elle pourra repousser ses limites et se surpasser.

La théorie de Maslow, par contre, est bien adaptée pour évoquer le besoin de travail multidisciplinaire. Celui-ci fait référence au besoin d'appartenance. En effet, l'infirmière, en collaborant avec un groupe de professionnels autour d'une même situation, fait partie intégrante d'un ensemble de personnes où chacun occupe une place définie et précise. Elle ne sera pas seule à décider et se sera moins vulnérable.

Pour répondre aux besoins des infirmières concernant cette expérience vécue, il serait donc important de favoriser un travail multidisciplinaire lors d'un cas de maltraitance infantile puisqu'il diminuerait le sentiment de solitude, d'abandon et de vulnérabilité des infirmières (Rowse, 2009 a). D'autre part, il comblerait le besoin de confirmation envers d'autres professionnels et apporterait du soutien (Nayda, 2002). La formation devrait quant à elle être améliorée. Elle devrait surtout, dans ce cas, évoquer les signes et symptômes possibles de la maltraitance infantile et faire la différence entre une blessure accidentelle et une blessure liée à une maltraitance. Pour éviter de rompre le lien de confiance avec l'enfant et sa famille, il serait judicieux de savoir s'exprimer de façon appropriée. Cela éviterait les réactions fortes de la part de la famille (Bredlöv et al., 2008). Il faudrait aussi attribuer la responsabilité de signaler au supérieur hiérarchique car ainsi, l'infirmière qui s'occupe de l'enfant aurait plus de chances de garder le lien avec la famille (Egger, C. 2011) (Cf. point 3.7).

Peur des conséquences pour soi-même

La peur des infirmières concernant les répercussions possibles du signalement sur elles-mêmes est apparue souvent. Les infirmières ont par exemple peur que l'auteur de maltraitance se venge sur elles, peur que leur famille soit en colère contre elles ou que l'équipe infirmière les juge de manière négative. Ces émotions peuvent être mises en lien avec le besoin de protection et le besoin de soutien.

Le besoin de protection rappelle le besoin de sécurité de la théorie de Maslow. Le besoin de sécurité, qui est un besoin primaire selon ce psychologue, est nécessaire à l'être humain. En effet, l'être humain nécessite de la sécurité dans ses relations et dans le milieu physique (Kozier et al., 2005, p.261). Nous pouvons supposer que l'infirmière ressent ce besoin car elle a peur pour ses relations futures avec sa famille et pour sa sécurité physique.

Le besoin de soutien psychologique qui est ressorti des résultats de cette revue de littérature peut être lié au besoin d'estime de la théorie de Maslow. Celui-ci comprend le besoin d'être reconnu (dans son travail par exemple) et le besoin d'être respecté par ses congénères (Kozier et al., 2005, p.261). Si l'infirmière se sent reconnue et respectée dans cette prise en charge difficile, elle se sentira plus apte à continuer et n'aura plus peur du jugement des autres par exemple. L'étude de Estry-Béhar (2008) sur la satisfaction des soignants au travail met d'ailleurs en lumière le fait que, pour être satisfaits, les soignants auraient besoin d'un soutien psychologique face à la charge émotionnelle, aux questions éthiques, à la violence, au stress, etc. (p.36). Grâce à ce soutien, l'infirmière a donc plus de chances d'être satisfaite de son travail.

Pour combler les besoins qui découlent des différentes peurs citées ci-dessus, il serait bien que l'infirmière s'occupant de l'enfant ne soit pas celle qui signe le rapport de signalement, mais qu'un supérieur hiérarchique le fasse à sa place (Egger, C., 2011). Cela lui permettrait effectivement de garder l'anonymat si les parents veulent consulter le dossier et d'être ainsi protégée. La peur du jugement des autres pourrait être diminuée grâce à une bonne entente entre différents membres de l'équipe, à un soutien mutuel et à une bonne ambiance au sein du groupe. Même s'il peut parfois être dur de favoriser cela, le ou la

cheffe du service devrait avoir un rôle de régulateur de tensions et devrait favoriser les échanges et le respect entre les différents membres de son équipe pour éviter qu'un sentiment de malaise s'installe. Feng et al. (2003) indiquent que partager ses expériences est important pour aider les autres à gérer de telles situations. Pour cela, certaines infirmières de l'étude de Rowse (2009 a) ont proposé d'établir une liste comprenant le nom des infirmières qui ont déjà pris en charge un enfant maltraité dans leur pratique et qui sont d'accord de partager leurs expériences. Ainsi, celui qui a besoin d'aide n'a pas peur d'être jugé par ses collègues et peut prendre en charge l'enfant de manière adéquate en suivant les conseils de ses pairs. Cette liste permettrait donc aux infirmières n'ayant pas ou peu d'expérience d'être conseillées et soutenues. Estry-Béhar souligne par ailleurs que l'équipe et les collègues sont les plus importantes sources de soutien (2008, p.62).

Difficulté de prendre la décision d'agir pour le bien de l'enfant

Les résultats des différentes études indiquent que le moment de la décision de signaler est un moment difficile pour les infirmières. Elles mettent en évidence leur incertitude quant à leurs suspicions, leur difficulté à signaler certains types de maltraitance, leur manque de protocoles, de temps, d'expérience et de techniques d'entretien et, enfin, leur mécontentement face au comportement des médecins. Ces difficultés et manques peuvent être liés au besoin de formation, de temps et au besoin de protocoles.

On peut supposer que le fait de pouvoir se baser sur des protocoles et sur des connaissances solides pour prendre en charge un enfant maltraité représente une certaine sécurité pour les infirmières. En effet, celles-ci auraient un document et des connaissances fiables pour les guider et auraient ainsi moins d'interrogations sur le déroulement de la prise en charge. Le besoin de sécurité de la théorie de Maslow peut à nouveau être mis en évidence. En ayant un protocole pour guider leurs actions ainsi que des connaissances pointues sur la maltraitance infantile, les infirmières ont un fil conducteur qui les empêche de partir dans une fausse direction, comme un alpiniste qui a un solide câble auquel s'attacher pour ne pas tomber dans le vide. On peut supposer que cela représente une certaine sécurité pour elles dans une prise en charge si difficile.

Selon Estry-Béhar, pour que les infirmières soient satisfaites, il faut qu'elles aient la possibilité de faire une formation interne afin d' « éviter les incertitudes quant à la qualité des soins qu'elles dispensent » (2008, p.34). La formation des infirmières est très importante parce qu'elle influence la qualité des soins selon Hesbeen (1998, p.60).

Le fait que la maltraitance infantile n'est pas toujours signalée soulève des questions quant à la qualité des soins. En effet, comme il a été indiqué dans la première partie de ce travail, la qualité est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un « ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites » (cité par Lecllet et Vilcot, 1999, p. 55). Les besoins des enfants, si nous reprenons la théorie de Maslow sur les besoins humains, comprennent le besoin de sécurité. En effet, dans une situation de maltraitance, l'enfant est en souffrance dans ses relations avec l'auteur de la maltraitance. Pourtant, le besoin de sécurité dans les relations est l'un des premiers besoins à combler selon ce psychologue. De plus, le besoin d'amour et d'appartenance est important pour l'enfant. Celui-ci doit en effet recevoir de l'affection de la part des personnes qui l'entourent pour se sentir bien. Dans une situation de maltraitance, on peut supposer que l'enfant ne reçoit pas toute l'affection dont il a besoin dans une situation où il est frappé, insulté, abusé ou négligé. L'infirmière, pour répondre à ces deux besoins, et ainsi répondre aux normes de qualité des soins, doit agir pour l'enfant et engager une procédure de signalement.

La difficulté de signaler des cas de maltraitance infantile peut démontrer un besoin de protocoles, un besoin de temps et de formation sur ce thème. Pour combler ces besoins, il serait important que chaque institution propose un programme de formation obligatoire pour toutes les infirmières en contact avec des enfants dans leur pratique. En effet, Paavilainen et al. (2002) mettent en évidence que lorsque les infirmières se sont occupées d'enfants maltraités dans leur pratique, elles sont davantage conscientes de leur besoin de formation (Cf. point 5.2.1). Si la formation est facultative, il est donc possible que les infirmières qui n'ont jamais été confrontées à ce type de situation pensent ne pas en avoir besoin et de ce fait, n'y participent pas. Selon les infirmières, la formation devrait contenir des techniques d'interview, des explications sur leur

devoir de signaler, sur la définition légale de la maltraitance infantile et sur la loi ayant attrait à leurs responsabilités. Grâce à une formation, elles comprendraient ainsi ce qu'est une maltraitance au niveau de la loi et comprendraient que signaler un cas de maltraitance fait partie de leurs responsabilités. Des protocoles précis et complets devraient être élaborés pour chaque institution et devraient être expliqués aux infirmières durant la formation. Ainsi, lorsque l'infirmière a besoin du protocole, elle le connaît déjà et perd moins de temps à le lire et le comprendre.

Le temps est en effet nécessaire pour les infirmières dans la prise en charge d'un enfant maltraité. Pour donner plus de temps aux infirmières confrontées à ce genre de situations, il serait bien que l'équipe prenne en compte ce besoin et fasse en sorte que l'infirmière responsable de l'enfant ait moins d'enfants à sa charge afin de se centrer sur cette prise en charge. Cependant, cette proposition n'est pas toujours applicable dans la pratique. Il est important de donner du temps aux infirmières car « la densification de l'activité et l'importance de la charge de travail amènent les soignants à se sentir insatisfaits de la qualité des soins qu'ils dispensent » (Estry-Béhar, 2008, p.34).

Déception envers les services de protection de l'enfance

Les infirmières dénotent un manque d'informations de la part des services de protection, pensent qu'il est difficile de recevoir rapidement une réponse de ceux-ci, et mettent en lumière leur manque de confiance envers ces services. Le besoin de travailler en équipe multidisciplinaire peut ici être lié à cette expérience. Même si les services de protection de l'enfance ne font pas partie de l'équipe des soins, il semble important qu'une bonne collaboration existe entre les deux services. Si la collaboration n'est pas bonne, certaines infirmières s'épuisent à agir par elles-mêmes pour le bien de l'enfant, en utilisant toutes leurs ressources (Nayda, 2002; Driessnack & Eisbach, 2010). Selon Freeman et Lazenblatt (2005), avoir des liens avec les différents organismes autour de l'enfant aiderait à réduire l'incompréhension et les sentiments négatifs, aiderait au partage d'information et favoriserait une meilleure communication. Pour collaborer de manière efficace, la division du

travail entre les différents intervenants devrait être précise et les rôles des différentes personnes devraient être clairs (Paavilainen et al., 2002).

Une collaboration interdisciplinaire est indispensable pour donner des soins de qualité. En effet, selon Marietti-Ros (2004), « Une démarche qualité interdisciplinaire est requise pour assurer la sécurité des soins, associer les patients plus étroitement à leur prise en charge, asseoir les pratiques médicales sur des données scientifiques reconnues et maîtriser les coûts de la santé. »

Ainsi, pour atteindre une certaine qualité, il serait intéressant de favoriser une telle collaboration entre les services de protection de l'enfance et les services de soins, en organisant par exemple des colloques. Comme la réponse tardive des services de protection de l'enfance est due à une surcharge de travail selon les infirmières, il serait intéressant que ces services bénéficient de plus de personnel.

Difficulté d'identifier un cas de maltraitance infantile :

Les infirmières sont perturbées par l'attitude des parents ou de l'enfant lorsqu'elles suspectent un cas de maltraitance. Elles ont parfois des attitudes défensives qui les empêchent de reconnaître la maltraitance. Elles ont aussi des difficultés à différencier la maltraitance de l'éducation. Il n'est pas facile pour elles de faire la différence entre une blessure accidentelle et une blessure liée à de la maltraitance. Le besoin de formation est lié à cette expérience.

On peut supposer que le besoin de sécurité de la théorie de Maslow peut aussi être employé ici pour justifier le besoin de formation. Grâce à des cours sur l'identification de la maltraitance, les infirmières pourraient se sentir plus armées et plus sûres d'elles lorsqu'elles doivent s'occuper d'un enfant dont on suspecte une maltraitance. Elles auraient peut-être moins peur de commettre une erreur et d'être poursuivie pour cela ou de causer du tort à l'enfant.

Afin d'aider les infirmières lors de l'identification, il serait intéressant de proposer une formation contenant les signes et symptômes précis d'une maltraitance, et les différencier selon les 4 types de maltraitance identifiés dans le chapitre 3.1. En effet, les signes et symptômes ne sont pas les mêmes quand on parle de maltraitance physique, psychologique, de négligence ou d'abus

sexuel. Des précisions sur la maltraitance psychologique et la négligence sont nécessaires car, pour rappel, ces deux types sont cités comme étant les plus difficiles à identifier selon Nayda (2002). Des informations sur la différence entre les blessures accidentelles et celles liées à la maltraitance sont nécessaires. La gestion des émotions devrait aussi figurer dans la formation pour les infirmières (Paavilainen et al. 2002). On peut supposer qu'il est important d'avertir les infirmières que des attitudes défensives peuvent apparaître durant leur prise en charge. Les programmes de formation devraient inclure des informations sur les impacts de la protection de l'enfance sur les soignants (Rowse, 2009 b). Savoir que de telles difficultés sont normales et avoir conscience de ces difficultés aidera peut-être certains à les surmonter.

Pertinence des résultats :

Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude de 2008 (Child Abuse Reporting Experience Survey, cité par Driessnack et Eisbach, 2010) décrivant les facteurs qui poussent les médecins à ne pas signaler les cas suspects de maltraitance infantile. L'étude met en lumière ces résultats : une incertitude sur les signes et symptômes de la maltraitance infantile, une frustration envers la réponse des services de la protection de l'enfance, un manque de temps pour l'évaluation et le diagnostic, une peur de rompre la relation avec l'enfant et sa famille, une croyance qu'ils fournissent de meilleurs soins que ceux procurés par les services de protection de l'enfance.

D'autres résultats publiés dans l'étude de Sundell (1997) sur les directeurs de différentes écoles maternelles mettent en évidence la même expérience vécue concernant les cas de maltraitance. En effet, ceux-ci n'étaient souvent pas assez sûrs de leur décision pour signaler, essayaient de fournir de l'aide par eux-mêmes avant de signaler. Avoir eu une expérience négative avec les services de protection de la jeunesse a également une répercussion sur ces professionnels : ils ont tendance à moins signaler les cas suivants. Un manque de retours sur la situation des enfants est un point qui irrite aussi les directeurs. Un manque de formation sur la procédure de signalement et sur les signes et symptômes est aussi indiqué.

Après ces affirmations, nous pouvons supposer que les résultats mis en évidence dans cette revue de littérature pourraient être en partie transférés à d'autres contextes, où les professionnels travaillent avec des enfants (médecins, travailleurs sociaux, personnel des crèches, enseignants, etc.). L'expérience vécue des différents professionnels et des infirmières pourraient se ressembler.

Au sujet des infirmières, une étude affirme que les expériences vécues de celles-ci ne diffèrent pas d'un service à l'autre. En effet, Driessnack & Eisbach (2010) affirment que les expériences des infirmières travaillant dans des services différents (pédopsychiatrie, pédiatrie et école) seraient les mêmes.

6.3 Réponse à la question

Les résultats ressortis de l'analyse des 12 recherches ont permis de mettre en évidence l'expérience vécue des infirmières confrontées à des cas de maltraitance infantile dans leur pratique et de déterminer les besoins qui découlent de cette expérience. Les infirmières ont pu dévoiler leurs expériences et indiquer ce dont elles avaient besoin pour être satisfaites de leur prise en charge.

Différentes sortes d'expériences vécues ont été identifiées : des difficultés dans la relation soignant/enfant et famille, une peur des conséquences pour soi-même, une difficulté de prendre la décision d'agir pour le bien de l'enfant, une déception envers les services de protection de la jeunesse, une difficulté d'identifier un cas de maltraitance infantile. Ces résultats ont tous été exposés au chapitre 5.1.

Suite aux différentes sortes d'expériences vécues mises en évidence, 6 besoins principaux ont pu être mis en lumière : le besoin de formation, le besoin de temps, le besoin de travailler en équipe multidisciplinaire, le besoin de soutien psychologique, le besoin de protocoles et de lignes directrices, et finalement, le besoin de protection. Ces résultats sont présentés au chapitre 5.2.

Enfin, la réponse à la question « *Dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins auprès des enfants victimes de maltraitance et de leur*

famille et en visant une satisfaction des infirmières au travail, quelle est l'expérience vécue de ces dernières dans des situations de maltraitance infantile et quels sont les besoins qui découlent de l'expérience vécue par les infirmières ? » a pu être donnée.

6.4 Limites de l'étude

Les articles analysés proviennent de pays et de continents différents, mais aucun n'a été écrit en Suisse. De ce fait, il n'est pas possible de vérifier si l'expérience vécue des infirmières confrontées à des situations de maltraitance infantile en Suisse est la même que dans les recherches trouvées. Il est uniquement possible de supposer que certaines composantes de ce vécu se retrouvent aussi chez les infirmières suisses, car dans les recherches analysées, les résultats sont parfois identiques d'un pays à l'autre.

La deuxième limite de cette étude est que cette revue de littérature était une première expérience pour l'auteure et que, malgré un souci du respect des critères méthodologiques, il est possible que certaines erreurs se soient glissées dans ce travail.

Enfin, une étude retenue pour l'élaboration de ce travail traite des facteurs qui empêchent les infirmières de signaler des cas de violence domestique. Malgré le fait que la violence domestique n'entre pas dans la définition de la maltraitance infantile, il a été choisi de retenir cet article car « selon certaines études, 30 à 60% des violences envers la femme s'accompagnent de violences envers l'enfant » (Marc, 2004, p.11). De plus, l'auteur qui a rédigé cette étude affirme que plus de la moitié des personnes qui maltraitent leur partenaire maltraitent aussi leurs enfants (Alamares et al. 2008). Les expériences vécues qui ont pu être ressorties sont presque toutes identiques à celles des autres études.

7. Conclusion

7.1 Implications et recommandations pour les soins

A partir de ce qui a été mis en évidence dans la discussion, des pistes d'action peuvent être regroupées dans ce chapitre. Ce qui suit n'est pas exhaustif, cependant cela permet de donner un aperçu des modifications ou des changements qui devraient être faits pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des infirmières au travail.

Tout d'abord, il est important de se pencher sur la formation des infirmières travaillant dans des services accueillant des enfants. La formation devrait être obligatoire et contenir différentes informations sur les questions légales au sujet de la maltraitance infantile (Feng et al., 2005 ; Freeman & Lazenblatt, 2005 ; Paavilainen et al., 2002 ; Feng et Levine, 2005 ; Rowse 2009a). La formation doit être une aide pour identifier les signes et symptômes de la maltraitance, particulièrement lorsque ceux-ci ne sont pas évidents (Driessnack & Eisbach, 2010). Elle doit aider à différencier les différents types de maltraitance, en particulier la maltraitance psychologique et la négligence. Elle doit contenir des informations sur la gestion des émotions, comment s'exprimer face à l'enfant et à ses parents (Feng et al., 2005) en faisant par exemple des jeux de rôle. La formation devrait mettre en évidence la réelle difficulté de la prise en charge, avec toutes les émotions et sentiments que cela fait ressortir. Ainsi les soignants seraient davantage préparés à affronter de telles situations et pourraient être réconfortés par le fait que beaucoup de soignants ressentent la même chose.

L'institution ou le service devrait élaborer un protocole précis et complet sur lequel se baser dans des situations de maltraitance. L'idéal serait que les infirmières reçoivent des informations sur ce protocole durant leur formation. Ainsi elles ne perdraient pas de temps à le comprendre et le lire dans les détails au moment où elles sont déjà stressées par la prise en charge de l'enfant.

Il est important de favoriser le travail multidisciplinaire dans l'équipe et de favoriser la collaboration avec les services de protection de l'enfance, par

exemple en organisant des colloques. Pour une bonne collaboration, Paavilainen et al. (2002) rajoutent que la division du travail entre les intervenants devrait être précisée en mettant en évidence le rôle exact de chacun. Avoir une infirmière de référence au sujet de la maltraitance infantile dans l'hôpital pourrait aider et soulager l'équipe (Nayda, 2002). Elle pourrait en effet répondre aux questions des infirmières, les soutenir psychologiquement et leur faire gagner du temps.

Les services de protection de l'enfance devraient s'organiser pour répondre aux demandes des services de soins, par exemple en ayant plus de personnel, en informant les infirmières de ce qui va arriver à l'enfant, en réagissant plus rapidement.

Les chefs de services devraient être attentifs aux nouvelles diplômées et leur fournir le soutien dont elles ont besoin (Rowse, 2009a). De plus, ils devraient essayer de régler les conflits et faire régner une bonne ambiance dans leur équipe, afin que les membres de celle-ci aient une certaine cohésion. Cela favoriserait le soutien entre les membres. Cependant, il n'est pas toujours possible d'avoir une influence sur ces éléments.

Le temps à disposition pour prendre en charge un enfant maltraité est précieux. Idéalement, l'équipe infirmière devrait prendre en compte cette remarque et s'organiser afin d'alléger la charge de travail de l'infirmière responsable de l'enfant. Certains membres de l'équipe s'étant déjà occupés d'un enfant maltraité auraient aussi un rôle de soutien à jouer en se proposant pour partager leurs expériences avec les novices dans ce domaine.

Concernant le besoin de protection, il semble qu'il serait intéressant de pouvoir protéger l'identité de celui ou celle qui signale le cas aux autorités. De plus, il serait important que l'infirmière sache s'exprimer de manière correcte afin de ne pas déclencher la haine de l'auteur de la maltraitance par des mots inappropriés (Bredlöv et al. 2008).

7.2 Besoins en recherches ultérieures

Aucune recherche sur l'expérience vécue des infirmières n'a été élaborée en Suisse. Il serait bien de connaître les expériences des infirmières suisses quant à la prise en charge d'un enfant maltraité, car même si certains articles utilisés ont été élaborés dans des pays ayant une culture similaire à la nôtre, certains résultats peuvent différer. Il serait donc intéressant qu'une infirmière impliquée dans la recherche se penche sur l'expérience vécue des infirmières travaillant en Suisse.

Le besoin de formation est cité pratiquement dans toutes les études. On peut se poser la question si une formation serait vraiment un besoin pour elles, si cela changerait réellement leur expérience dans la prise en charge. Il serait intéressant de réaliser une étude auprès des infirmières qui mentionnent un besoin de formation, de leur proposer une formation complète sur tous les éléments ressortis dans cette revue de littérature et de faire une étude sur leurs expériences quelques années après cette formation afin d'évaluer si elles sont effectivement plus à l'aise.

Les infirmières qui demandent un protocole pour la prise en charge et le signalement des enfants maltraités sont assez nombreuses. Il serait intéressant d'évaluer si un bon protocole les aiderait à se sentir plus soutenues et moins stressées. De même, si elles avaient à disposition un protocole complet et clair, on peut se poser la question si elles agiraient réellement selon celui-ci.

Dans cette revue de littérature, les besoins des infirmières ont été soulignés. Qu'en est-il du besoin de l'enfant hospitalisé pour maltraitance ? Quels sont les besoins des parents dans ce type de situations ? La mise en évidence de ceux-ci pourrait aider les infirmières dans leur prise en charge et améliorer la qualité des soins.

7.3 Points forts et point faibles du travail

Pour commencer, je vais évoquer les points que j'améliorerais si je recommençais un tel travail. Je pense que je m'organiserais différemment et chercherais mes articles de scientifiques plus tôt. Je prendrais plus de temps

pour traduire ces articles et compléter les grilles d'analyse de manière plus précise et structurée. J'évitais ainsi de perdre du temps à relire certaines parties des recherches en anglais pour trouver quelques détails que je n'avais pas relevés dans les grilles.

Les articles de recherches retenus pour cette revue de littérature sont tous en anglais. Etant de langue maternelle française, il aurait été possible qu'en traduisant seule les articles de recherche je me lance dans de fausses interprétations. Pour limiter le risque de traduire de façon incorrecte certaines phrases et d'avoir des résultats incorrects dans ma revue de littérature, j'ai cherché une personne pour m'aider dans cette tâche. Une connaissance a accepté de m'aider à traduire les passages qui me posaient problème. Ainsi, je pense avoir effectué un travail qui se base sur des résultats corrects.

J'ai eu envie d'évoquer le thème de la maltraitance car quelques mois avant de commencer ce Bachelor Thesis, une connaissance infirmière avait découvert des traces de coup sur un enfant en dehors de sa pratique, mais ne l'avait pas signalé car elle connaissait ses parents. J'ai eu de la peine à comprendre sa décision et cela m'a donné envie de me pencher sur l'expérience des infirmières qui vivent une situation pareille à l'hôpital. En effet, j'ai comme projet professionnel de travailler dans un service de pédiatrie et je risque d'être moi-aussi confrontée à des situations de maltraitance infantile dans ma pratique. En explorant l'expérience vécue des infirmières, je pourrais être consciente des difficultés et pourrais agir pour les éviter. Actuellement, j'ai acquis de nombreuses connaissances sur le sujet de la maltraitance infantile et me sentirais plus préparée à faire face à une telle situation. Je comprends les raisons pour lesquelles il est difficile de signaler un cas de maltraitance et j'ai quelques pistes en tête qui pourraient m'aider à surmonter ces difficultés.

Comprendre ce que vivent les infirmières confrontées à ces situations est aussi nécessaire pour les infirmières et les chefs de service, car ils pourront aussi agir pour éviter ou diminuer ces difficultés. Les chefs de service pourront s'inspirer de quelques pistes pour améliorer la satisfaction des infirmières et la qualité des soins dans leur service.

Pour me lancer dans ce travail de longue haleine, il m'a fallu beaucoup de courage. Cependant, actuellement j'ai l'impression que ce travail m'a aidé à évoluer, m'a appris à être plus persévérante et plus organisée. Il m'a permis de réfléchir en profondeur à une question qui pose problème dans la pratique. Cette réflexion est essentielle pour ma pratique, puisque je vais travailler dans un domaine qui évolue beaucoup, où les pratiques doivent souvent être réévaluées.

8. Bibliographie

8.1 Ouvrages

Amar, B & Guéguen J.-P. (2007). *Soins infirmiers : concepts et théories, démarche de soins*. Paris : Masson.

Camdessus, B. & Kiener, M.C. (1993). *L'enfance violentée*. Paris : ESF.

Daron, R. & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France.

Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes : Presses de l'école des Hautes Etudes en Santé Publique.

Formarier, M. & Jovic L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil.

Groupe de travail Enfance Maltraitée. (1992). *Enfance maltraitée en Suisse*. Berne : Office central fédéral des imprimés et du matériel.

Hesbeen, W. (1998). *La qualité du soin infirmier – penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Masson.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2005) *Soins infirmiers: théorie et pratique*. Québec : ERPI.

Lecllet, H. & Vilcot, C. (1999). *Qualité en santé 150 questions pour agir*. Paris : AFNOR.

Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en science infirmière, approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.

Marc, B. (2004) *Maltraitements et violences*. Paris : Masson.

Parret, C. & Iguenane, J. (2001). *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*. Paris : Dunod.

Rey, C., Bader-Meunier, B. & Epelbaum, C. (2001) *Maltraitance à enfants et adolescents*. Paris : Collection conduites.

8.2 Pages internet

Brazelton, T.B & Greenspan S.I (s.d). *Les besoins de l'enfant*. [Page Web]. Accès : <http://www.lenfantdabord.org/lenfant-dabord/les-besoins-de-lenfant/>. [Page consultée le 26 mai 2011].

Champagnat, J.-C. (2011) *La maltraitance en France*. [Page Web]. Accès : http://www.droitsenfant.com/tablo_maltraitance.htm. [Page consultée le 13 avril 2011].

Collin, C. (1998). *La notion d'expérience humaine*. [Page Web]. Accès : <http://www.cvm.qc.ca/encephi/contenu/articles/experience.htm> [Page consultée le 7 juin 2011].

Confédération Suisse (2011a). *Education*. [Page Web] Accès : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/210/a302.html>. [Page consultée le 21 mai 2011].

Confédération Suisse (2011b). *Protection des enfants et des jeunes*. [Page Web]. Accès : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/a11.html> [Page consultée le 21 mai 2011].

Confédération Suisse (2011c). *Protection des enfants et des jeunes*. [Page Web]. Accès : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/2/210.fr.pdf> [Page consultée le 24 mai 2011].

Frappat, P. (2004). *Maltraitance à enfants*. [Page WEB]. Accès : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/santpub/37/lecon37.htm#>. [Page consultée le 6 mai 2011].

Hofner, M.-C., Ammann, Y, Bregnard, D. (2001) *Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud*. [Page Web] Accès : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Saphir/RDS/2001/060/60.pdf?647WX-0470X-7KG14-91G1Q-G3366>) [Page consultée le 8 mai 2010].

Jos, J. (2001). *Enfants maltraités*. [Page Web]. Accès : <http://www.votre-enfant.com/wiki/extensions/medias/storage/maltraitance.pdf> [Page consultée le 10 mai 2011].

Lattion, S. & Sandini, S. (2002). La procédure de placement de l'enfant maltraité. [Page Web]. Accès : <http://tecfa.unige.ch/perso/staf/lattion/Papiers/Placement.pdf> [Page consultée le 10 mai 2011].

Larousse. (2008). *Satisfaction*. [Page Web]. Accès : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>. [Page consultée le 3 juin 2011].

Lips, U. (2011). *Maltraitance infantile – protection de l'enfant*. [Page Web]. Accès : http://kinderschutz.ch/cmsn/files/110317_GuideMaltraitanceInfantileProtectionEnfant_1_1.pdf. [Page consultée le 6 mai 2011].

Mansiaux, M. (s.d). *Un siècle au service des enfants en Lorraine*. [Page Web]. Accès : <http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Manciaux1.htm> [Page consultée le 9 juin 2011].

Observatoire de la maltraitance envers les enfants (2009) *Vivre avec l'incertitude*. [Page Web] Accès : <http://www.unil.ch/ome/page31078.html> [Page consultée le 10 mai 2010].

Observatoire de la maltraitance envers les enfants (s.d). *Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions du 23 mars 2007*. [Page Web] Accès : <http://www.unil.ch/ome/page34299.html> [Page consultée le 24 mai 2011].

OMS (2010). La maltraitance des enfants. [Page Web]. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/index.html>. [Page consultée le 20 mai 2011]

Rapport mondial sur la violence et la santé (s.d) *La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs*. [Page WEB]. Accès :

(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap3fr.pdf) [Page consultée le 6 mai 2011].

Sanchez, A (s.d) *La différence entre la recherche qualitative et quantitative*. [Page Web] Accès : <http://e-articles.info/t/i/295/l/fr/> [Page consultée le 16 mai 2011].

Semioscope (2005) *La pyramide de Maslow*. [Page Web] Accès: http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8 [Page consultée le 16 juin 2011].

The United Nation Children's Fund [UNICEF]. (2009). Convention relative aux droits des enfants. [Page Web]. Accès : <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>. [Page consulté le 22 juin 2011].

Volpe, R, (2011). Enfants maltraités. [Page Web]. Accès: <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=f1ARTf0001576>. [Page consultée le 10 mai 2011].

8.3 Documents non publiés :

Egger, C. *Votre demande au Grimabu*. (2011, 8 juin) [Courrier électronique à Lauranne Blanc], [en ligne]. blancl@hotmail.fr

Lips, U. (2005). *Recommandations pour les activités liées à la protection de l'enfant dans les hôpitaux pédiatriques*. Fribourg : Hôpital Cantonal.

8.4 Articles :

Alamares, C., Grogg, D., Rainey, S.L., Smith, J.S. & Smith, K.R. (2008). Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *Journal of Trauma Nursing*, 15, 9-11.

Bredlöv, B., Tingberg, B. & Ygge B. (2008). Nurses'experience in clinical encounters with children experiencing abuseh and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2718- 2724.

- Chen, L., Dunne, M., Fraser, J.A., Mathews, B. & Walsh, K. (2010) Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 146-153.
- Chen, W. & Glasser, S. (2006). Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. *Israel Medical Association Journal*, 8 (3), 179-183.
- Driessnack, M. & Eisbach, S. (2010). Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the Reporting of child maltreatment by nurses. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 15, 317-323.
- Feng, J.-Y. & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse : a national survey of Taiwanese nurses. *Child abuse & Neglect*, 29, 783-795.
- Feng, J.-Y., Hsu, T.-W. & Jezewski, M.A. (2005). The meaning of Child Abuse for nurses in Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*, 16, 142-149.
- Freeman, R. & Lazenblatt, A. (2005) Recognizing and reporting child physical abuse : a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 227-236.
- Nayda, R. (2002). Influences on registered nurses' decision-making in cases of suspected child abuse. *Child Abuse Review*, 11, 168-178.
- Paavilainen, E., Paivi, A.K., Paunonen-Ilmonen, M. & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of advanced nursing* 37(6), 551-557.
- Rey, H. & Rinaldi Baud, I. (2000) Violence et accessibilité aux soins : vulnérabilités et ressources des soignants. *Revue médicale Suisse*, 684.
- Rowse, V. (2009a). Support needs of children's nurses involved in child protection cases. *Journal of Nursing Management*, 17, 659-666.
- Rowse, V. (2009b). Children's nurses' experiences of child protection : what helps ? *Child Abuse Review*, 18, 168-180.

Sundell, K. (1997). Child-care personnel's failure to report child maltreatment : some swedish evidence. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 93-105.

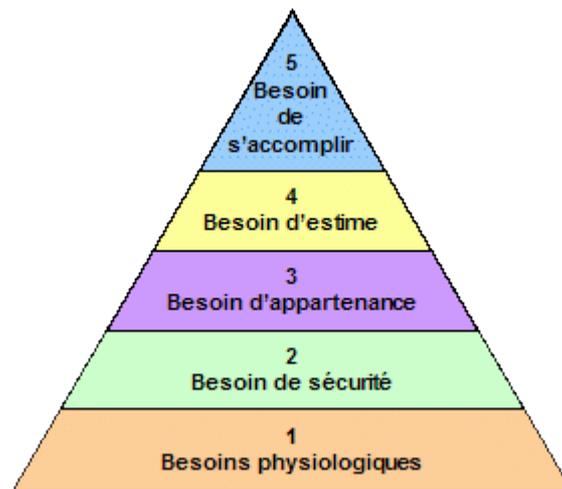
9. Annexes

9.1 Annexe A: Déclaration d'authenticité

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

Lauranne Blanc

9.2 Annexe B : Illustration de la pyramide des besoins selon Maslow



(Source : Semioscope (2005) La pyramide de Maslow. [Page Web] Accès: http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8 [Page consultée le 16 juin 2011])

9.3 Annexe C : Grilles d'analyse des recherches

9.3.1 Nurses'experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents

Titre de l'article	Nurses'experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents
Auteurs	Björn Tingberg, Britt Bredlöv and Britt-Marie Ygge
Journal	Journal of Clinical Nursing
Année de publication	2008
Pays	Suède
Buts et question de recherche hypothèses	<p>Il n'y a pas de doute que la participation dans le processus de protection de l'enfance est stressante. Cependant, très peu de littérature a examiné les perceptions des infirmières impliquées dans des cas de maltraitance.</p> <p>Identifier les expériences des infirmières dans les soins cliniques d'enfants qui souffrent de maltraitance. Evaluer comment les infirmières restent professionnelles spécialement quand l'auteur présumé est le parent.</p>
Cadres de référence, concepts	<p>Maltraitance : il est vraiment difficile d'estimer la proportion d'enfants victimes de maltraitance dans un service d'urgence. Il y a rarement des témoins et les parents qui avouent les faits sont rares. Il est plus facile pour les infirmières et les autres spécialistes des soins en pédiatrie de faire le diagnostic de traumatisme accidentel.</p> <p>Mécanisme de défense : souvent développés par les professionnels, cela les rend incapables d'identifier la maltraitance.</p> <p>Emotions : peuvent beaucoup affecter les infirmières, reconnaître leur vulnérabilité est un élément clé. Doivent faire face à leur colère et celle des autres.</p> <p>Stress : participation au processus de protection de l'enfant est stressante, cependant il y a un manque de littérature qui s'intéresse les perceptions des infirmières en rencontrant un enfant maltraité.</p>
Population/échantillon	11 infirmières qui ont participé aux soins d'un enfant maltraité et de ses parents, dans hôpital pour enfants avec un centre d'urgences à Stockholm. Infirmières interrogées travaillent dans le service d'urgence. 1 homme et 10 femmes,

	cela est représentatif du ratio hommes-femmes dans l'hôpital.
Type d'étude ou devis	Étude qualitative
Aspects éthiques	Approuvé par un comité éthique, confidentialité respectée, les participants sont volontaires.
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Interview semi-structurées, de 30 à 45 min, enregistrées et retranscrites. Les participants ont reçu des infos écrites et verbales sur l'étude. Confidentiel. Les interviewers avaient de l'expérience dans les soins aux enfants. Les thèmes principaux évoqués ont été mis en évidence
résultats	<p>3 grands thèmes sont ressortis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les émotions ambivalentes des infirmières quand un parent est suspecté auteur des maltraitances : relation entre l'auteur présumé et l'infirmière : sentiments de haine et en même temps empathie pour les circonstances familiales, reconnaissance du besoin de consolation du présumé auteur. Ressentir quelque chose de fort et en même temps agir comme si on ne ressentait rien est un vrai challenge pour les infirmières. Quelques infirmières ont dit qu'elles n'avaient pas été assez préparées pour ce groupe de patient. Disent même avoir de la peine à rentrer dans la chambre quand elles n'y sont pas obligées. Elles ont peur que l'incompréhension se voit et que le langage non verbal révèle ce qu'on pense de l'auteur. Elles trouvent cela difficile. Un manque de formation est souvent cité comme raison pour laquelle l'équipe n'est pas capable de juger correctement la véracité des explications des parents sur les blessures de leur enfant. Souvent les infirmières se sentent déçues par le parent car elles l'ont consolé et elles s'aperçoivent après que c'est l'auteur de la maltraitance. - le professionnalisme des infirmières : les infirmières ont eu des difficultés à répondre aux parents de manière professionnelle. C'est important pour elles de se focaliser sur l'enfant. Difficultés dans leur rôle conflictuel de « faire la police » et soigner. Difficile de rester professionnelle dans les rencontres avec les parents, par contre avec l'enfant, les infirmières n'ont pas exprimé de difficulté. Difficile de parler aux parents comme aux autres parents. Elles ont ressenti des difficultés de ressentir de la compassion pour l'auteur de maltraitance, ne se sentent pas à l'aise avec lui. Pour elles, il est important de s'exprimer de façon appropriée car cela peut engendrer de fortes réactions de la part de la famille. - le besoin des infirmières d'interventions thérapeutiques et de debriefing (éducation et formation) : besoin de support psychologique, même informel. Parfois il serait bien d'avoir du soutien plus formel par des professionnels. Des infirmières ont avoué s'être inquiétées pendant des mois de ne pas savoir ce qu'il était arrivé à l'enfant. Tous les professionnels de la santé ont l'obligation de signaler les cas de maltraitance. Elles sont toutes conscientes de cette responsabilité, mais elles ont des difficultés pour juger la situation. Toutes ont dit qu'il n'y avait pas besoin que la maltraitance soit prouvée pour la signaler. Le manque de protocoles est une

	<p>raison qui explique que la maltraitance n'est pas toujours signalée. Si les parents sont agréables et doux, il est plus difficile de suspecter un cas (selon les infirmières). Il faut faire attention à ne pas se baser sur leur aspect, sur leur classe sociale, etc. Il serait bien de former les parents pour qu'ils comprennent ce qu'ils font. Important de savoir que font les autorités dans ce genre de situations, ce qui va se passer après l'hospitalisation. Le manque d'infos de la part des services de protection de l'enfance est perturbant. Pas une seule infirmière ne pense que son unité a un bon protocole. Une formation plus cohérente et soutenue a été demandée par les infirmières.</p>
discussion	<p>Les infirmières ont donc des difficultés dans les rencontres avec les parents qui sont suspectés auteurs de maltraitance. Elles ressentent des problèmes pour faire face à leurs sentiments. La principale tâche citée par les infirmières était de prendre soin de l'enfant maltraité. Les infirmières doivent communiquer clairement avec les parents sur leur obligation de signaler le cas et ne doivent pas juger les parents.</p> <p>Suggestions citées par infirmières : connaître la maltraitance en général et ce qu'il se passe pendant une investigation. Selon ces infirmières, les parents ont aussi besoin d'éducation, surtout sur les conséquences de la maltraitance sur les enfants. Les jeunes parents devraient être informés en post-partum, par exemple sur le syndrome du bébé secoué. Il est important de prévenir les maltraitements, identifier les familles à risque. Il est bien de soutenir les parents et leur faire se sentir satisfaits et confiants que de les faire se sentir frustré et incapables de gérer un enfant. Les infirmières sont en première position pour reconnaître rapidement les signes de maltraitance et les familles à risque et doivent, en collaboration avec d'autres services, prévenir la maltraitance. Besoin de protocoles et lignes directrices pour signaler un cas. Les infirmières ont des difficultés à suspecter une maltraitance si le parent paraît gentil et doux. Elles sont souvent déçues par le parent. Les infirmières sont avantagées pour faire le diagnostic de maltraitance car elles sont souvent avec l'enfant. Cependant, avec cet avantage, il y a aussi la responsabilité qui va avec.</p> <p>Limites de l'étude : n'est pas généralisable, intéressant de savoir pourquoi certaines infirmières impliquées dans des situations de maltraitance n'ont pas voulu participer : est-ce que c'est parce qu'elles se sentaient honteuses de leurs interactions avec les parents, ou est ce qu'elles n'ont éprouvé aucune difficulté ?</p>
conclusion	<p>Trois choses importantes pour prodiguer des soins professionnels : formation, suivi et expérience. Est-ce que les infirmières se sentiraient plus soutenues et sûres si elles utilisaient un protocole ? est-ce qu'elles agiraient selon le protocole ? (ouverture pour d'autres recherches)</p>

9.3.2 Support needs of children's nurses involved in child protection cases

Titre de l'article	<i>Support needs of children's nurses involved in child protection cases</i>
Auteurs	Vicki Rowse
Journal	Journal of Nursing Management 17
Année de publication	2009
Pays	Angleterre
Buts et question de recherche hypothèses	<p>On a conscience qu'il y a une augmentation de l'anxiété chez les infirmières s'occupant de cas de maltraitance. De plus s'occuper d'enfants dans de telles circonstances a un impact sur l'équipe, peut avoir des effets à long terme sur la vie professionnelle et personnelle du soignant.</p> <p>Identifier les infirmières et sages-femmes travaillant en pédiatrie qui ont été impliquées dans des cas de protection de l'enfance, explorer leurs opinions et sentiments sur cette expérience, découvrir leurs besoins. Proposer des développements ou changements dans le soutien et la formation des infirmières</p> <p>But : interpréter les expériences des participants et comprendre comment leurs expériences les a affectées pour suggérer ensuite des mesures de soutien pour le futur.</p>
Cadres de référence, concepts	Le stress d'après Selye, syndrome général d'adaptation Stratégies de coping de Lazarus et Folkmann, évitement, isolement, émotions, effets sur vie privée et professionnelle, impacts sur l'équipe
Population/échantillon	13 infirmières et 2 sages-femmes qui ont eu affaire à des situations de maltraitance infantile avérées et diagnostiquées par le médecin. Elles travaillaient depuis 10 à 35 ans comme diplômées.
Type d'étude ou devis	Approche phénoménologique, qualitative
Aspects éthiques	Approuvé par un comité éthique (NHS Research Ethics Committee) + lettre de conformité reçue par the Trust Data Protection Officer. Consentement éclairé par les participants
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Interviews semi-structurées, tapées, retranscrites puis analysées. 18 personnes connues pour avoir été impliquées dans des mesures de protection de l'enfance « invitées » à participer par lettre. 15 personnes intéressées. Informées oralement et de façon écrite sur l'étude. Ont donné leur consentement éclairé. Les participants pouvaient choisir le lieu

	<p>de l'interview. Toutes les participantes ont choisi de faire l'interview sur leur lieu de travail. Les interviews étaient semi-structurées et chaque participant était enregistré pour que le chercheur puisse se concentrer sur ce qui était dit. Tout ce qui a été retranscrit a été donné aux participants pour qu'ils puissent contrôler et valider. Chaque participant était identifié par un numéro.</p> <p>Chaque ligne du dialogue a été numérotée. Ce qui a été retranscrit a été analysé par thème.</p>
résultats	<p>3 participantes ont parlé de cas qui se sont passés très tôt dans leur carrière (10 ans et 30 ans auparavant) ce qui indique que les affects de la maltraitance infantile peuvent être profonds.</p> <p>Ce qui était clair dans les réponses des participantes était que l'implication dans la protection de l'enfance a un impact important. Les mots utilisés pour décrire leurs expériences étaient : difficile, atroce, horrible, triste, horrifiant, choquant, tragique et traumatisant.</p> <p>L'aspect positif était de voir des enfants qui avaient bien été pris en charge et sentir que le fait d'être impliqué dans la protection de l'enfance les a aidés à protéger d'autres enfants.</p> <p>Le haut taux de réponse indique qu'il y a des expériences et émotions concernant la protection de l'enfance que les participants veulent partager. Le soutien psychologique doit provenir d'une personne connue, digne de confiance.</p> <p>Les résultats ne font que confirmer ce que l'étude de Brandon et al (2005) disait, c'est-à-dire que l'information et la consultation d'expert sont importantes dans la bonne gestion de la protection de l'enfance et aident à prendre une décision.</p> <p>Il est mis en évidence que lorsqu'on comprend pourquoi certaines procédures sont mises en place, cela aide le participant à faire face et l'aide aussi à se sentir efficace pour l'enfant. Un participant a dit qu'il n'avait pas besoin de soutien après une mort suspecte, mais lorsqu'il a dû comparaître devant le juge pour témoigner, il s'est senti vulnérable, seul.</p> <p>Au début d'un cas de maltraitance infantile, il a été dit que c'était vraiment stressant d'essayer de gérer l'enfant, la famille et la procédure.</p> <p>Les participants étaient au courant des procédures et savaient où la trouver mais il y a un fossé entre la théorie et la pratique. Chaque cas est différent et au début, on n'a pas le temps de relire toute la procédure et se rappeler de tous les points.</p> <p>Il serait intéressant de travailler avec une infirmière spécialisée dans ce domaine. Un participant dit que grâce à une infirmière spécialisée, il a bien été informé sur ce qui allait se passer avec la police, ce qu'ils allaient faire et comment, que dire et que noter. Un autre a eu un cas similaire mais sans infirmière spécialisée, et il s'est senti beaucoup plus vulnérable. En tant qu'infirmières, elles avaient peur de faire ou dire quelque chose de faux pour lesquels elles pourraient être jugées ou qui pourrait résulter en une libération de l'auteur de la maltraitance. Tous les participants ont dit qu'ils avaient besoin de quelqu'un de confiance pour avoir des informations justes et les guider tout au long de la procédure.</p> <p>Les nouveaux diplômés ou les nouveaux collaborateurs se sentent particulièrement vulnérables quand ils ne savent pas à qui demander de l'aide. Leur demande d'aide est influencée par le fait qu'ils pensent qu'ils vont être jugés. Quand l'équipe toute entière est impliquée, les individus se sentent moins seuls (s'ils se sentent en sécurité dans l'équipe</p>

	<p>uniquement). Les participants ont trouvé difficile de faire des colloques sur le cas de maltraitance, se sentaient vulnérables et pas préparés. Presque tous ont dit qu'ils n'avaient aucune idée de ce qui était attendu d'eux et ne réalisaient pas qu'ils devaient faire des commentaires sur les interactions entre l'enfant et les parents. Les participants ont dit que l'infirmière de référence devrait savoir qu'un colloque a lieu et devrait les contacter pour contrôler qu'ils aient bien compris ce qui allait se passer et les préparer.</p> <p>Participer à des jugements au tribunal comme témoin est quelque chose de très stressant et anxiogène. Il y a une attente de soutien partagée entre l'infirmière de référence et les personnes qui soutiennent les témoins au tribunal habituellement. il serait bien qu'ils aillent observer une fois ce qu'est un procès pour mieux comprendre et être un peu moins inquiet. 11 participants sont allés témoigner au tribunal pour des meurtres ou blessures très graves d'enfants. Faire une déclaration à la police était difficile et perturbant. Ils auraient été moins stressés s'ils avaient su avant comment l'interview allait être conduite. Les infirmières ne se sentent pas soutenues par les médecins. De la frustration a été citée en lien avec les rapports aux services de protection de la jeunesse. Les participants se sentent trahis et en colère si le CPS n'agit pas en conséquence après leur rapport. Les infirmières se sentaient soutenues par la police car elle donnait des informations et guidait l'infirmière. cependant elles ne se sentaient pas soutenues lors du procès par les policiers. Étaient frustrées car les cas prenaient beaucoup de temps pour être jugés et se demandaient ce qu'il se passait durant la période entre le signalement et le jugement. Ne savaient pas si elles pouvaient parler à quelqu'un de ce cas, ce qui stoppait leur demande d'aide et de support. Étaient inquiètes d'écrire quelque chose dans le rapport qui serait mal compris et qui prolongerait leur implication dans le cas et augmenterait le traumatisme pour l'enfant et la famille. bcp disent de apparaître au tribunal est une expérience redoutable. Savoir comment parler au juge, comment s'habiller, qui sera au tribunal et savoir ce qu'il va se passer est vital pour les participants. Ce qui pourrait réduire leur stress serait de voir une fois un cas un tribunal avant d'y aller soit même. Ce qui a perturbé les participants était que chaque mot dit durant le procès était écrit. Ils auraient voulu être informés de cela.</p> <p>Tous les participants auraient voulu plus de support de la part d'une personne bien informée, avaient parfois peur de déranger leur chef car savaient qu'il était bien occupé.</p>
discussion	<p>Implication pour la profession d'infirmière : Les résultats ne peuvent être généralisés, mais on peut faire quelques transferts.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'équipe a besoin de soutien, en particulier les nouveaux diplômés. On reçoit une grande partie du soutien par les collègues en qui on a confiance et qu'on connaît bien. Les chefs doivent être attentifs à cela pour les nouveaux diplômés qui n'ont peut-être pas cette chance et s'assurer qu'ils vont être soutenus. - Les équipes ne sont pas préparées à être présentes à des colloques sur le cas de maltraitance. ils ne se sentent pas capables de remplir leur rôle ils doivent être bien informés de leur rôle, le but du colloque et de qui va être présent. Une information écrite répondrait aux attentes de certaines personnes. De l'information sur le tribunal seraient aussi nécessaire. Il serait bien que les infirmières puissent voir un procès - Il serait bien de faire une liste avec les personnes qui veulent partager leurs expériences avec d'autres collègues (expérience sur colloques et procès). Ainsi ils pourront savoir à qui s'adresser et demander de l'aide et cela va réduire la probabilité que les personnes ne demandent pas d'aide par peur du ridicule.

	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe attend de l'infirmière spécialisée qu'elle sache qu'ils sont impliqués dans un cas de maltraitance infantile, et qu'elle leur offre soutien et conseils, même si c'est un moment après le cas. Le chef d'équipe doit donc informer l'infirmière de référence si un collègue est impliqué dans un cas. - Avoir des liens avec les différents organismes qui sont impliqués dans une situation réduit l'incompréhension et les sentiments négatifs. Cela aide au partage d'informations et à la communication - Le programme de formation devrait contenir des informations sur les procédures en cas de procès ou colloques - Enfin, il serait bien de reparler de cas du passé car l'étude a démontré qu'il y avait un impact durable sur les personnes impliquées dans de tels cas.
conclusion	L'implication dans des cas de protection de l'enfance a des effets durables pour les individus. Les émotions induites provoquent des difficultés pour la collaboration entre les différents intervenants, et la qualité des soins aux enfants et familles. Les infirmières ont peur de faire des erreurs ou être ridiculisés par leurs collègues. Le défi pour les chefs est de reconnaître les besoins des infirmières.
Remarques	Cite Nayda 2002

9.3.3 The meaning of child abuse for nurses in Taiwan

Titre de l'article	The Meaning of Child Abuse for Nurses in Taiwan
Auteurs	Feng, Jui-Ying; Jezewski Mary Ann; Hsu, Tsung-Wei
Journal	Journal of Transcultural Nursing, Vol 16 N°2, avril 2005, 142-149
Année de publication	2005
Pays	Taiwan
Buts et question de recherche hypothèses	Etudier les expériences des infirmières et leurs perspectives concernant la maltraitance infantile à Taiwan. <ol style="list-style-type: none"> 1. Explorer l'expérience des infirmières avec la maltraitance infantile à Taiwan 2. Etudier les besoins perçus des infirmières en matière de formation sur la maltraitance infantile à Taiwan 3. Identifier les barrières perçues par les infirmières dans le signalement de la maltraitance infantile suspectée à Taiwan.
Cadres de référence, concepts	Théorie ancrée, analyse thématique par Morse et Field (1996), le rôle des infirmières dans la maltraitance infantile
Population/échantillon	18 infirmières Taïwanaises (31 ans en moyenne, diplômées depuis 10 ans en moyenne) qui ont expérimenté des situations de maltraitance infantile dans des services d'urgence et des unités de pédiatries de 6 hôpitaux à Taiwan. 5 ont reçu une formation sur la maltraitance infantile dans le cadre de leur travail.
Type d'étude ou devis	Étude qualitative
Aspects éthiques	Droit d'abandonner l'étude à tout moment, consentement éclairé signé
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Interviews semi-structurées, enregistrées et retranscrites mot pour mot. L'endroit de l'interview était choisi par l'infirmière. Il y avait 12 questions ouvertes posées à chaque fois. 1 ^{ère} question très large : dites-moi ce que signifie la maltraitance infantile. Durée entre 20 et 90 minutes
résultats	4 thèmes principaux sont ressortis : la signification de la maltraitance infantile, le conflit, se sentir frustré et les rôles des

infirmières. Les résultats apportent une base pour la compréhension de la maltraitance du point de vue des infirmières et un début de compréhension des interventions nécessaires pour améliorer l'identification et le signalement de la maltraitance infantile à Taiwan. Même si les infirmières ont une conscience considérable et un certain souci au sujet de la maltraitance infantile, il est nécessaire de former davantage les infirmières sur ce sujet.

Signification de la maltraitance infantile : Beaucoup d'infirmières n'étaient pas conscientes de la définition légale de la maltraitance infantile et de leurs responsabilités légales de signaler les cas de maltraitance. Beaucoup d'infirmières ont seulement mentionné la maltraitance physique quand elles ont défini la maltraitance infantile. Pas une seule n'a parlé de la négligence. Plusieurs ont exprimé de la confusion au sujet de la définition et n'ont pas réussi à exprimer ce que la maltraitance infantile signifiait pour elles. À quel point la punition physique devient-elle de la maltraitance ? plusieurs ont mentionné le fait que les blessures psychologiques pouvaient avoir un impact plus grand que la maltraitance physique. Même si les infirmières ont mentionné moins fréquemment les abus sexuels, quelques unes ont dit que les dommages de cette forme de maltraitance pouvaient être au delà des aspects physiques. Les dommages psychologiques de l'abus sexuel peuvent être plus traumatiques que ceux de la maltraitance physique. Les victimes souffrent à la fois de leur perte de virginité, ce qui est vraiment quelque chose d'important dans la culture taïwanaise, mais aussi de la confiance trahie par une personne qui est sensée protéger l'enfant. Parfois difficulté de voir ce qui est de l'éducation ou ce qui est de la maltraitance. Par exemple, en chine, la discipline est une vertu très importante, les parents ont le droit de discipliner les enfants. Dans la culture traditionnelle chinoise, la discipline est une façon de montrer son amour à son enfant. La sévérité des blessures est un facteur clé qui motive les infirmières à agir. Leur intention de réagir est fortement influencée par la sévérité du dommage corporel, spécialement quand celui-ci est mortel. Selon les infirmières, certains médecins ne réagissent que lorsque la situation est vraiment très grave.

Conflit : les conflits interviennent dans plusieurs situations lorsqu'il n'y a pas de définition claire de la maltraitance : 1) entre les valeurs personnelles basées sur la culture et les responsabilités professionnelles, 2) entre les infirmières et les médecins, 3) entre les infirmières et les parents. Plusieurs infirmières ont mentionné qu'il était difficile de prendre en charge la maltraitance dans la culture chinoise car l'éducation de l'enfant est considérée comme étant une affaire familiale dont on ne doit pas se mêler. Plusieurs infirmières ont indiqué que si elles avaient affaire à un cas de maltraitance infantile en dehors de l'hôpital, elle ne le signalerait pas car c'est une affaire familiale. Plusieurs ont dit que c'est leur culture qui les empêcherait d'agir ou de signaler un cas. Une infirmière a même dit que dans cette culture, les enfants sont considérés comme la propriété des parents. Les infirmières ont révélé que leurs membres de la famille seraient très en colère contre leurs actions de signaler la maltraitance infantile. Peur que l'auteur de maltraitance se venge sur elles. Les infirmières sont bouleversées car elles ne savent pas si elles doivent écouter leurs parents ou si elles doivent être l'avocate de l'enfant maltraité.

Les infirmières et les médecins n'ont souvent pas les mêmes idées de comment approcher un cas de maltraitance. certains médecins sont très biens, mais d'autres n'agissent pas tant que l'enfant n'est pas entrain de mourir.

	<p>Les conflits avec les parents : une infirmière dit que la chose la plus difficile est de communiquer avec les parents, qu'ils ne sont pas d'accord avec les infirmières au sujet de la maltraitance, ils pensent que c'est la manière d'éduquer leurs enfants et qu'elles n'ont pas à s'immiscer dans cette affaire. Souvent les parents essaient de défendre leur droit de choisir si leur enfant a besoin de soin ou d'autres examens.</p> <p>Sentiment de frustration : les infirmières se sentent frustrées car elles doivent se battre entre la lourde charge de travail et le manque de temps à disposition, il n'y a pas de protocole à suivre. Les infirmières utilisent leur propre jugement pour décider si elles doivent agir ou non. Le manque de temps les empêche des fois d'agir. Une infirmière dit que « Si une situation n'est pas mortelle, ils ne vont pas perdre trop de temps pour cela ». Certaines infirmières sont frustrées car elles ressentent un manque de connaissance et de capacité pour prodiguer des soins à ces enfants. Elles identifient cela comme un obstacle pour reconnaître la maltraitance et aider les enfants maltraités. Elles ont exprimé un besoin de formation sur la maltraitance infantile et sur la loi de signalement. Elles ont aussi exprimé le besoin d'apprendre comment communiquer et prendre en charge les aspects psychologiques des enfants maltraités. De plus, les infirmières n'ont pas confiance en les autorités pour qu'elles soutiennent le meilleur intérêt pour l'enfant. Elles ne font pas confiance au système légal pour qu'il les protège de la famille de l'enfant maltraité. De plus, il y a un manque de soutien de la part de l'équipe, particulièrement des médecins. Les infirmières pensent que les médecins ne sont pas autant sensibles qu'elles et qu'ils ne sont pas conscients de leur responsabilité de dénoncer les cas et qu'ils ont des connaissances inadéquates au sujet de la maltraitance infantile. Si ceux-ci ne sont pas d'accord avec les infirmières, le cas ne va pas être reporté. Elles n'ont donc parfois aucun pouvoir. Plusieurs infirmières ont mentionné la frustration de ne pas avoir d'équipe multidisciplinaire pour gérer des situations comme celles-ci. Le travail en équipe est donc un élément clé pour prendre en charge et signaler des cas de maltraitance.</p> <p>Les rôles de l'infirmière : les infirmières ont identifié plusieurs rôles : 1) être sensible, 2) évaluation, 3) collaboration, d) soigner et protéger l'enfant, e) se soutenir mutuellement dans leur rôle professionnel. Il faut être sensible et attentif au moindre indice qui peut nous faire penser à de la maltraitance. Souvent les infirmières voient des indicateurs de maltraitance de la part des parents. Ceux-ci nient toujours la maltraitance. Ils donnent souvent une raison incompatible aux blessures de leur enfant. Les infirmières reçoivent souvent des explications incompatibles de la part des différents membres de la famille. La capacité de distinguer entre blessure accidentelle et maltraitance est cruciale lors de l'évaluation.</p> <p>Souvent, les parents viennent consulter très tard avec leur enfant. Les enfants, quant à eux, se rendent responsables de leurs blessures pour protéger leurs parents. Les infirmières se voient comme les protecteurs de ces enfants. Enfin, partager ses expériences lorsqu'on a pris en charge un enfant maltraité est vraiment important pour aider les autres à gérer de telles situations.</p>
discussion	<p>Les résultats montrent la complexité de la prise en charge d'enfants maltraités et de leurs familles. Pour les infirmières, le sens de la maltraitance infantile est multidimensionnel et se prolonge au delà des définitions légales. Le fait que</p>

	<p>chaque personne qui donne des soins aux enfants ait une autre définition de la maltraitance complique le processus de soin et les signalements de maltraitance. Cela crée aussi des conflits dans le processus de soin. La vie privée de la famille comme valeur de la culture chinoise gêne les infirmières dans leur décision de signaler des cas de maltraitance. Malgré leur difficultés et frustration, les infirmières expriment leur souci quant à ces enfants en danger et commencent à développer des stratégies pour mieux aider ces enfants. Plus de formation est nécessaire, surtout sur les différentes formes de maltraitances (car seule la maltraitance physique a été nommée par tout le monde) et les médecins doivent aussi être formés. Un enseignement devrait être fait à tous les professionnels de la santé à Taiwan. Des efforts de la part des institutions de soins devraient être faits pour diminuer la frustration des infirmières. La population en général aurait besoin d'enseignement à travers les médias, le système légal, juridique... cela changerait sûrement la vision de la société sur les enfants. Dans l'étude, les infirmières ont dit qu'elles manquaient de connaissances sur la maltraitance infantile, mais les données ont montré qu'elles avaient une conscience et un souci sur cette question. Les infirmières peuvent être une pierre importante dans le processus de signalement : de la découverte de la maltraitance au soutien de l'enfant maltraité et de sa famille. Elle peut aider la famille à stopper le cycle de la maltraitance. Les résultats de cette étude fournissent une base pour comprendre ce phénomène et ajouter des connaissances sur ce problème universel et multiculturel.</p>
Remarques	

9.3.4 Influences on registered nurses' decision making in cases of suspected child abuse

Titre de l'article	Influences on registered Nurses' Decision Making in Cases of Suspected Child Abuse
Auteurs	Robyn Nayda
Journal	Child Abuse Review vol.11 :168-178 (2002)
Année de publication	2002
Pays	Australie
Buts et question de recherche hypothèses	Les données ont permis une compréhension en profondeur du phénomène de la prise de décision dans ce petit groupe d'infirmières. Cette étude montre un certain nombre de facteurs qui affectent la décision des infirmières de signaler et explique pourquoi elles décident parfois que c'est mieux pour la famille et la relation thérapeutique si elles ne contactent pas les services de protection de la jeunesse
Cadres de référence, concepts	Loi, rôle infirmier, relation soignant-soigné
Population/échantillon	10 infirmières travaillant avec les enfants dans le sud de l'Australie
Type d'étude ou devis	Devis qualitatif
Aspects éthiques	Approbation éthique, participants ont un pseudo
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Interviews structurées, données organisées par thèmes en 2 mois, en utilisant le programme NUD*IST.
résultats	Les facteurs ayant un impact sur la décision des infirmières de signaler : le type de maltraitance suspectée, faire des jugements moraux et des prises de décision, les conséquences du signalement et l'impact versus les résultats du signalement. Les infirmières basent beaucoup de leurs décisions sur leur estimation de la sorte d'intervention qui va être probablement entreprise par les services de protection de l'enfance. Influence du type de maltraitance sur la décision de signaler : les infirmières interviewées croient en une grande incidence de la maltraitance infantile dans le sud de l'Australie et que les cas reportés ne sont que la pointe de l'iceberg. Certains facteurs sont connus pour influencer le signalement, par exemple le type de maltraitance et la sévérité de la maltraitance. Les infirmières interrogées ont l'impression que la maltraitance reçoit beaucoup d'attention quand ses conséquences sont sévères et que les services de protection de l'enfance sont plus susceptibles de répondre à ces signalements. La maltraitance psychologique et la négligence sont plus difficiles à définir. Les infirmières pensent que ces 2 types sont plus susceptibles de ne pas être signalés ou que la réponse des services de Protection de l'enfance pour ces formes de maltraitance ne serait pas utile. Cependant les services de protection de l'enfance sont souvent

accusés d'échouer à la protection de l'enfance. Il y a souvent difficulté de recevoir une réponse des services de protection de l'enfance. Les infirmières de l'étude sont fréquemment plus tolérantes dans les cas de suspicion de maltraitance émotionnelle ou négligence. Elles estiment qu'il est plus facile d'accepter cela comme des aspects inchangeables de la société que de les confronter. Elles pensent que chaque parent apprend de ces propres expériences et qu'il est difficile d'intercepter le résultat d'un comportement intergénérationnel.

Jugements moraux et prise de décision : selon une étude, la réputation et l'efficacité des professionnels des soins est basée sur la confidentialité, c'est pourquoi certains médecins sont fréquemment réticents à signaler les cas de maltraitance par peur de nuire à la relation thérapeutique. De façon similaire, les infirmières ont des difficultés à faire un jugement et signaler les cas de maltraitance. Les infirmières ont eu des problèmes quand elles ont réalisé qu'elles pouvaient imposer leurs propres valeurs dans une famille en difficulté. Elles disaient qu'il pourrait être difficile de discerner si la négligence était volontaire ou non. Devant ce dilemme moral, les infirmières ont souvent trouvé des moyens pour assister les personnes qui s'occupaient de ces enfants, pour éviter une aggravation de la situation. La suspicion constitue un jugement de valeur, c'est le point de départ d'un processus de signalement. Le malaise de ce choix de signaler est en lien avec les conséquences possibles, non seulement pour l'enfant et sa famille mais aussi pour celui qui signale. La décision de signaler ou non préoccupait les infirmières de l'étude. Elles ont aussi été parfois entraînées dans des situations par d'autres professionnels en relation avec les enfants. Elles avaient l'air ennuyées par ces demandes de professionnels et les avaient l'impression qu'on leur donnait la patate chaude au lieu de prendre cela comme une consultation professionnelle. La préoccupation de « qui doit signaler le cas » et le fait de rechercher une confirmation vers d'autres professionnels montre un certain inconfort dans le signalement. Les connaissances des infirmières sur la santé des enfants et leur bien-être ajoutent un poids à leur suspicion. Cependant il est possible que les infirmières deviennent défensives et qu'elles échouent à reconnaître la maltraitance, même si leur expertise est respectée.

Conséquences du signalement : les infirmières de cette étude suspectent régulièrement la maltraitance, elles ont des soucis sur les répercussions du signalement non seulement pour l'enfant et sa famille, mais aussi pour elles. Une infirmière dit que si sa sécurité n'était pas certaine, elle ne signalerait pas le cas d'un enfant en risque de maltraitance. Beaucoup étaient préoccupées par les conséquences sur la famille, sont préoccupées par l'efficacité des interventions par un système de protection de l'enfant surchargé. Quelques infirmières pensent que leurs propres efforts sont plus bénéfiques que le fait de signaler, elles veulent sauver la relation client-professionnelle. Les infirmières en santé communautaire travaillent de façon indépendante, même si elles consultent avec des supérieurs et des autres collègues, elles ne sont pas dans une hiérarchie comme à l'hôpital. Cette autonomie peut faire augmenter la confiance ou être source d'incertitude. Ces infirmières se basent sur leur propre jugement et l'avis de leurs collègues pour prendre la décision de signaler ou non. L'avis des autres peut aider à confirmer, soutenir ou être un rappel du cadre juridique. Des fois, l'accord par rapport au signalement n'a pas lieu. Une infirmière dit que beaucoup de personnes couvrent la maltraitance et n'aiment pas signaler. Beaucoup d'infirmières dans l'étude se sentent préoccupées par le signalement de

la négligence et de la maltraitance émotionnelle car elles croient que les compétences parentales ou les circonstances socioéconomiques peuvent y contribuer. Une relation de confiance doit être formée avec les parents de l'enfant pour permettre les soins. Parfois les infirmières qui ont connu des familles depuis la naissance de leur bébé continuent de les consulter durant leur enfance. Elles ressentent parfois un sentiment de trahison si elles suspectent la maltraitance et si elles le signalent. Les infirmières ont peur que l'enfant soit enlevé de la famille et qu'elles soient identifiées comme la personne qui a signalé ou qu'elles soient appelées à témoigner au tribunal. En étant sûre des faits avant de signaler, ils peuvent confirmer qu'il n'y a pas d'autre option que de signaler. Les données suggèrent que les infirmières croient qu'elles ont un rôle dans la protection de la famille d'une action inappropriée des services de protection de l'enfance. Cela peut être vu comme un manque de confiance en les interventions de ce service. Le dilemme qui découle de ce besoin de maintenir le lien de confiance avec la famille peut avoir entraîné la prise de risque par les inf. par exemple, une infirmière a expliqué les actions qu'elle entreprenait pour être sûre que les clients avaient compris sa responsabilité légale de signaler. Elle s'assurait qu'ils savaient que c'était hors de son contrôle. En plus de s'identifier comme la personne qui signale le cas, l'infirmière a indiqué qu'elle avait dépassé son rôle en promettant des choses qui n'étaient pas en son pouvoir. Une telle action est faite pour rendre le signalement aux services de protection de la jeunesse positif et bénéfique en maintenant la relation professionnelle et en prévenant l'agression des parents. La situation peut se compliquer lorsque les services de P de E ne répondent pas ou ont un retard dans leur réponse. Selon les infirmières interviewées, si le service de P de E n'intervient pas après le signalement, la famille peut quitter le système et disparaître. Cela peut représenter un grand risque pour les enfants. Quand il n'y a pas d'issue connue pour l'enfant maltraité, les infirmières se résignent souvent à accepter le problème irrésolu et leur peine. Même si cette situation est assez fréquente, l'impact de cette peine n'est jamais exploré. Pourtant, cette peine peut influencer la qualité du futur travail des infirmières et leurs futures perceptions sur la protection des familles. Souvent les femmes et enfants sont dans des situations de violence domestique de laquelle ils n'arrivent pas à échapper. Dans de tels cas, les infirmières en santé communautaire peuvent être les seuls étrangers en qui ils ont confiance et les infirmières peuvent ressentir une certaine pression pour maintenir le lien avec la famille.

Impact par rapport aux issues de la maltraitance : les données ont révélé que les infirmières participant étaient consolées par le concept du signalement obligatoire. Il fournit une raison légale d'agir quand une intervention immédiate est nécessaire. Quand l'infirmière est particulièrement préoccupée par une famille, elle s'assure que le contenu du rapport au CPS a assez d'influence pour assurer une intervention. Quand une infirmière n'a pas une réponse satisfaisante du CPS, elle sollicite l'aide des autres professionnels et les encourage à appeler le CPS pour dire leurs préoccupations sur cette famille. Les personnes qui travaillent pour la protection de l'enfance ne répondent pas toujours positivement aux signalements des infirmières sur les cas suspects de maltraitance, ce qui peut influencer le comportement de signalement des professionnels. Les infirmières de cette étude ont déclaré que le CPS les soutenait souvent, mais qu'ils n'étaient parfois pas assez préoccupés par la maltraitance émotionnelle et la négligence. De plus le langage professionnel spécifique des infirmières peut être un facteur compliquant car les autres collègues d'une équipe multidisciplinaire peuvent ne pas comprendre vraiment les préoccupations des infirmières dans les cas de maltraitance

	<p>suspectée. Des fois, les infirmières se sont senties impuissantes si elles n'avaient pas pu changer la situation des familles. Certaines infirmières croient que les services de protection de la jeunesse sont tellement débordés qu'ils sont incapables de répondre à tous les cas de signalement. A cause d'expériences passées, certaines de ces infirmières ne signalent pas tous les cas de maltraitance suspectée, sachant que le signalement n'aboutit pas toujours à une action. Le fait qu'elles choisissent de ne pas signaler pose vraiment de sérieuses questions quant à l'efficacité des systèmes de protection de l'enfance, la formation au signalement et le processus de signalement. Les infirmières sont préoccupées par le fait de se tromper dans leurs suspicions. Un facteur de complication est que le CPS ne fait pas son travail, les infirmières revoient les parents et les enfants toujours qui reviennent sans que le CPS ait fait quelque chose, c'est décevant et ont l'impression de ne pas faire leur travail. Une participante a dit qu'elle a souvent épuisé toutes les manières de soutenir la famille avant de n'avoir plus le choix de signaler. Il y a une ligne fine entre le fait de tout faire pour aider les familles et le fait de permettre à la maltraitance suspectée de continuer.</p>
discussion	<p>Il y a plusieurs facteurs qui influencent les décisions des infirmières de signaler les cas de maltraitance infantile suspectée. Le plus grand thème était les préoccupations des infirmières pour avoir meilleures issues pour les enfants. Les infirmières sont moins susceptibles de signaler les cas de maltraitance émotionnelle et la négligence. Si elles suspectaient ces formes de maltraitance, elles travailleraient durement pour assister et éduquer les familles pour éviter le signalement quand il est encore possible de le faire. Les infirmières ont apprécié avoir une relation de confiance avec ces familles et ressentaient souvent un sentiment de trahison quand elles signalaient les cas. Leurs décisions ont aussi été influencées par le poids des interventions du CPS et les réponses de la famille. Les infirmières ont évité de prendre des mesures qui pouvaient endommager les relations qu'elles avaient avec leurs clients. Si elles coupaient ces relations, cela signifiait qu'elles n'auraient pas de retours sur la sécurité et le bien être des enfants, il peut y avoir éloignement de la famille du système de santé et des sentiments de peine pas résolus chez les infirmières.</p> <p>Le sud de l'Australie a une longue histoire avec la protection de l'enfance et ses stratégies sont vraiment louables. Même si les résultats de cette étude sont précieux, ils ne sont pas généralisables et ne représentent pas les expériences de toutes les infirmières du Sud d'Australie. Cependant ils sont quand même importants. Pour les recherches futures : comme les infirmières sont des actrices précieuses de la protection de l'enfance, il serait bien de s'occuper de leurs préoccupations sur le signalement dans des recherches futures. Il faudrait aider les professionnels à clairement identifier les cas de maltraitance infantile suspectée et produire des lignes directrices pour un processus de signalement crédible, encourager la collaboration entre les travailleurs de la protection de l'enfance et les infirmières en santé communautaire, examiner les signalements de la négligence et maltraitance émotionnelle et la réponse des personnes qui travaillent dans la protection de l'enfance.</p>
conclusion	
Remarques	

9.3.5 Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals

Titre de l'article	Recognizing and reporting child physical abuse : a survey of primary healthcare professionals
Auteurs	Lazenblatt Anne et Freeman Ruth
Journal	Journal of Advanced Nursing 56(3), 227-236
Année de publication	2005
Pays	Ireland
Buts et question de recherche	Étudier la capacité et les comportements de chacun des professionnels de la santé de reconnaître la maltraitance physique. 2 ^{ème} but : évaluer les besoins de formation de ces professionnels
Cadres de référence, concepts	Impacts maltraitance sur l'enfant, identification et signalement, facteurs de risques de la maltraitance
Population/échantillon	419 infirmières, médecins généralistes et dentistes. 139 infirmières. 43% d'hommes, 71% entre 30 et 49 ans
Type d'étude ou devis	Étude transversale, mixte : quantitative et qualitative.
Aspects éthiques	Le comité éthique sur la recherche de l'université a déclaré qu'une approbation éthique officielle n'était pas nécessaire. Cependant les réponses des participants étaient confidentielles et anonymes. Le retour du questionnaire était pris comme un consentement. Les questionnaires ont été analysés par une seule personne puis détruits.
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Données collectées en 2002-2003, questionnaires fait par une équipe de l'université de Londres. Questions fermées et ouvertes.
résultats	60% ont dit avoir eu au moins un cas suspect de maltraitance physique et 47% ont signalé au moins un cas aux autorités. 15% ont eu des cas suspect dans les 6 mois avant l'étude. Même si 72% des participants ont dit qu'ils savaient quelques mécanismes de signalement de la maltraitance physique, 77% pensaient qu'ils avaient besoin d'entraînement. 99% a déclaré que l'identification et le signalement des cas de maltraitance devraient être inclus dans des cours de formation pour les professionnels de la santé. 44% des infirmières déclaraient connaître les mécanismes du signalement, contre 18% de dentistes et 38% de médecins. Les dentistes avaient des scores plus bas dans plusieurs catégories : le nombre de cas suspects vu dans leur pratique, les cas signalés dans les 6 derniers mois. Cependant ils avaient les plus hauts scores de traumatismes faciaux. Les infirmières ont des taux plus hauts pour le nombre de cas de maltraitance physique signalés aux autorités, pour l'identification de la maltraitance et pour leur volonté d'être impliquée

	<p>dans des programmes d'éducation.</p> <p>Caractéristiques des professionnels : les médecins sont caractérisés par leur capacité de reconnaître et signaler les cas, les infirmières par leur capacité à reconnaître et signaler et leur volonté à être impliquée dans la détection. Les dentistes sont caractérisés par leur manque de capacité à reconnaître et signaler la maltraitance physique et leur réticence à être impliqué dans la détection.</p> <p>Identifier et signaler la maltraitance : les médecins et infirmières ont plus identifié et signalé des cas comparés aux dentistes. Les infirmières en ont plus identifié et signalé que les autres dans les 6 derniers mois. Les inf avaient une meilleure capacité de reconnaître les signes et symptômes. et une plus grande volonté d'être impliquées dans des programmes d'éducation sur la détection.</p> <p>Mécanismes et éducation dans le signalement de la maltraitance physique : 74% ont dit qu'ils étaient conscients des mécanismes de signalement. 79% aimerait de l'éducation en cours d'emploi, 99% a déclaré que cela devrait faire partie des programmes de formation professionnelle et continue.</p> <p>Données qualitatives : 4 thèmes sont ressortis :</p> <p>1) peur de mal identifier et les conséquences de cette erreur La peur de faire une erreur en identifiant, avec la réticence à confronter la famille sont cités comme des barrières pour agir surtout pour les dentistes et médecins. Le besoin de garder l'anonymat est essentiel, les professionnels ont peur de l'hostilité, d'endommager leurs relations avec les familles et on peur des répercussions pour l'enfant, la famille. un médecin dit qu'il serait hésitant de s'impliquer dans un travail de protection de l'enfance par peur que cela déclenche une plainte, un litige. Il dit qu'il serait anxieux que la famille cause des problèmes s'il diagnostique une maltraitance alors qu'il n'y en a pas. Il a peur d'être appelé au tribunal et de devoir témoigner.</p> <p>2) Incertitude quant au signalement Le manque de lignes directrices claires et de protocoles était cité comme une barrière supplémentaire. Une source d'incertitude incluait le fait de ne pas connaître le protocole et de ne pas savoir à qui signaler. Les infirmières demandent plus de soutien des supérieurs hiérarchiques et des infirmières de la protection de l'enfance. Les médecins demandent des avis d'expert et des lignes directrices claires. Le fait de ne pas avoir d'expérience et d'avoir peu de techniques d'interview sont citées comme des barrières quand ils s'adressent aux parents de l'enfant maltraité qui veulent éviter la détection. Une infirmière dit que reconnaître une maltraitance est toujours une chose difficile et pleine d'émotion. Souvent les parents donnent des explications plausibles pour expliquer les blessures. Avoir des protocoles et lignes</p>
--	---

	<p>directrices claires rend la gestion de ces cas plus facile.</p> <p>3) Défis du signalement Les défis du signalement sont l'impertinence, la charge de travail, les procédures de signalement, et le manque de sensibilité et de soutien des services sociaux et des collègues. Une fois un médecin a attendu entre 12 et 18 mois quand les services sociaux agissent.</p> <p>4) Éducation multidisciplinaire La majorité des participants désire avoir des ateliers multidisciplinaires, une formation continue et des outils de formation accessibles. Ils ont mis en évidence des déficiences dans leur formation.</p>
discussion	<p>Les résultats démontrent que l'identification de la maltraitance physique est une tâche difficile et complexe pour les professionnels de la santé et cela montre un écart entre leur capacité de reconnaître la maltraitance et les connaissances sur les différentes façons de signaler. 47% des participants ont quand même dit qu'ils avaient signalé des cas, plus des trois quart soulignent qu'ils sont souvent incertains des procédures de signalement des cas de maltraitance suspectée. Même si 60% a déclaré qu'ils avaient vu un cas suspect, il y avait un écart de 13% entre le signalement et l'identification de la maltraitance. De plus dans les 6 derniers mois, même si 15% des cas étaient suspects, 11% ont été identifiés comme de la maltraitance physique et seulement 10% ont été signalés. Les barrières de signalement incluait l'anxiété d'identifier de faux cas de maltraitance pour 21% des participants. Ils signalaient une peur de l'isolement et de la stigmatisation, peur de casser la relation avec les patients et leurs familles, un manque de connaissances et une compréhension limitée des conséquences du contentieux, une hésitation pour poser les questions sensibles sur la maltraitance. le fait que la maltraitance ne soit pas toujours signalée est une source de préoccupation et soulève des questions sur la volonté des professionnels de la santé de signaler les cas. Cette étude montre des différences entre les différents professionnels sur leur capacité à reconnaître et signaler les cas et leur volonté à détecter les cas. Les médecins savent bien reconnaître et signaler, les infirmières savent aussi faire cela et en plus elles ont la volonté d'être impliquées dans la détection. Les dentistes montrent un manque de connaissances pour reconnaître et signaler et une réticence à être impliqué dans la détection. Les infirmières étaient le seul groupe professionnel à vouloir être impliqué dans les cas de maltraitance physique. Les dentistes sont le groupe qui est le moins susceptible de détecter et signaler la maltraitance. ils connaissent moins les mécanismes pour signaler et sont moins capables d'identifier des cas. Les infirmières sont celles qui ont le plus identifié de cas et signalé, elles ont plus conscience des enjeux et les plus enthousiastes à être impliquées dans des cas de maltraitance. les infirmières de cette étude ont admis qu'elles étaient souvent les premières personnes en dehors de la famille à savoir et reconnaître la maltraitance. plus d'un tiers a dit que si elles suspectaient quelque chose, elles utilisaient une technique sensible pour les mères et ont trouvé que si elles faisaient cela les femmes étaient plus souvent préparées à parler ouvertement de la violence domestique et la maltraitance. elles ont mis en évidence un manque de temps à disposition et un manque de connaissance du problème. Elles ont exprimé le besoin d'un travail en collaboration et d'un mode d'opération sur la manière d'identifier les enfants à risque parce qu'elles avaient l'impression qu'elles n'étaient pas assez conscientes de la</p>

	<p>cause du problème pour intervenir à temps. Un auteur dit que même si les infirmières sont dans une position stratégique pour aider les femmes dépressives et leur lien avec la maltraitance infantile, il y a besoin d'un travail multidisciplinaire et de communication avec les autres professionnels, particulièrement les travailleurs sociaux.</p> <p>Les résultats étaient différents pour les médecins et dentistes, qui étaient toujours hésitants et résistants à reconnaître ou signaler les cas de maltraitance infantile. La peur d'être identifié était commune. Ces professionnels font face à un vrai dilemme : devoir de soigner l'enfant et devoir de respecter les vœux des parents. de nombreux médecins sont réticents à s'impliquer dans de tels cas car un mauvais jugement peut déclencher une enquête et de la publicité indésirable dans les médias. Une récente étude a publié que 14% des pédiatres font l'objet de plaintes au sujet de la protection de l'enfant. Des recherches internationales confirment ces résultats. En effet, les médecins canadiens sont aussi réticents à signaler les cas car ils sont insatisfaits des services de protection de l'enfance, ils ont peur de perdre leur bonne relation avec les familles et veulent éviter les litiges. L'envie d'une éducation multidisciplinaire et de programmes de formation continue de 79% des participants montre ces inquiétudes et peurs. Il y a aussi un manque de connaissances sur la législation et le besoin de protocoles qui définissent clairement la maltraitance physique. Les données qualitatives montrent comment ces professionnels étaient conscients que des systèmes de protection de l'enfance efficaces nécessitent de la connaissance et beaucoup de professionnels qui travaillent en partenariat. 99% des participants ont exprimé le besoin d'enseignement, cela correspond à des autres études qui démontrent comme la gestion des cas individuels peut être efficace lorsque tous les professionnels comprennent grâce aux programmes d'enseignement les fonctions et but des autres professionnels impliqués. L'enseignement basé sur une approche multidisciplinaire est susceptible d'augmenter la collaboration entre les différents organismes et l'efficacité des services de santé.</p> <p>Même si les conséquences d'une erreur d'identification peuvent être catastrophiques, c'est aussi essentiel que les professionnels soient éduqué à reconnaître les affections bénignes qui pourraient être confondues avec de la maltraitance, comme ça on évite les situations stressantes pour la famille et l'enfant.</p> <p>Un auteur a trouvé que les médecins et infirmières qui avaient suivi une formation sur la maltraitance étaient plus à même de distinguer une maltraitance d'une blessure accidentelle. De plus, les deux professions travaillaient plus efficacement en équipe multidisciplinaire et savaient comment discuter des questions sensibles avec les parents et enfants. Comme les infirmières les médecins et les dentistes collaborent avec d'autres professionnels en cas de maltraitance, partagent des informations sur les patients, il est essentiel que les questions éthiques soient débattues. Le développement d'un système qui permet le partage immédiat des informations et des statistiques sur la maltraitance serait bénéfique pour les professionnels et les familles. Un tel système pourrait fournir de base pour l'enseignement, la prévention et les programmes de soutien des familles</p>
conclusion	Malgré l'augmentation de la sensibilisation des médias pour alerter le public sur la maltraitance, celle-ci est un vrai problème de santé publique. Pour améliorer l'identification et l'évaluation des familles à risque de maltraitance physique

	<p>il serait bien que les professionnels de la santé soient capables de reconnaître les indicateurs de maltraitance infantile. Cela requière que les professionnels de la santé acquièrent des connaissances et une compréhension claire de tous les mécanismes de signalement. La présente étude ne soutient pas seulement d'autres études internationales mais s'étend plus loin en suggérant que l'identification et le signalement sont un défi pour les prof de la santé en créant des peurs et de l'anxiété et, dans le cas des médecins et dentistes, une réticence à être impliqué dans des cas de maltraitance. cette étude met clairement en évidence comment les infirmières sont importantes lorsqu'on parle de maltraitance et est sont les seuls professionnels à vouloir jouer un rôle dans la reconnaissance et la gestion de la maltraitance. des recherches supplémentaires sont nécessaires pour considérer le caractère unique du rôle infirmier pour reconnaître la maltraitance et les autres facteurs de risques comme l'anxiété maternelle ou la dépression. Pour surmonter les difficultés posées par la maltraitance infantile, les professionnels doivent être encouragés à collaborer avec les services de protection de l'enfance et les autorités légales.</p>
Remarques	<p>Cette étude ne traite que de la maltraitance physique, cependant l'auteur cite un passage de Ney et al (1994), qui affirme que la maltraitance physique est très souvent accompagnée de maltraitance psychologique et de négligence. L'auteur ajoute que si l'enfant vit dans un milieu où la violence domestique est présente, il a de forts risques d'être maltraité. L'auteur met aussi en évidence le déni de certains professionnels qui pensent que ce type de situations ne se retrouve pas dans leur service. Cite Paavilainen et al (2002)</p>

9.3.6 Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis

Titre de l'article	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses : a multivariate analysis
Auteurs	Jennifer A. Fraser, Ben Mathews, Kerryann Walsh, Linping Chen, Michael Dunne
Journal	International Journal of Nursing Studies 47 (2010) 146-153
Année de publication	2009
Pays	Australie
Buts et question de recherche hypothèses	Étudier les relations entre les caractéristiques des infirmières, leur formation, leurs connaissances des devoirs législatifs de signalement et les facteurs comportementaux sur le signalement des différents types de maltraitance infantile et de négligence par les infirmières.
Cadres de référence, concepts	L'échelle de l'intention de signaler la maltraitance infantile a été utilisée (child abuse report intention scale) (CARIS) a été désigné par des infirmières taiwanaises pour mesurer les facteurs influençant le signalement de la maltraitance infantile. Concept de signalement obligatoire, rôle infirmier.
Population/échantillon	930 infirmières diplômées travaillant en Australie au Queensland, 5% d'hommes
Type d'étude ou devis Aspects éthiques	Étude transversale, descriptive, quantitative. L'autorisation de mener cette étude a été donnée par le comité éthique de l'université du Queensland. L'autorisation d'interviewer les infirmières a été donnée par 22 hôpitaux ou services de santé du Queensland. Permission d'adapter le CARIS à cette étude par les auteurs Feng et Levine.
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Questionnaires avec des informations sur étude ont été distribués à toutes les infirmières diplômées travaillant avec des enfants et famille dans les 22 hôpitaux. Les questionnaires remplis ont été renvoyé à l'université à l'aide d'enveloppes déjà affranchies (42% de réponses). Le questionnaire a été fait par rapport à l'échelle CARIS et comporte 8 parties. Des vignettes avec des cas hypothétiques qui doivent être signalé dans la loi du Queensland ont été créées. Les infirmières devaient écrire pour elles de 0 à 10 la sévérité du cas, leur tendance à signaler le cas et leur avis si la législation demande un signalement de ce cas.
résultats	Échantillon : une formation spécifique était obligatoire après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Des modules on line sur le signalement ont été mis en place. En plus de cela, certains districts ont mis en place une formation pratique. Plus de la moitié des infirmières ont reçu une formation spécialement liée à la maltraitance infantile et à la négligence (58%). Les infirmières travaillant dans le milieu rural et dans des hôpitaux éloignés étaient plus susceptibles d'avoir reçu une formation comparé aux infirmières qui travaillent en milieu métropolitain. La pratique du signalement : Les infirmières, dans leur devoir professionnel de signaler des cas ont reporté de 0 à 60 cas. Presque la moitié des infirmières (42%) ont signalé des cas suspects ou avérés de maltraitance, presque un quart

n'a pas signalé alors qu'elles le suspectaient. 26 % des infirmières qui ont reporté des cas au cours de leur carrière ont aussi pris la décision de ne pas signaler certains cas de maltraitance ou négligence suspectée ou avérée. Les items qui mesuraient les connaissances sur où signaler, comment signaler et quand signaler ont été répondu correctement par la majorité des infirmières (+ de 70% aux 3 questions). Presque un tiers des infirmières ne savaient pas qu'elles étaient protégées légalement d'être poursuivie et tenue pour responsable de diffamation. Plus d'un quart de l'échantillon n'était pas conscient que leur identité était protégée et qu'elles n'étaient pas tenues responsables pour des conduites criminelles ou pour les dommages faits à l'enfant.

Reconnaissance du devoir et intention de signaler : les scores de chaque items regroupant les 2 vignettes se rapportant au même type de maltraitance ont été combinés. Une moyenne pour chaque item en est ressortie. Les moyennes sur les perceptions des participants sur la sévérité de la maltraitance étaient similaires pour la maltraitance physique, sexuelle et la négligence. La moyenne était moins élevée pour les vignettes de maltraitance émotionnelle. Une grande proportion des infirmières a reconnu que chaque vignette était en lien avec la définition légale de la maltraitance infantile et la négligence. Cependant, peu d'infirmières ont reconnu correctement les cas de maltraitance émotionnelle comparés aux autres formes de maltraitance. moins d'infirmières auraient signalé des cas de maltraitance émotionnelle comparé aux autres formes de maltraitance. en général, leur intention de signaler les cas des vignettes était haute, mais des différences ont été trouvées entre les formes de maltraitance. la majorité des infirmières ont reconnus l'obligation légale de signaler la maltraitance physique, sexuelle et la négligence, mais seulement deux tiers ont reconnu le même devoir pour la maltraitance psychique. Les connaissances sur l'étendue des dommages requis par la législation pour signaler un cas étaient pauvres. La plupart n'ont pas répondu correctement qu'elles devaient signaler les cas même si elles pensaient que la blessure à l'enfant était insignifiante.

Relation entre la formation et le signalement de la maltraitance infantile : une formation a été faite par 58% des infirmières et 73% ont vu une vidéo produite pour augmenter la conscience et donner de l'information sur la nouvelle législation. Avoir effectué cette formation a fait que les infirmières se sentaient plus préparées à signaler des cas dans leur pratique. Aucune relation n'a été trouvée entre la formation et les attitudes en jeu dans le signalement de cas de maltraitance.

Probabilité de signaler des cas de maltraitance infantile et négligence : la formation, le statut de parents, le rôle de parent, l'emplacement géographique, les années d'expériences dans le travail et les attitudes par rapport au signalement ont été considérés comme des variables pour tester la probabilité des infirmières à signaler les cas. La probabilité à signaler par rapport à cette nouvelle législation était haute, sauf pour la maltraitance psychique. La formation sur la maltraitance infantile et la négligence est associée avec une plus grande probabilité de signalement des cas de négligence. Avoir un rôle de parent explique une plus grande probabilité de signaler la maltraitance sexuelle et l'expérience professionnelle en milieu métropolitain explique la plus haute probabilité de signaler la maltraitance psychique. Les attitudes face au signalement ont montré une grande influence sur la probabilité de signaler des cas de maltraitance sexuelle, psychique et de négligence. Les attitudes positives au signalement expliquent une probabilité de signaler correctement.

La sévérité perçue : la formation, le statut de parent, le rôle de parent, l'emplacement géographique, les années

	<p>d'expériences professionnelles et les attitudes face au signalement ont été prises en compte comme variables en relation avec le score de préjudice. Les valeurs moyennes représentant le préjudice porté à l'enfant étaient hautes (de 7.9 à 9.87 sur 10). Aucune relation n'a été mise en évidence entre la formation et la sévérité perçue pour aucun des types de maltraitance. Les infirmières avec un rôle de parent ont été plus susceptibles de reconnaître la sévérité de la maltraitance sexuelle et psychique. L'âge des infirmières a influencé la reconnaissance de la sévérité de la maltraitance psychique et de la négligence (les infirmières plus âgées ont trouvé les situations plus sérieuses que les jeunes infirmières). Les attitudes positives face au signalement de la maltraitance et négligence expliquent une reconnaissance de la sévérité pour tous les types de maltraitance (les infirmières avec des attitudes plus positives étaient significativement plus susceptibles de reconnaître l'étendu des préjudices à l'enfant.)</p>
discussion	<p>Le but de cette étude était d'étudier l'influence des caractéristiques personnelles, de la formation, des connaissances et attitudes des infirmières quant au signalement de la maltraitance infantile. Presque la moitié des infirmières ont indiqué qu'elles avaient signalé un cas suspect ou avéré dans leur carrière professionnelle. Un cinquième n'a pas reporté un cas qu'elles suspectaient. Plus d'un quart a signalé quelques cas mais pas tous quand il y avait suspicion ou connaissance de la maltraitance. cela reflète les résultats d'une recherche similaire à Taiwan. Feng et Levine ont en effet trouvé que sur 1000 infirmières, environ 21% n'avaient pas signalé au moins un cas suspecté de maltraitance. d'autres auteurs (Lee et al 2007) ont trouvé une proportion plus élevée (43%) d'infirmières Taïwanaises qui avaient suspecté mais pas signalé des cas de maltraitance infantile et négligence. Une large majorité des infirmières savent qu'elles sont légalement obligées de signaler les cas, même si elles considèrent que le préjudice à l'enfant est insignifiant ou non existant. La précision des infirmières et le signalement au moment opportun sont cruciaux au bon fonctionnement des systèmes de protection de l'enfant. Les infirmières dans cet échantillon ont clairement surestimé l'étendue de leur obligation légale, ce qui peut leur faire signaler trop de cas. des améliorations à la formation doivent être mis en place pour éviter ce malentendu. Dans l'étude de Feng et Levine, il a été mis en évidence que la probabilité que les infirmières signalent des cas dépendait du type de maltraitance. les infirmières étaient plus susceptibles de signaler des cas hypothétiques de maltraitance physique et sexuelle comparé aux cas de maltraitance psychique et négligence. elles étaient plus susceptibles de les reconnaître comme faisant partie de la définition légale de la maltraitance et négligence, les jugeaient comme des cas sérieux et reconnaissaient leur obligation légale de les signaler. Une étude en Nouvelle Zélande sur les attitudes et la précision des éducateurs et les professionnels de la santé mentale sur le signalement de la maltraitance a révélé que la négligence est moins susceptible d'être identifiée et signalée.</p> <p>Bien que les infirmières ont indiqué que la formation qu'elles ont reçue les ont aidé à se sentir plus préparées pour leur rôle professionnel et pour leur responsabilité de signaler des cas, et que la formation influence leur probabilité de signaler les cas de négligence, la formation n'a pas d'influence sur la perception des infirmières sur la gravité des situations. Il est quand même encourageant de voir que la formation renforce la probabilité de signalement des cas de négligence. une revue de littérature de Alvarez a conclu que même si la négligence représente la plus haute proportion des cas de maltraitance signalés, c'est une des formes les plus difficiles à identifier.</p> <p>Les résultats ont révélé que la majorité des infirmières signaleraient des cas hypothétiques même si elles n'avaient pas évalué précisément la gravité du préjudice. Cela montre un besoin de formation supplémentaire sur les lois en terme de</p>

	<p>gravité de la situation. A l'exception des cas de maltraitance psychique, les infirmières ont reconnu la gravité des cas, mais pensaient qu'il ne serait pas requis par la loi de signaler ces types de cas aux autorités de la protection de l'enfance.</p> <p>Les éléments pertinents de la formation infirmière devraient être revus pour plus de clarté et l'accent devrait être mis sur des exemples concernant la gravité des dommages et sur le signalement des types de maltraitance. une attention particulière devrait être mise sur les caractéristiques pédagogiques de la formation et l'utilisation de l'approche par étude de cas ou d'apprentissage par problème.</p> <p>Limites : l'étude transversale a été faite juste après une formation faite à l'échelle de l'état pour informer les infirmières de la nouvelle législation leur donnant un mandat légal de signaler les cas de maltraitance infantile et de négligence. La stabilité de ces résultats doit être testée au fil du temps pour offrir des lignes directrices pour la formation.... La mesure de l'intention de signaler était limitée du fait que c'était basé sur juste 8 scénarios. Il n'y avait peut être pas assez de variétés rencontrées typiquement par les infirmières. Les recherches futures pourraient mettre en évidence la pratique actuelle et non hypothétique des soignants. Ils ont pris soin d'inclure les services de santé des districts des régions métropolitaines et rurales au Queensland, lieu de l'étude à l'échelle de l'état. Un échantillon représentatif d'infirmières travaillant avec les enfants et familles a été pris en compte dans cette étude. Cependant on ne sait pas à quel point les résultats sont généralisables dus aux grandes variations de contenus et au texte de loi de l'Australie sur le devoir des infirmières de signaler des cas.</p>
conclusion	<p>Les infirmières australiennes signalent souvent sauf dans certaines conditions qui peuvent être améliorées par une formation. Les infirmières de cette étude avaient des bonnes connaissances sur leur devoir de signaler et leurs attitudes envers le signalement étaient positives. La probabilité qu'elles reconnaissent un cas et le signalent était haute. En même temps, les résultats ont montré une variation dans la probabilité de signaler les cas et que le signalement dans la pratique est influencé par un ensemble complexe de caractéristiques de la personne, du cas et des attitudes envers le signalement. Le résultat que les attitudes négatives influencent leur capacité à reconnaître la sévérité des cas est cohérente avec le résultats d'autres études. Ces résultats montrent que la capacité de discerner la gravité des cas et celle de signaler est influencée par des attitudes négatives telles que ne pas avoir confiance en les services de protection de l'enfance, percevoir des barrières individuelles et organisationnelles pour signaler et ne pas croire que le signalement va être bénéfique pour l'enfant ou la famille. La formation future a besoin de cibler l'impact de la maltraitance sur les enfants et se focaliser sur l'amélioration des attitudes sur le rôle des infirmières et leur responsabilité de signaler des cas. Une attention particulière doit être mise sur la maltraitance psychique et la négligence pour une intervention précoce et les services de prévention peuvent être ciblés et mobilisés pour des signalements précis.</p>
Remarques	<p>Ce que cette étude apporte de plus que les autres : les attitudes des infirmières face au signalement de la maltraitance suspectée ou avérée n'influencent pas uniquement le comportement de signalement mais aussi la capacité à reconnaître la sévérité des cas. La formation et l'expérience personnelle des infirmières comme parent influence la probabilité de signaler certains types de maltraitance. Les infirmières australiennes signalent souvent sauf dans certaines conditions. Comme groupe professionnel, les infirmières sont un bon choix pour signaler la maltraitance infantile et la négligence. Cite Nayda 2002, Feng et Levine 2005, Freeman et Lazenblatt 2006.</p>

9.3.7 Factors associated with nurses' intention to report child abuse : a national survey of Taiwanese nurses

<p>Titre de l'article</p> <p>Auteurs</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Factors associated with nurses' intention to report child abuse : a national survey of Taiwanese nurses</p> <p>Jui-Ying Feng, Murray Levine</p> <p>Child abuse and neglect 29 (2005) 783-795</p> <p>2005</p> <p>Taiwan</p>
<p>Buts et question de recherche hypothèses</p>	<p>Connaitre les expériences d'infirmières taiwanaises suite à la création d'une nouvelle loi sur le signalement obligatoire, évaluer leurs attitudes par rapport à leur intention de signaler.</p> <p>Dans la loi, les infirmières et les autres professionnels de la santé sont mandatés pour signaler les cas de maltraitance suspectée. Même si la loi a été mise en place en 1993 à Taiwan, le degré de compliance n'est pas connu. A en juger d'après une expérience faite aux états unis, le fait que le signalement ne soit pas assez fait est probablement un problème à Taiwan, à cause de la loi assez récente et des perspectives culturelles chinoises. Les infirmières ont été sélectionnées car elles ont beaucoup de contact avec les enfants et leur famille.</p> <p>Questions : quelles sont les expériences des infirmières Taïwanaises sur le signalement ? quel est le niveau de connaissance, les attitudes, les normes subjectives, le contrôle comportemental perçu, et les comportements intentionnels de signalement des infirmières sur la maltraitance à Taiwan ? y'a-t-il des différences entre les infirmières des urgences, de pédiatrie ou de psychiatrie sur leurs connaissances, attitudes, normes subjectives, contrôle comportemental perçu et comportements intentionnels ? dans quelle mesure est ce que les caractéristiques personnelles, professionnelles et institutionnelles sont en lien avec les attitudes, connaissances, normes subjectives, contrôle comportemental perçu et comportements intentionnels des infirmières à Taiwan ?</p>
<p>Cadres de référence, concepts</p>	<p>Valeurs culturelles : influencent ce qu'on pense être optimal dans l'éducation des enfants et ce qui est vu comme de la maltraitance. la piété filiale est une valeur importante dans la culture chinoise. Pour instaurer cette valeur à leurs enfants, les parents font souvent preuve de beaucoup d'autorité et infligent des punitions à leurs enfants. Une étude a été faite entre des étudiants chinois, hispaniques et des blancs sur leurs perceptions de la maltraitance infantile. Les chinois jugeaient la conduite parentale moins durement et étaient moins critique sur l'utilisation de la force physique par les parents. Les parents voient leurs enfants comme leur propriété. il n'y a pas de définition claire de la maltraitance à Taiwan, ce qui crée un problème pour l'identification et le signalement des cas suspects.</p> <p>Connaissance de la maltraitance et de la loi de signalement : la reconnaissance et le signalement dépend de la connaissance de celui qui doit signaler sur la maltraitance et la loi de signalement.</p> <p>Attitudes a l'égard du signalement et de la discipline : la connaissance de la loi et de la maltraitance n'est pas suffisante</p>

	<p>pour expliquer les comportements face au signalement. Dans une étude, la proportion de cas signalés dans la carrière d'une personne sur le nombre de cas suspectés dans une carrière professionnelle a été calculée. La moyenne de l'échantillon était de 69 %. Cette proportion est affectée par les attitudes des professionnels et leurs opinions. Les attitudes envers la discipline influencent aussi le signalement</p>
Population/échantillon	1400 Infirmières dans les services de pédiatrie, d'urgence et de psychiatrie à Taiwan, toutes impliquées dans les soins aux enfants. 98% de femmes, la plupart sans enfants.
Type d'étude ou devis Aspects éthiques	<p>Étude transversale mixte en 3 phases. Phase 1 : interviews semi-structurées avec 18 infirmières Taiwanaises. 4 catégories ont émergé : signification de la maltraitance infantile, conflit, se sentir frustrées et le rôle des infirmières. Phase 2 : développement et validation de la « child abuse report intention scale » testée par 24 infirmières. Phase 3 : étude nationale des infirmières Taiwanaises utilisant l'échelle CARIS.</p> <p>Accord de l'université de Buffalo et des hôpitaux concernés. Les infirmières étaient toutes d'accord de participer</p>
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	1400 questionnaires reçus avec l'échelle CARIS qui contient 6 sections : informations démographiques, expériences passée sur le signalement de la maltraitance, et 5 échelles mesurant les variables importantes de l'étude : attitude, connaissance, normes subjectives, contrôle comportemental perçu, comportements intentionnels de signalement selon des vignettes. Les infirmières devaient juger à quel point les personnes importantes pour elles seraient d'accord ou pas d'accord avec leur choix de signaler. Leur motivation à se conformer avec chaque référent était mesurée.
résultats	<p>86% ont dit qu'elles n'avaient jamais signalé un cas de maltraitance. 21% ont dit qu'elles avaient suspecté un cas mais ne l'avaient pas signalé. La raison principale était qu'elles ne se sentaient pas certaines. La deuxième raison la plus citée était qu'elles avaient un manque de confiance en les autorités légales. Les infirmières ont été questionnées pour savoir si elles signaleraient les cas figurant sur les vignettes. Les résultats de diverses questions ont montré que les infirmières étaient opposées à la punition corporelle, aux parents abusifs et qu'elles acceptaient leur responsabilité professionnelle de signaler. 89% savaient que les infirmières étaient désignées pour signaler les cas de maltraitance infantile. Cependant la majorité a répondu aux questions relatives à la loi de manière incorrecte : 81% des professionnels croient qu'ils doivent avoir une preuve physique avant de signaler le cas aux services de protection de l'enfance. les résultats des vignettes montrent que les infirmières signaleraient plus les cas les plus sévères. De façon inattendue, les infirmières ont dit qu'elles auraient été plus susceptibles de signaler des cas de légère négligence que de grave négligence. Elles ont dit qu'elles signaleraient les cas de maltraitance sexuelle plus souvent que les autres types de maltraitance.les infirmières des urgences ont plus de connaissances et ont un meilleur contrôle perçu de leur comportement. Les infirmières en pédiatrie avaient des attitudes plus positives sur leur responsabilité professionnelle de signaler et sentaient plus de pression sociale que les autres groupes. Les infirmières en psy avaient des attitudes plus négatives contre la discipline physique et avaient plus d'intention de signaler dans les cas plus légers des vignettes que les autres groupes.</p> <p>Les participants étaient plus susceptibles de signaler les cas sévères si ils avaient plus de connaissances sur la maltraitance et la loi, s'ils étaient plus positifs dans la protection des enfants, s'ils n'étaient pas d'accord avec la discipline physique, s'ils étaient d'accord de punir l'auteur, s'ils étaient plus positifs quant à leur responsabilité</p>

	professionnelle de signaler, s'ils percevaient que les autres personnes pensaient qu'il fallait signaler et s'ils percevaient un contrôle comportemental sur le signalement.
discussion	<p>Dans cet échantillon, seulement 14% a signalé un cas ou plus de maltraitance infantile. En plus 21% ont dit avoir suspecté un cas mais ne pas l'avoir signalé. Le fait de ne pas assez signaler est une caractéristique de beaucoup d'infirmières Taïwanaises. Cela montre un besoin de formation en tant qu'étudiant et en tant qu'infirmière (formation continue). 80-87% n'ont jamais eu de formation sur la maltraitance pendant leur formation ou pendant leur formation continue en tant qu'infirmière. La plupart pensent que leur formation a été inadéquate ou incomplète. Ont répondu seulement correctement à 60% des questions sur leurs connaissances en matière de maltraitance et sur la loi. Elles connaissaient leur devoir de signaler, mais savaient peu de choses comment mener à bien leur rôle. Leur connaissance des lois les concernant dans ce rôle étaient insuffisantes. Ces résultats soutiendraient une politique de formation pour faire que la loi de signalement soit plus efficace.</p> <p>Les infirmières acceptent leur responsabilité de signaler, en général elles trouvaient que les autres les soutenaient dans leur devoir de signaler. Une majorité a dit qu'elle ne savait pas comment signaler. Pour les cas de vignettes, les infirmières ont dit qu'elles seraient plus susceptibles de signaler les cas les plus sévères, il y avait des différences entre les infirmières des différentes spécialités.</p> <p>Un résultat n'était pas attendu : les participants avaient des attitudes négatives contre la discipline physique alors qu'en Chine la discipline physique est acceptée car elle insuffle aux enfants la piété filiale. Une explication possible est que la majorité des infirmières étaient jeunes et ont été élevées dans des influences culturelles autres. Peut être aussi que les infirmières placent plus l'accent sur les droits de l'enfant. Les infirmières soutiennent qu'il faut punir les parents maltraitants. Elles trouvent important d'avoir du soutien dans leur intention de signaler de la part des autres personnes. Elles croient que si les personnes importantes pour elles veulent qu'elles signalent le cas elles seraient plus susceptibles de le faire. Le comportement des taïwanaises est probablement plus influencé par les valeurs des autres personnes et leur point de vue. Les infirmières avaient différentes intention de signaler les cas selon les types de maltraitance. les abus sexuels avaient plus tendance à être signalé que les autres types. La maltraitance physique était le 2^{ème} type le plus signalé. La maltraitance psychologique est la moins signalée. Cela confirme les résultats d'une autre étude. Etonnamment, les infirmières avaient une plus grande intention de signaler les cas de négligence les moins sévères des vignettes.une explication possible serait que les infirmières se sentent plus responsables de ces cas qui ne requièrent pas l'attention médicale.</p>
conclusion	<p>Cette étude a mis en évidence le manque de connaissance et de compréhension des infirmières au sujet de la maltraitance et de la loi de signalement de Taiwan. Elle met en avant les besoins des infirmières d'avoir une éducation sur la maltraitance infantile. Cette étude ne confirme pas que la discipline physique est acceptable a Taiwan. Cela suggère qu'il peut y avoir un changement au niveau culturel sur les nouvelles générations d'infirmières. Il y a un besoin d'éduquer tout les professionnels de la santé sur la maltraitance infantile, les techniques d'évaluation, les mandats légaux, et les responsabilités professionnelles. Reconnaître les facteurs influençant l'intention des infirmières de signaler et développer des interventions appropriées va entrainer des interventions plus rapides. Les résultats de cette étude donnent une base pour comprendre le phénomène et ajouter des connaissances scientifiques sur la maltraitance</p>

	<p>interculturelle. Cette recherche fournit une base pour le développement et l'évaluation d'interventions ciblées pour améliorer les connaissances, attitudes et intentions des infirmières par rapport au signalement de la maltraitance infantile.</p> <p>Les infirmières acceptent leur devoir de signaler mais elles croient avoir été mal préparées à ce niveau. Il existe un besoin notable de fournir des programmes de formation tant pour les étudiantes que les infirmières diplômées.</p>
Remarques	<p>Limites : à cause du fait que l'échelle CARIS est un instrument développé récemment, certaines parties devraient être revues dans le futur. Une autre limite est que l'étude a employé des vignettes hypothétiques, Les réponses peuvent être biaisées parce qu'on n'a pas tous la même culture, les mêmes valeurs.</p> <p>Dans la majorité des cas recensés les parents sont les auteurs dans 80% des cas.</p> <p>Cite Paavilainen et al (2002), Feng et al (2003).</p>

9.3.8 Children's nurses' experiences of child protection : what helps ?

Titre de l'article	Children's Nurses' Experiences of Child Protection : what helps ?
Auteurs	Vicki Rowse
Journal	Child Abuse Review, 18, 168-180
Année de publication	2009
Pays	Royaume-Uni
Buts et question de recherche hypothèses	<p>Cette recherche rend compte d'un domaine de résultats d'une étude faite en 2008. C'est un résultat d'une combinaison entre</p> <ul style="list-style-type: none"> - un questionnaire relatant que la formation en protection de l'enfance ne donne pas confiance aux infirmières pour gérer les cas de maltraitance - une conscience de stress et d'anxiété des infirmières impliquées dans des cas de protection de l'enfance. <p>Cela montre qu'un soutien considérable est nécessaire pour aider les individus à gérer de tels cas et les moyens d'obtenir ce soutien n'est pas clair.</p> <p>But : explorer les expériences et sentiments des infirmières ou sages femmes travaillant dans un environnement clinique avec des enfants sujets à des investigations de la protection de l'enfance. Obtenir une compréhension de leurs besoins de soutien. Découvrir quels mécanismes de soutien sont les plus aidants pour elles. Proposer des changements ou développement dans le soutien et la formation des infirmières.</p>
Cadres de référence, concepts	Stress, burnout, besoins des soignants, prise de décision, peur, soutien
Population/échantillon	13 infirmières et 2 sages-femmes impliquées dans des situations de protection de l'enfance. Chaque participant a reçu un numéro pour ne pas être reconnaissable.
Type d'étude ou devis	Phénoménologique, qualitatif
Aspects éthiques	Le chercheur était un chef dans le département où la recherche a été faite donc les issues éthiques ont été profondément travaillées. Les participants pouvaient être poussés à dire oui car elles pouvaient avoir peur que leur non

	<p>participation puisse jouer en leur défaveur. Inversement, elles pouvaient choisir de ne pas participer par peur que leur pratique soit jugée et qu'on trouve des défauts. Étude fait partie d'un cours à l'université et les participants ont été informés que le chercheur voulait savoir leur avis pour permettre de mieux leur apporter du soutien. Confidentiel et anonyme. Ont été informé que leur implication à cette recherche n'aurait pas d'impact sur leur emploi. Accord éthique du comité de recherche NHS et du comité éthique de l'université. Des stratégies ont été mises en place pour protéger les participants comme par exemple une liste des personnes pouvant leur apporter du soutien et une liste des organisations capables de leur fournir du soutien et des conseils.</p>
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Interviews semi structurées, retranscrites mot pour mot, renvoyés à chaque participant pour un contrôle et une validation. Analyse par thème
résultats	<p>Implication dans des cas de protection de l'enfance a un profond impact sur les participants. Une personne avec des connaissances des procédures est nécessaire pour aider les participants à gérer les cas. Les infirmières ont besoin de soutien émotionnel de la bonne personne à la bonne place et au bon moment.</p> <p>Impacts sur les individus : un résultat significatif est que les sentiments des participants étaient très profonds, ceci est relié à comment ils sont informés ou soutenus et aux émotions générées par la blessure et l'action des parents. Les participants ont rejoints l'étude parce qu'il y avait des aspects négatifs de leur expérience qu'ils pensent qui auraient pu être mieux gérés. Ils se sont sentis seuls, vulnérables et abandonnés, frustrés, en colère et ont ressenti de l'empathie. Les sentiments positifs étaient d'avoir appris quelque chose de cette expérience et d'avoir une reconnaissance de leur implication. Les moments où il y a le plus de pression sont les moments du diagnostic initial et de s'occuper de la famille à ce moment là, devoir participer au tribunal, s'il y a un désaccord avec d'autres professionnels.</p> <p>Aspects sur la procédure : soucis de comment les autres vont les juger et ce souci semble influencer l'accès à l'information et au soutien. Peur d'être critiqué influence vers qui on va se tourner. Les décisions sont souvent prises par les professionnels des autres agences sans explication et les participants auraient voulu discuter avec ces personnes pour comprendre leur décision.</p> <p>Aspects émotionnels : les participants avaient des pressentiments sur la situation et sur les personnes responsables. Cela créait des frustrations et des désaccords entre les participants car il était difficile de convaincre les autres professionnels qu'une action était requise. Cette incapacité à convaincre les collègues était aussi valable pour l'équipe médicale. Les participants ont indiqué qu'ils avaient parfois des doutes sur leur jugement et que ce n'était pas facile de vivre avec cela surtout quand leur pressentiment leur disait qu'il fallait faire quelque chose et que les collègues n'étaient pas d'accord.</p>
discussion	Les infirmières spécialisées (Named Nurse) ont été mentionnées souvent. Leur rôle était très important et elles étaient une aide pour la pratique et la gestion de leurs émotions. Elles devaient être ouvertes, bien informées, dignes de

	<p>confiance, non jugeantes, dynamiques, prêtes à écouter, accessibles, avoir une bonne communication et être soutenantes. Tous les participants veulent du soutien et de l'information sur l'enfant et la famille pour les aider dans leur processus de décision. Le soutien est un thème qui est à chaque fois ressorti des interviews. quand le soutien était bon, cela a beaucoup aidé les participants et l'infirmière spécialisée était le point de référence. La confiance et l'honnêteté sont importantes. Quand une infirmière spécialisée était accessible, les participants ont signalé qu'ils étaient plus confiants. Au contraire quand l'infirmière spécialisée n'était pas impliquée, il y avait de la colère contre elles. Les attentes envers les infirmières spécialisées sont donc hautes. Les participants ont dit que les infirmières spécialisées devraient savoir quand ils sont impliqués dans un cas et devraient les contacter pour être sûres qu'ils ont toutes les informations et le soutien requis. Les participants sont plus à l'aise quand une infirmière spécialisée est sur place. Ceci est lié au fait que les participants connaissent la personne, la politique et les procédures, la formation et il y a une plus grande collaboration entre les différents intervenants. C'est donc une ressource importante. Du soutien, une supervision et un compte rendu des infirmières spécialisées sont importants afin d'éviter un stress amenant au burnout. Il est possible aussi que des autres membres de l'équipe ou les cadres soient formés car ils ne doivent pas compter que sur l'infirmière de référence.</p>
conclusion	<p>Les infirmières spécialisées jouent un rôle crucial pour aider les participants. Il ne leur suffit pas de connaître les différentes procédures, elles doivent aussi être atteignables et de confiance pour donner des conseils et offrir du soutien. Cela aide à baisser leur niveau de stress. Recommandations pour la pratique : les infirmières ressentent des émotions, du doute et des peurs, elles ont besoin de soutien de personnes de confiance et avec des connaissances. Les infirmières attendent de l'infirmière spécialisée qu'elle joue ce rôle. Elle doit être visible et familière. Les cadres doivent informer ces infirmières spécialisées. celles-ci sont là pour créer le lien entre les différents intervenants et partager les infos entre eux. Elles ont aussi le rôle de soutenir les personnes de l'équipe pendant les cas et après. Les programmes de formation doivent être élargis aux connaissances sur l'impact de la protection de l'enfance sur l'humain pour montrer que c'est normal. Cette étude devrait être répétée dans un plus grand hôpital ou une organisation avec un focus sur les enfants.</p>
Remarques	<p>Cite Feng et al (2005), Freeman et Lazenblatt (2006), Nayda (2002) et Paavilainen et al (2002)</p>

9.3.9 Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect

Titre de l'article	Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect
Auteurs	Glasser, S and Chen, W
Journal	Israel Medical Association Journal
Année de publication	2006
Pays	Israël
Buts et question de recherche	Évaluer les connaissances du personnel au sujet de la politique de l'hôpital en matière de maltraitance infantile, leurs attitudes et leur volonté d'agir dans des cas suspects de maltraitance.
Cadres de référence, concepts	Israël a les mêmes résultats que les autres pays de l'ouest avec des statistiques montrant une augmentation constante du nombre d'enfants signalés à cause d'une suspicion de maltraitance. l'obligation légale de signaler a été faite en 1989 en Israël. L'hôpital est un cadre idéal pour identifier les enfants à risque. La présentation des cas cliniques n'est souvent pas claire et pas évidente, plusieurs diagnostics sont parfois nécessaires. Une bonne identification dépend de la conscience, de la vigilance et de la capacité à faire des diagnostics des médecins et des infirmières. en Israël, le ministère de la santé demande que chaque hôpital ait son équipe de protection de l'enfance pour assumer la responsabilité de l'identification, l'évaluation et le signalement. Pour maximiser le potentiel de l'équipe à identifier les enfants à risque, il est important de comprendre les facteurs qui affectent les membres de l'équipe afin que des programmes pour augmenter leur efficacité soient mis en place. Il n'y a que peu d'informations sur les facteurs qui influencent le comportement et les attitudes des professionnels de la santé d'Israël. Une étude en Israël sur des médecins a révélé que 58% des médecins approuvaient la punition physique, ce qui était associé au comportement de signalement.
Population/échantillon	39 Infirmières, 14 médecins, 12 étudiants médecins, 14 travailleurs sociaux travaillant dans un hôpital pour enfants en Israël.
Type d'étude ou devis	Étude descriptive, quantitative
Aspects éthiques	Questionnaire anonyme, consentement des participants
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Questionnaire envoyé aux équipes de chaque département d'un hôpital pour les enfants. Questionnaire se base sur celui de Fein et al, avec permission de leur part. a été modifié et adapté. Questionnaire codé et entrés dans un programme d'ordinateur SAS pour une analyse descriptive
résultats	La moyenne de cas suspecté par personne durant l'année précédente était de 4.8. 1/5 des personnes n'avait pas été

	<p>impliqué dans de tels cas durant l'année précédente. La majorité des participants était conscient de la politique de l'hôpital concernant la maltraitance (86%) et une plus petite majorité qui était conscient de celle sur la négligence (77%). Plus d'un tiers des médecins a dit qu'il n'y avait pas de politique au sujet des cas suspectés de maltraitance, alors que uniquement 5% des infirmières disait cela.</p> <p>Attitudes : il a été demandé s'il était de la responsabilité de leur profession de clarifier les circonstances qui causent ces suspicions et la majorité (93%) a répondu affirmativement. Une autre question a été posée : sur cette liste de professionnels, à qui est-ce la responsabilité de clarifier les circonstances de la suspicion ? 83% ont répondu que le travailleur social de l'équipe de protection de l'enfance de l'hôpital devait s'en occuper. Les réponses suivantes sont le médecin chef et le département infirmier. Plus d'un tiers des participants se sent rarement ou jamais à l'aise en parlant de suspicion avec l'enfant. Les raisons données sont le souci de blesser l'enfant dans ses sentiments et l'impression qu'ils manquent de compétences et de formation pour gérer cela. D'autres raisons citées étaient l'hypothèse que l'enfant ne coopérerait pas à une telle discussion, un manque de temps et des barrières de culture et de langue. 42% des participants ne se sentent pas à l'aise en parlant des symptômes suspects avec les parents ou l'adulte accompagnant. Les raisons principalement citées sont les mêmes que celles citées précédemment avec les enfants et la peur pour leur propre sécurité (9%). Au sujet du manque de compétences et de formation pour discuter des circonstances avec l'enfant, une plus grande proportion de médecins (42%) et d'infirmières (51%) l'ont évoqué comme raison (comparé aux travailleurs sociaux et étudiants médecins (16%). 21% des travailleurs sociaux ont dit que la possibilité d'être impliqué dans une procédure légale les rend inconfortable dans la situation alors qu'aucun médecin ne l'a signalé.</p> <p>Comportement : question sur comment ils agissent lorsqu'ils sont confrontés à des situations de suspicion de maltraitance. 90% ont dit qu'ils essayaient de clarifier les circonstances et qui les a causés en se référant à l'équipe de protection de l'enfance de l'hôpital. Ils essaient d'estimer le degré de risque de blessures pour l'enfant, en essayant de trouver des témoins de l'événement. Plus des ¾ discutent des questions sur la sécurité de l'enfant avec les parents. Peu discutent de cela avec l'enfant lui-même, même si l'âge et les circonstances le permettent. En comparaison avec les médecins, les infirmières discutent plus des circonstances avec l'enfant. Les infirmières (80%) parlent plus des questions de sécurité physique de l'enfant avec les parents comparé aux médecins (62%). Sur les 39 participants qui ont référé un cas à l'équipe de protection de l'enfance de l'hôpital pour une clarification, 34 ont dit qu'ils étaient satisfaits du feedback qu'ils ont reçu.</p>
discussion	<p>La majorité des participants connaissait la politique au sujet de la maltraitance et de la négligence (même si plus de personnes connaissaient celle de la maltraitance). la connaissance des lois de signalement et des procédures est un facteur facilitant le signalement des cas suspects. La question de la maltraitance amène souvent à des sentiments ambivalents. L'accessibilité de l'équipe de protection de l'enfance encourage l'équipe à agir selon leurs suspicions. La raison principale d'inconfort lors de discussion avec les parents et l'enfant est la peur de les blesser dans leurs sentiments et un manque de compétences. Cela correspond à des résultats d'autres études. Les travailleurs sociaux se font plus de soucis sur leur implication au niveau légal que les membres des autres professions, ce qui est surprenant</p>

	<p>car les médecins en général (dans d'autres études) trouvent que aller témoigner au tribunal est une chose indésirable. Il est indispensable de connaître les attitudes, les connaissances et le comportement d'une équipe hospitalière pour une bonne identification des cas. Une grande partie des causes propres à l'hôpital entrave le travail des infirmières: manque de formation adéquate sur le sujet, pas assez de main d'œuvre, trop de changements au sein de l'équipe (turnover)</p> <p>Les résultats de cette étude sont similaires à d'autres dans le fait qu'il y a un besoin de formation continue sur ce sujet. un exemple de programme est le Scan Round Table de cet hôpital qui est un forum de discussion qui se rencontre régulièrement pour participer à des études de cas. Cela aide à développer ses compétences pour faire un diagnostic.</p>
conclusion	<p>La principale limite était que les participants étaient un échantillon choisi et non un échantillon représentatif d'une équipe hospitalière. De plus, uniquement 13% des équipes participent à l'étude et une plus large distribution des professions aurait offert une perspective plus large (si on ajoutait des psychologues, etc.)</p> <p>Les auteurs espèrent que l'étude encouragera d'autres centres médicaux à faire de même pour développer des programmes par rapport à leurs résultats. Les futures recherches peuvent fournir une vue de la situation à une plus large échelle et contribuer ainsi à planifier des politiques au niveau du ministère.</p>
Remarques	

9.3.10 Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses

Titre de l'article	Am I sure I want to go down this road ? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses
Auteurs	Shelly S. Eisbach, Martha Driessnack
Journal	Journal for Specialists in Pediatric Nursing
Année de publication	2010
Pays	USA
Buts et question de recherche	Explorer le processus du signalement de la maltraitance infantile par les infirmières en pédiatrie
hypothèses	Besoin de savoir comment les infirmières évaluent les enfants dans le besoin et comment elles décident de signaler ou non la maltraitance Le but est a) de décrire le processus de signalement de la maltraitance du point de vue des infirmières en pédiatrie et b) de pouvoir modérer les influences sur le processus de signalement
Cadres de référence, concepts	Processus de signalement, hésitation
Population/échantillon	23 infirmières : 10 infirmières scolaires, 7 infirmières en service de pédiatrie et 6 infirmières en santé mentale pédiatrique. Les infirmières venaient de différents coins du pays, où les taux de maltraitance étaient différents. ont été recrutées à travers des associations d'infirmières. elles devaient avoir eu des expériences de maltraitance infantile. C'était des infirmières autonomes, capables de s'exprimer en anglais.
Type d'étude ou devis	Qualitative, théorie ancrée, étude transversale
Aspects éthiques	Chaque infirmière a été informée de l'étude, elles ont pu choisir de répondre ou non, ont donné leur consentement.
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Permission des associations d'infirmières pour avoir une liste de ses membres. Participants ont reçu des lettres leur expliquant le but de l'étude. Celles qui étaient intéressées à participer renvoyaient une réponse par poste (déjà affranchie) ou par mail avec leurs coordonnées dedans. Chaque infirmière était ensuite contactée par l'investigateur principal. Celles qui étaient intéressées ont donné leur consentement. Étaient interviewées pendant moins d'une heure et les interviews étaient retranscrites par après. Recevaient un bon- café pour leur participation. Un système était utilisé

	pour analyser les données qualitatives : le Nvivo7. Une méthode comparative a été utilisée.
résultats	<p>Les infirmières ont partagé différentes histoires de leur pratique sur leur expérience avec la maltraitance infantile et les étapes qu'elles avaient faites avant de signaler les cas aux autorités. Elles ont identifiées trois points dans le processus :- devenir conscient du potentiel de maltraitance,- intervenir pour l'enfant ou la famille, et signaler au CPS. Cependant des influences sur la vitesse à laquelle les infirmières passaient d'un point à un autre lors du processus de signalement ont été identifiées. Chacun de ces points sont discutés dans les paragraphes suivants.</p> <p>Le premier point était la connaissance de l'infirmière et son niveau de confort en identifiant les signes et symptômes de la maltraitance infantile. Une infirmière dit qu'elle se questionne souvent car elle a peur de faire faux. Les autres infirmières ont dit que même si elles étaient au clair avec leurs connaissances sur les signes et symptômes, les cas de leur pratique n'étaient jamais autant clairs. C'était spécialement le cas lorsque les suspicions de la maltraitance étaient basées que sur des rapports subjectifs ou des symptômes en l'absence de signes objectifs. Une infirmière a évoqué une expérience qu'elle a eue avec deux sœurs. L'infirmière ne s'est pas sentie assez sûre pour signaler car elles étaient souvent absentes et avaient souvent des plaintes somatiques à divers endroits. Une fois une fille a montré ses ecchymoses sur les cuisses et là tout était clair. Les infirmières ont peur de prendre une décision trop prématurément. C'est souvent le cas pour des suspicions de négligence. Une infirmière se demande si elle arriverait à vivre avec le fait qu'elle a séparé un enfant de sa famille de façon permanente. Les infirmières ont dit que même si elles ont eu une formation continue et ont reçu des informations à jour, les infos portaient surtout sur des blessures objectives et pas assez sur ce qu'il faut faire lorsque la preuve est subjective ou moins concrète. Certaines infirmières se sentent à l'aise avec leurs propres estimations et leurs connaissances et pensent que leur lieu de travail saurait les soutenir. Ces infirmières n'hésitent pas et ne se posent pas de questions.</p> <p>Le deuxième point arrive lorsque les infirmières arrêtent de contextualiser leurs évaluations pour évaluer la situation sociale de la famille. les infirmières sont hésitantes pour signaler leurs suspicions jusqu'à ce qu'elles aient une vision d'ensemble de la situation. Une infirmière a dit qu'il lui a fallu une année pour identifier un cas. Les infirmières se sont interrogées si elles imposaient leurs propres valeurs à ces familles vulnérables. Elles parlaient de prendre son temps pour comprendre la situation familiale de l'enfant, les compétences parentales, le niveau de stress ou/et leurs ressources. Elles avaient besoin de plus d'informations et voulaient être sûres avant de signaler, en essayant de distinguer la négligence volontaire d'une situation sociale compromise et évaluer l'intention des parents. Une infirmière dit qu'il est difficile de différencier si quelqu'un n'est juste pas intelligent ou bien s'il ne veut pas s'occuper de son enfant.</p> <p>Le troisième point : les infirmières pèsent les avantages et les inconvénients de fournir des services par elles mêmes avant de signaler. Certaines infirmières parlaient d'intervenir elles-mêmes en épuisant tous les moyens de soutien et leurs ressources avant de signaler le cas au CPS. Ce n'était pas vu comme un retard au traitement car ces infirmières restaient très attentives aux soins de l'enfant. Cependant les autres infirmières ont dit que leur décision de repousser le</p>

	<p>signalement était lié au fait que le CPS était surbooké et que si elles signalaient le CPS ne pourrait pas agir rapidement.</p> <p>La décision de retarder le signalement montre une peur de l'infirmière pour la sécurité de l'enfant. Certaines infirmières ont dit qu'elles avaient peur que le stress d'un signalement stresse une famille déjà stressée et que la menace de la maltraitance soit empirée à cause de l'action de l'infirmière. Les infirmières ont peur que la famille coupe les ponts avec les soignants, ce qui placerait l'enfant à haut risque de maltraitance si l'infirmière signale. L'infirmière a aussi peur pour sa propre sécurité, à cause des représailles des parents.</p> <p>Ces trois points affectent la vitesse à laquelle les infirmières vont signaler les cas. Pour certaines le signalement de la maltraitance est facile et immédiate, pour d'autres elle est complexe et lente. Si l'infirmière est à l'aise avec ses connaissances et compétences pour distinguer la maltraitance au premier point, elle va passer les 2 prochains points avec peu de retard pour le processus de signalement. Cependant si l'infirmière hésite au premier point, la prise de décision sera plus complexe et cela va influencer les points suivants et retarder le processus. Ce qui fait changer le processus de signalement se trouve donc dans le premier point. Pour cette raison deux thèmes ont été identifiés : la facilité de signaler et la complexité.</p> <p>Décisions faciles : preuves évidentes, objectives lors de maltraitance physique : facile à signaler, pas de réévaluations, de questionnement. Infirmières sont à l'aise lorsqu'elles reconnaissent des signes de maltraitance comme quand la raison évoquée par les parents ne correspond pas à la blessure et à sa sévérité ou quand des ecchymoses apparaissent aux endroits caractéristiques. Dans ces cas là, elles n'ont pas besoin de contextualiser la situation ou d'avoir plus d'infos.</p> <p>Décisions difficiles : plus difficile de décider quand les signes et symptômes sont subjectifs et moins évidents. La complexité est augmentée lorsqu'un enfant révèle des preuves non adéquates. Pendant que beaucoup d'infirmières croient l'enfant tout de suite et signalent immédiatement, certaines ont dit qu'elles ont du vérifier ce que disait l'enfant avant de signaler. Certaines infirmières ont peur d'influencer les dires de l'enfant à cause des questions qu'elles leur posent. Quand les infirmières n'étaient pas sûres, elles cherchaient des informations supplémentaires, continuaient à rester vigilantes, organisaient des visites de suivi, donnaient des infos sur des cours sur comment devenir parents, cherchaient des bons pour donner des services gratuits à ces parents. C'était uniquement lorsqu'elles avaient épuisé les solutions qu'elles décidaient de signaler les cas. Ce qui augmentait aussi la difficulté était l'expérience des infirmières avec le signalement des cas. Une infirmière dit que très souvent il n'y a pas d'investigation, qu'elle se sent frustrée. Des fois, ont l'impression de ne pas être prise au sérieux, ressentent de l'indifférence de la part du département de la santé. Certaines infirmières pensent qu'il faut insister sur le cas pour qu'il soit pris au sérieux. Si c'est pris en compte, elles sont satisfaites, donc cela aide pour les prochains cas.</p>
discussion	<p>Au début de cette étude, il était prévu de regarder les similarités et différences entre la pratique dans les différents lieux de soins (école, centre des premiers soins et cliniques de santé mentale). Il était attendu que les expériences seraient</p>

	<p>différentes parce que les rôles et les responsabilités des infirmières dans ces services ne sont pas les mêmes. Cependant, ce n'est pas ce qui est ressorti de cette analyse. Les infirmières ont fait des signalements appropriés, ont assisté les familles pour qu'ils obtiennent les ressources nécessaires et ont été vigilantes aux signes et symptômes. Les résultats sont cohérents avec d'autres études. Ce que cette étude apporte est l'identification de ces 3 points qui influencent le processus. De plus, elle met en évidence les domaines spécifiques pour mettre en place des interventions éducatives et institutionnelles aussi bien que pour des nouvelles recherches. Le premier point met en évidence que si l'infirmière reconnaît les signes et symptômes de la maltraitance elle se sent plus sûre dans la situation et signale sans hésitation. Ce résultat met en évidence qu'il faut une éducation pour les infirmières en pédiatrie sur la reconnaissance de la maltraitance. Les infirmières de cette étude hésitaient quand les signes et symptômes étaient subtils ou non évidents. Cette hésitation leur fait retarder le signalement. Ce résultat suggère le besoin de réexaminer les cours sur la maltraitance pour y inclure non seulement les signes et symptômes évidents, mais aussi ceux qui le sont moins. Les infirmières en pédiatrie devraient être encouragées à partager leurs expériences pour aider au développement de vignettes qui représentent ces cas plus subtils afin de les intégrer dans des cours.</p> <p>Point 3 : les infirmières ont réfléchi sur les services disponibles et sur les avantages et inconvénients de « donner le cas » au CPS. Cela montre une incertitude et de l'inquiétude quant aux conséquences de leur signalement aux services de protection.</p>
conclusion	<p>Limites et recherches futures : les infirmières de cette étude étaient expérimentées et bien informées. Bien que cela ait facilité le partage des expériences, cela a pu fausser les résultats. Il serait donc bien de refaire la même étude avec des infirmières novices. De plus, seulement les infirmières qui avaient signalé des cas ont été interviewées. Quel est le processus pour celles qui décident de ne pas signaler ? les cas ne sont pas recensés s'ils ne sont pas signalés.</p>
Remarques	<p>Met en lumière le rôle des soignants dans la détection de la maltraitance infantile, que les infirmières ne signalent pas toujours leurs suspicions. Recension des écrits : Paavilainen et al (2002), Freeman & Lazenblatt (2005), child abuse reporting experience survey (2008)</p>

9.3.11 Barriers to mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals

Titre de l'article	Barriers to mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals
Auteurs	Jackie S. Smith, Susan L. Rainey, Kirk R. Smith, Chona Alamares, Denise Grogg
Journal	Journal of Trauma Nursing
Année de publication	2008
Pays	Etats-Unis, Floride
Buts et question de recherche	Découvrir les barrières des infirmières face au signalement obligatoire de la violence domestique. (plus de la moitié des personnes qui maltraitent leur partenaire maltraitent aussi leurs enfants)
Cadres de référence, concepts	Violence domestique signalement
Population/échantillon	1000 questionnaires envoyés aux infirmières, 184 retours, majoritairement féminin.
Type d'étude ou devis	Étude non expérimentale, quantitative et qualitative
Aspects éthiques	Anonyme, le fait de retourner les questionnaires était pris comme un consentement.
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Questionnaire envoyé à 1000 infirmières avec enveloppe de retour et explications dedans. Consentement des participants.
résultats	27% ont répondu qu'elles avaient suspecté un cas mais ne l'avaient pas signalé en disant qu'il n'y avait pas assez de preuves. C'était la barrière la plus fréquemment citée (32%). La deuxième barrière était que le patient ne voulait pas que cela soit signalé (16%). La troisième est la confidentialité entre le patient et l'infirmière, ce qui montre le dévouement des infirmières pour respecter l'autonomie du patient. Pas de lien entre âge et le signalement. 39,7% ont signalé des cas. Sur les 39.7 % qui ont signalé des cas, 44% avaient des expériences personnelles avec la violence domestique. Et 66% n'ont pas eu d'expérience personnelle dans la maltraitance. les personnes qui n'avaient jamais signalé de maltraitance, 18% avaient eu une expérience personnelle avec la maltraitance. 45% des participants ont dit qu'ils avaient été exposé à la violence domestique dans leur vie privée. 50% impliquait un membre de la famille, le plus communément la sœur ou la mère. 21% étaient victimes eux-mêmes de violence domestique. L'abus d'alcool était cité comme un facteur incitatif dans plusieurs cas. La vaste majorité des auteurs étaient des hommes, plus spécialement les maris. On retrouvait des voies de fait verbales, sexuelles et physiques, aussi bien que d'autres formes de domination et d'oppression. Certaines des victimes ont demandé l'aide de la police, ont déposé plainte, se sont enfuis, et ont divorcé de leur mari qui les

	<p>maltraitait pour trouver une sécurité. Malheureusement les enfants et les victimes âgées étaient essentiellement sans défense contre la violence. Les rapports sur les cas extrêmes ont fourni un aperçu des potentielles conséquences dévastatrices. Un participant a expliqué que son voisin est retourné chez son agresseur plusieurs fois et qu'il a été frappé dans le dos à plusieurs reprises et qu'il est mort. Selon la théorie ancrée, les données indiquent que les infirmières ont un point de vue éclairé envers la violence domestique et elles sont qualifiées pour identifier les signes de maltraitance et intervenir de façon appropriée.</p> <p>Autres barrières : perturbation dans les relations familiales 6.42%, peur des répercussions et des représailles (5.5%), sont mal à l'aise dans la situation (5.5%), le problème n'est pas assez sérieux (5.5%), ne veut pas être impliqué avec la police ou au tribunal (4.58), la personne ayant l'autorité ou l'institution ne veut pas signaler (4.58), ne savait pas comment faire (4.58), intrusion dans la vie privée (3.66), contrainte de temps (2.75%), les autres ont signalé (2.75), inconscient des lois sur le signalement (0.09)</p>
discussion	Limites : peu de questionnaires reçus en retour
conclusion	<p>L'information donnée dans cette étude est cruciale pour augmenter la conscience du problème et créer des interventions qui vont conduire à l'amélioration du signalement.</p> <p>L'éducation est cruciale pour développer la conscience et augmenter la compréhension de la violence domestique. Il est essentiel d'avoir une formation multidisciplinaire qui est sensible au niveau culturel. Les lois de signalement sont impératives pour fournir de guide aux professionnels de la santé et les autres professionnels. Les politiciens devraient clarifier les définitions légales et établir des protocoles. Les professionnels de la santé ont besoin d'identifier leurs propres attitudes au sujet de la violence domestique. Les résultats de cette étude démontrent que les infirmières ne sont pas entravées par leurs propres expériences, en fait celles qui ont expérimenté la violence sont plus susceptibles de signaler.</p>
Remarques	

9.3.12 Caring for maltreated children : a challenge for health care education

Titre de l'article	Caring for maltreated children : a challenge for health care education
Auteurs	Paavilainen, E., Paivi, A., Paunonen-Ilmonen M. & Pekka L.
Journal	Journal of Advanced Nursing, 37(6), 551-557
Année de publication	2002
Pays	Finlande
Buts et question de recherche hypothèses	Etablir si les infirmières en pédiatrie et si les médecins dans un hôpital universitaire ont besoin de plus de formation dans l'identification de la maltraitance physique et si il y a besoin de développer d'autres formations sur les débouchés de la maltraitance. le but est d'acquérir des connaissances pour développer la formation pour mieux soigner ces enfants et familles.
Cadres de référence, concepts	Les besoins de formation
Population/échantillon	317 infirmières et médecins s'occupant d'enfants dans un hôpital universitaire. 222 infirmières.
Type d'étude ou devis	Mixte : qualitatif et quantitatif
Aspects éthiques	Comité éthique de l'hôpital donne son accord, questionnaire anonyme.
Méthodologie de collecte et d'analyse des données	Questionnaire testé par des experts en soins pédiatriques. Quelques changements ont du être faits pour assurer une lisibilité et la fiabilité des questions. Questions sur les données démographiques (âge, service, années de pratique,..) questions sur la difficulté d'identifier et le besoin de formation. Questions ouvertes et fermées. Les questions structurées ont été analysées par le système SPSS.
résultats	Moins de la moitié des participants a signalé qu'ils avaient soigné un enfant maltraité. Moins d'1/5 ont suspecté un cas de maltraitance et 40 % ne s'est jamais occupé d'un enfant maltraité. Les 2/3 pense qu'ils arrivent à identifier un enfant maltraité. 71% pense que l'identification est une chose relativement difficile ou difficile. Ceux qui s'étaient occupé d'enfants maltraités dans leur pratique pensent que l'identification est plus dure. La complexité du phénomène, le fait que les soignants soient trop surchargés et le fait que la conscience de ce phénomène est basse sont des facteurs qui font que l'identification est difficile pour les infirmières. Elles ont donc l'impression d'être trop surchargées pour arriver à identifier un cas correctement. C'est un frein pour elles dans l'identification d'un cas. Elles disent aussi qu'elles n'ont pas assez conscience de l'ampleur du phénomène. Le fait qu'il n'y a pas de ligne directrice officielle est une mauvaise chose pour les infirmières. 73% des participants ont dit qu'ils avaient besoin de plus d'éducation sur les questions de la maltraitance infantile. 37% ont dit avoir besoin de formation sur les questions relatives à la maltraitance physique, 46%

	<p>sur la maltraitance psychologique. 37% ont signalé avoir besoin d'informations sur les abus sexuels et la négligence. 49% ont dit avoir besoin de formation pour identifier les cas. 49% veulent une formation sur les symptômes, 37% sur les effets, 33% sur le fonctionnement des familles maltraitantes, 32% sur comment gérer ses émotions lors de maltraitance infantile. Les participants ont évoqué leur hésitation à discuter des questions sensibles avec la famille et l'enfant. 36% exprime ne pas avoir assez de connaissances sur comment travailler avec les familles maltraitantes. 34% ne sait pas comment la communauté peut agir contre la maltraitance. celles-ci aimeraient donc pouvoir avoir un cours sur ce sujet. 18% ont besoin d'une supervision clinique. 9% aimerait avoir une formation sur les facteurs de risques et la prévention de la maltraitance. S'être occupé de cas de maltraitance fait que ces professionnels expriment plus le besoin de formation. Donc c'est une fois qu'on s'est occupé d'un cas qu'on se rend compte de nos manques. Les participants trouvent que la formation augmente la qualité des soins et croient que cela va augmenter le taux de détection de maltraitance car dans les situations compliquées et délicates, pensent que ca va les aider. Le fait que le nombre de cas de maltraitance augmente de plus en plus donne envie aux soignants de faire une formation. Ceux qui ont dit ne pas vouloir de formation disaient qu'ils travaillaient dans des services ou il n'y avait pas d'enfants maltraités où allaient bientôt partir à la retraite.</p>
discussion	<p>40% des participants a signalé ne s'être jamais occupé d'un enfant maltraité. Cependant, 60% ont dit qu'ils se sentaient capables d'identifier un enfant maltraité. Ils étaient plus susceptibles d'identifier les cas si l'enfant souffrait de fractures, d'ecchymoses sur différentes parties du corps et d'accidents fréquents. Une chose qui n'est pas ressorti de l'étude est que les ecchymoses d'âges différents sont souvent des signes de maltraitance. les participants ont besoin de formation. La raison principalement citée était que la formation d'infirmière ou de médecin ne propose pas des cours sur la maltraitance infantile. Un auteur a trouvé qu'après une formation faite auprès de médecins, ceux-ci étaient plus capable de discerner entre accident et maltraitance dans les situations pratiques et théoriques. Faire une formation aide à savoir comment parler avec l'enfant et les parents et comment fonctionner comme membre d'une équipe pluridisciplinaire d'une façon efficace. Le fait que les participants qui avaient déjà connu des cas de maltraitance ont mentionné qu'ils avaient plus besoin d'éducation et qu'ils trouvaient l'identification plus difficile que les autres professionnels montre la complexité de la question et pourquoi ils hésitent parfois à intervenir. En théorie, les participants ont des connaissances sur les signes et les effets de la maltraitance. cela montre la complexité et la difficulté de la question et montre comment la maltraitance touche les soignants dans leurs actions et leurs sentiments. L'hésitation à évoquer quelques questions auprès de la famille le montre bien. Ils ont besoin de protocoles sur « comment soigner ces enfants et familles ». une étude a montré que les patients répondaient assez facilement à des questions directes sur la maltraitance physique et sexuelle. Ils ne lancent pas la discussion d'eux même mais répondent aux questions.</p> <p>Les résultats de cette étude fournissent des suggestions pour le développement de la formation de base et supplémentaire sur la maltraitance infantile. Des connaissances plus théoriques et basées sur la recherche est nécessaire. La conscience de l'équipe soignante de la législation sur la maltraitance est inadéquate. Des connaissances sur la difficulté et les questions sensibles sont nécessaires. Savoir comment approcher les patients et discuter de la question pour être sûr que le patient reçoive les meilleurs soins possibles est indispensable. Les étudiants devraient</p>

	aussi avoir la possibilité de pratiquer ces situations pendant leur formation. La division du travail entre les différents intervenants devrait être précisée en disant qui fait quoi dans les cas de maltraitance. une même formation pour les différents groupes professionnels, le développement du contenu de base et supplémentaire de la formation et que des lignes directrices soient faites pour chaque établissement ou région serait un moyen pour atteindre les buts mentionnés auparavant.
conclusion	Pour les recherches futures, il serait intéressant de conduire une étude qui fait suite à celle-ci et qui met en évidence comment le développement de la formation affecte le regard des soignants sur la maltraitance infantile et leur capacité à s'occuper d'enfants maltraités.
Remarques	