

Traduction et adaptation culturelle d'un instrument de dépistage des signes de maltraitance envers une personne âgée

Translation and cultural adaptation of a screening tool for signs of elder abuse

Christophe NAKAMURA¹, Delphine ROULET SCHWAB², Diane MORIN³

RÉSUMÉ

Contexte : La maltraitance envers les personnes âgées est reconnue depuis 2002 comme un problème de santé publique prioritaire par l'Organisation Mondiale de la Santé. Des lacunes importantes dans la détection des situations de maltraitance envers les personnes âgées sont toutefois déplorées dans la littérature internationale.

Objectif : Traduire en français suisse romand, adapter culturellement et vérifier la faisabilité de l'utilisation d'un outil de dépistage précoce des situations de maltraitance envers une personne âgée dans le contexte de l'aide et des soins à domicile : L'Elder Assessment Instrument (EAI) (Fulmer, 2008).

Méthode : 1) Traduction et adaptation culturelle de l'EAI selon la méthode de Vallerand ; 2) validation de contenu auprès de six consultantes en soins d'un service de soins à domicile ; 3) test de l'outil de dépistage avec la participation de 30 infirmières travaillant auprès de personnes âgées vivant à domicile.

Résultats : L'EAI a été renommé « Outil d'évaluation des Situations de Suspensions de Maltraitance envers une Personne Agée » (SMPA) en français. La validation de contenu de l'outil SMPA a permis d'améliorer la traduction initiale. La grande majorité des consultantes ou infirmières interrogées sont d'avis que le SMPA est utile et utilisable dans leur pratique professionnelle.

1 Infirmier M.Sc, Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique, Département de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne, Suisse.

2 Psychologue Ph.D, Professeure ordinaire HES, Institut et Haute École de La Santé La Source, avenue Vinet 30, 1004 Lausanne, Suisse.

3 Infirmière Ph.D, Professeure invitée, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse.

Article reçu le 10/11/2014 et accepté le 14/06/2015

ABSTRACT

Background: Since 2002, the World Health Organization considers elder abuse as a priority public health problem. However, according to the international literature, detection of elder abuse situations is suboptimal.

Aim: To translate in Swiss French, culturally adapt and test the feasibility of using a tool for early detection of signs of elder abuse in home care services: the Elder Assessment Instrument (EAI) (Fulmer, 2008).

Method: 1) Translation and cultural adaptation of the EAI using Vallerand's recommendations; 2) Content validation by six care consultants of a home care service; 3) Test of the screening tool with the participation of 30 nurses working with elderly people living at home.

Results: The EAI has been renamed in French "Outil d'évaluation des situations de Suspensions de Maltraitance envers une Personne Âgée" (SMPA). The content validation of this tool has enabled to improve the initial translation. The vast majority of participating consultants or nurses said that the SMPA was useful and applicable to their professional practice.

Discussion: The SMPA appears to be a relevant tool in the context of home care. Yet, to be effective, the SMPA needs to be used by interdisciplinarity teams and requires appropriate prior training.

Auteur correspondant : Monsieur Christophe Nakamura, Infirmier M.Sc, Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique, Département de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne, Suisse.
Courriel : christophe.nakamura@chuv.ch

Discussion : Le SMPA semble être un outil pertinent pour le contexte des soins à domicile, à condition qu'il soit employé en interdisciplinarité. L'utilisation du SMPA nécessite une formation spécifique préalable.

Mots clés : Maltraitance - Personne âgée - Outil de dépistage - Traduction française

Rev Geriatr 2015 ; 40 (7) : 389-400.

Keywords: Abuse - Elderly - Screening tool - French translation

Note des auteurs : La forme féminine est privilégiée dans cet article dans le but d'alléger le texte. Il est entendu que le terme « infirmière » désigne également les infirmiers.

INTRODUCTION

La maltraitance envers les personnes âgées est un phénomène encore tabou, complexe et multifactoriel. Cette problématique reste un défi de taille de nos jours⁽¹⁾. Différentes définitions de la maltraitance sont disponibles dans la littérature, mais aucune d'entre elles ne fait l'objet d'un consensus au niveau international⁽²⁻⁴⁾. Toutefois, la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Région Europe est souvent citée⁽⁴⁾ :

« ... un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Comme d'autres types de violence, la maltraitance envers les aînés peut prendre diverses formes, telles que physique, mentale, émotionnelle, sexuelle. Elle peut également inclure des abus financiers ou matériels, lorsque des tiers utilisent de manière inappropriée les ressources et les biens d'une personne âgée. La maltraitance se manifeste aussi parfois par de la négligence » (traduction libre, p. 1).

Tel qu'il apparaît dans la définition ci-dessus, plusieurs formes de maltraitance sont documentées dans la littérature et la maltraitance psychologique, la maltraitance financière et la négligence sont certainement les formes les plus fréquemment mises en évidence⁽⁴⁻⁹⁾. Plusieurs études soulignent également que plus d'une forme de maltraitance coexistent dans la plupart des situations⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Une revue de littérature met en évidence qu'entre 3,2 % et 27,5 % des personnes âgées dans le monde seraient concernées par une quelconque forme de maltraitance⁽¹⁴⁾. L'OMS Région Europe estime que plusieurs millions de personnes de plus de 60 ans subiraient de la maltraitance chaque année⁽⁴⁾. Selon les études effectuées en Europe, le taux de prévalence de la maltraitance varierait entre 2,2 %⁽⁸⁾ et 32 %⁽¹⁵⁾.

Les facteurs de risque de maltraitance envers les aînés sont multiples et différent en fonction du contexte et du type de

maltraitance⁽⁴⁾. Ils peuvent être liés à la personne âgée victime de maltraitance (p.ex. troubles cognitifs, comportements d'agressivité, maladies psychiatriques, etc.), à l'auteur de maltraitance (p.ex. épuisement du proche aidant, abus de substances, etc.), à la dynamique relationnelle (p.ex. relations dysfonctionnelles, conflictuelles ou pauvres, dépendance financière de l'aidant envers la personne âgée, etc.) et à des conditions reliées à l'environnement (p.ex. faible soutien social, isolement social, etc.)⁽⁴⁾.

Les conséquences de la maltraitance sont d'ordre social, physique, psychique et financier⁽⁴⁾. Une étude américaine rapporte notamment que les personnes âgées victimes de maltraitance sont plus susceptibles de mourir au cours d'une période de trois ans comparativement à celles n'ayant subi aucun mauvais traitement (OR = 3,1 ; IC 95 % : 1,4-6,7)⁽¹⁶⁾. Des chercheurs américains ont également démontré que les personnes âgées maltraitées étaient plus susceptibles d'être admises dans un service d'urgence (OR = 3,2 ; IC 95 % : 1,7-6,2 ; $p < 0,0001$)⁽¹⁷⁾. De plus, une association positive entre le fait d'être victime de maltraitance et le placement en maison de retraite (OR = 3,7 ; IC 95 % : 2,9-4,6 ; $p < 0,0001$) a également été observée⁽¹⁷⁾.

Malgré l'ampleur du phénomène et ses répercussions, le dépistage des situations de maltraitance reste encore lacunaire de nos jours. En effet, malgré le fait que les professionnels des secteurs de la santé et du social aient une responsabilité professionnelle dans la détection des situations de maltraitance^(18, 19), ceux-ci ont une faible capacité à détecter ces situations^(20, 21). Plusieurs outils ont été développés à travers le monde afin d'en améliorer le dépistage. Une grande majorité de ces outils sont en langue anglaise. Quelques outils existent en langue française, mais aucun ne s'intéresse aux signes de maltraitance et n'est spécifiquement adapté à la culture suisse romande. Le dépistage des mauvais traitements par le repérage de signes de maltraitance - et non pas uniquement par l'identification de facteurs de risque - pourrait permettre une meilleure discrimination des situations d'abus avérés par rapport aux situations à risque de maltraitance. Une

diversification et une triangulation des méthodes de dépistage et d'évaluation des situations de suspicion de maltraitance (p.ex. repérage des facteurs de risque, repérage des signes de maltraitance, examen clinique, entretien avec la personne âgée, etc.) sont recommandées dans la littérature⁽²²⁾.

Partant de ces constats, cette étude visait à traduire en français suisse romand, à adapter culturellement et à vérifier la faisabilité de l'utilisation d'un outil de dépistage précoce de la maltraitance envers une personne âgée dans le contexte de l'aide et des soins à domicile. Ainsi, l'*Elder Assessment Instrument (EAI)*⁽²³⁾ est l'outil qui a été choisi. Il a été développé en 1980 par Fulmer et ses collègues et adapté à plusieurs contextes⁽²⁴⁾. L'EAI est un outil en anglais américain composé de 41 items, dont six sont réservés à l'inscription de commentaires. Les 41 items sont regroupés en six sections : a) « General Assessment » ; b) « Possible abuse indicators » ; c) « Possible neglect indicators » ; d) « Possible exploitation indicators » ; e) « Possible abandonment indicators » ; et f) « Summary ». Les possibilités de réponse se présentent sous la forme d'une échelle de Likert à 5 positions. Les propriétés métrologiques suggèrent une bonne cohérence interne mesurée par le coefficient alpha de Cronbach qui est de 0,84, une fidélité test-retest de 0,83 ($p < 0,0001$), de même qu'une sensibilité de 71 % et une spécificité de 93 %^(24, 25). Cet outil nécessite 12-15 minutes pour être administré⁽²⁶⁾. L'EAI a été développé initialement pour soutenir les infirmières des services d'urgences dans le dépistage de la maltraitance envers les personnes âgées⁽²⁷⁾. Il a également été testé en contexte de soins ambulatoires⁽²⁸⁾. Selon Fulmer, l'EAI serait utilisable dans tous les contextes cliniques⁽²³⁾. Cet outil a également l'avantage de convenir dans le cas de personnes souffrant de troubles cognitifs, car son administration se fait par la compilation d'observations cliniques et de données recueillies auprès de la personne âgée^(22, 23). L'EAI se base donc sur des observations cliniques et ne comporte pas de questions directes préétablies⁽²²⁾, contrairement à d'autres outils disponibles dans la littérature. Son administration serait de ce fait moins confrontante.

OBJECTIFS

Cette étude comportait quatre objectifs répartis en deux phases :

Phase I : Traduction en français suisse et validation culturelle

1. Le premier objectif était de traduire et d'adapter culturellement l'EAI en utilisant la méthode de Vallerand⁽²⁹⁾.

2. Le deuxième objectif était de valider l'adéquation de la traduction de l'EAI en français suisse romand auprès de consultant·es en soins.

Phase II : Test d'utilisation de la version française de l'EAI pour la récolte de données et test de vérification de l'utilité et de la faisabilité

3. Le troisième objectif consistait à tester la version de l'EAI traduite en français suisse romand (renommée en français SMPA « Outil d'évaluation des Situations de Suspensions de maltraitance envers une Personne Agée ») en décrivant le pourcentage des « signes possibles » ou « signes évidents » de maltraitance à l'aide du SMPA, chez des personnes âgées recevant des soins infirmiers à domicile.

4. Le quatrième objectif était de vérifier l'utilité et la faisabilité de son utilisation auprès d'infirmières en soins à domicile.

MÉTHODES

Devis

Il s'agit d'une étude descriptive méthodologique, menée selon les recommandations de validation transculturelle d'instruments de Vallerand⁽²⁹⁾. Cet auteur propose un processus de traduction en sept étapes : 1) préparation d'une version préliminaire ; 2) évaluation des versions préliminaires ; 3) pré-test ; 4) évaluation de la validité concomitante et de contenu ; 5) analyse de fidélité ; 6) évaluation de la validité de construit ; 7) établissement des normes. En lien avec le cadre dans lequel s'inscrivait cette étude, les phases 1) à 3) ont été réalisées, ainsi que la validation de contenu de la phase 4).

Échantillon

Le mode d'échantillonnage était de type non probabiliste et de convenance. Les participantes à la première phase de l'étude étaient des consultant·es en soins ayant une expérience en gériatrie et travaillant dans le secteur des soins à domicile dans le canton de Vaud en Suisse. Les participantes à la deuxième phase de l'étude étaient des infirmières en soins à domicile de la même région, côtoyant régulièrement dans le cadre de leur activité professionnelle des personnes âgées vivant à domicile.

Déroulement de la phase I de l'étude

Tout d'abord, la permission de traduction et d'adaptation culturelle de l'EAI a été obtenue auprès de l'auteur·e de la version originale de l'EAI. Puis, sur la base du modèle de Vallerand⁽²⁹⁾, une première traductrice d'origine suisse romande, maîtrisant le français (langue maternelle) et l'anglais américain, a traduit en français (*translation*) la version originale anglaise de l'EAI. Un infirmier clinicien spécialisé d'origine américaine, mais travaillant en Suisse romande, a ensuite retraduit cette version française en anglais (*back-translation*). Finalement, la version originale ainsi que la version retraduite en anglais (*back-translation*) ont été

comparées par l'équipe de recherche. Les équivalences sémantiques, idiomatiques, expérientielles et conceptuelles⁽³⁰⁾ de chaque énoncé ont été évaluées et les ajustements nécessaires ont été réalisés. Cette étape de traduction a permis de proposer une version française expérimentale de l'EAI à six consultantes volontaires pour valider l'adaptation culturelle de la version expérimentale française. Des documents d'information, la version expérimentale de l'EAI et un questionnaire leur ont été envoyés par courrier. Ces documents ont été retournés à l'équipe de recherche par courrier, de manière anonyme (enveloppe pré-adressée et préaffranchie). Les résultats obtenus ont été discutés lors d'une rencontre des membres de l'équipe de recherche. La version expérimentale française de l'EAI a été modifiée en fonction des remarques des consultantes. Cette première phase de l'étude a permis d'évaluer la validité de contenu de la version expérimentale française de l'EAI et de produire une nouvelle version française adaptée culturellement. Cette version a été testée auprès des participantes à la phase II.

Déroulement de la phase II de l'étude

Une séance d'information et de distribution des questionnaires a été organisée auprès d'infirmières volontaires provenant de cinq centres de soins à domicile du canton de Vaud en Suisse. Une fiche d'information, un formulaire de consentement, la version française expérimentale adaptée de l'EAI ainsi qu'un questionnaire comportant des questions complémentaires ont été distribués aux infirmières intéressées à participer à l'étude. Les infirmières avaient pour consigne de remplir la version française adaptée de l'EAI en référence au dernier patient âgé de plus de 65 ans auprès duquel elles étaient intervenues dans le cadre de leur pratique professionnelle. Au total, 31 questionnaires ont été distribués, et 30 ont été complétés (taux de participation de 97 %). Les infirmières impliquées tant dans la phase I que dans la phase II étaient invitées à se prononcer sur les questions suivantes : 1) « À votre avis, est-ce que cet outil (EAI) est utilisable en pratique pour le contexte des soins à domicile ? » ; et 2) « Est-ce qu'un outil de détection de la maltraitance envers les personnes âgées comme l'EAI vous serait utile dans votre pratique professionnelle quotidienne ? ». Ces deux questions complémentaires ont permis d'évaluer la faisabilité et l'utilité de l'outil pour le contexte des soins à domicile.

Analyses des données

Les données récoltées ont été analysées par des statistiques descriptives à l'aide du logiciel Stata©_Version12 grâce à des mesures de tendance centrale et de dispersion (moyenne, écart-type, médiane, min-max) ou des mesures de fréquence et de pourcentage. Finalement, une analyse de contenu thématique a permis d'analyser les commentaires libres des participantes.

Considérations éthiques

Un avis favorable a été émis par la Commission cantonale vaudoise d'éthique de la recherche sur l'être humain.

RÉSULTATS

Résultats de la phase I de l'étude

Quinze termes ont été modifiés entre la première version française de l'EAI (*translation*) et la version expérimentale française de l'EAI soumise aux consultantes. À titre d'exemple, le terme « patient » a été remplacé par « personne âgée » (population cible de l'outil) et le terme « ulcère de décubitus » a été substitué par « escarre de décubitus », appellation utilisée par les infirmières suisses pour décrire ce type d'ulcère⁽³¹⁾. Les cotations sur l'échelle de Likert de la première section de la version expérimentale française de l'EAI (Évaluation globale) ont été remplacées par « très adéquat », « adéquat », « inadéquat », « très inadéquat ». Les termes « hématome » et « plaie » ont été ajoutés à ceux de « contusion » et « laceration », car ceux-ci ne sont pas utilisés par les infirmières en gériatrie en Suisse romande. Il s'agit en effet d'une terminologie médico-légale⁽³²⁾. L'auteure de la version originale de l'EAI a été consultée pour préciser le terme « impaction ». Il a finalement été remplacé par le terme « fécalome », terminologie figurant dans les manuels de soins infirmiers usuels^(32, 33). C'est cette version ajustée en français suisse romand qui a été utilisée pour la suite de l'étude.

Six femmes, dont quatre consultantes en soins infirmiers (66,7 %) et deux consultantes ergothérapeutes (33,3 %) ont participé à la phase I de la validation de contenu en français suisse romand. L'âge moyen était de 53,2 ans ($\pm 7,9$). Elles avaient une expérience professionnelle de 28,8 ans en moyenne ($\pm 8,9$), dont une moyenne de 18,3 ans ($\pm 5,8$) spécifiquement dans un service de soins à domicile.

Le *tableau 1* présente les résultats de l'évaluation de la clarté (précision et simplicité des termes) des items de la version française suisse romande de l'EAI par les consultantes. Comme on peut le voir, les instructions de l'outil n'étaient pas claires pour la plupart des consultantes ($n = 5$; 83,3 %). Au moins la moitié des consultantes ont aussi considéré les sections suivantes comme peu claires : « Évaluation globale », « Indices possibles d'abus financiers et matériels » et « Indices possibles de maltraitance physique », « Indices possibles de négligence ». La section « Indices possibles de démission du proche aidant » est apparue comme étant claire pour la majorité des consultantes ($n = 5$; 83,3 %) de même que la section « Synthèse » (80 %). Par ailleurs, plusieurs consultantes ont souligné que certains items pourraient être difficiles à évaluer par les infirmières, notamment ceux liés à la maltraitance financière et matérielle. Néanmoins, toutes les consultantes ($n = 6$; 100 %) étaient d'avis que l'EAI serait utile et utilisable dans le contexte des soins à domicile.

Tableau 1 : Clarté, précision et simplicité des termes utilisés dans la version française expérimentale de l'EAI selon les consultants. (Oui = les termes de cette section sont clairs précis et simples ; Non = les termes de cette section ne sont pas ou peu clairs, précis et simples).

Table 1: Clarity, precision and simplicity of the terms used in the French pilot version of the EAI, according to the consultants. (Yes = the terms used for that section are clear, precise and simple; No = the terms used for that section are not at all, or not very, clear, precise and simple).

	n	%	Synthèse des commentaires
Instructions de l'outil			
Non	5	83,33	Il n'est pas clair si ce sont des signes objectifs ou subjectifs. Les différentes situations qui demandent de faire appel à l'autorité compétente ne sont pas claires.
Oui	1	16,67	
Section évaluation globale			
Non	3	50,00	Les dimensions de l'échelle de Likert sont difficiles à discriminer. L'aspect subjectif des items est discutable.
Oui	3	50,00	
Section indices possibles de maltraitance physique			
Non	3	50,00	La cotation sur l'échelle de Likert est difficile. Remplacer « indices » par « signes ». Il manque des items.
Oui	3	50,00	
Section indices possibles de négligence			
Non	4	66,67	Vocabulaire utilisé dans le SMPA est trop médical. Il manque des items. L'item « contractures musculaires » n'est pas clair.
Oui	2	33,33	
Section indices possibles d'abus financiers et matériels			
Non	3	50,00	Accès à ce domaine pas facile, voir pas accepté par les personnes âgées. Certains items font doublon.
Oui	3	50,00	
Section indices possibles de démission du proche aidant			
Non	1	16,67	L'utilisation systématique de la même dénomination serait pertinente : « personne âgée » ou « aîné ». Il manque des items.
Oui	5	83,33	
Section synthèse*			
Non	1	20,00	Les modalités de réponse sur l'échelle de Likert sont à revoir afin de faciliter l'utilisation du SMPA.
Oui	4	80,00	

* Une donnée manquante.

Suite à ces résultats de la phase I, les instructions de l'outil ont été clarifiées et complétées, afin d'être davantage explicites. Notamment, le terme « indices » a été remplacé par « signes », le terme « aîné » par « personne âgée » et le terme « preuve d'abus financier » par « transactions financières sans l'accord de la personne âgée ». Le terme « crispation » a été rajouté entre parenthèse à l'item « contracture musculaire », afin de le préciser. Les énoncés de l'échelle de Likert ont été modifiés, afin de faciliter la cotation des réponses à donner pour chaque item. Un item supplémentaire a été ajouté : « utilisation inadéquate des mesures de contention ». Cette notion a été insérée dans la version française

expérimentale de l'EAI, afin de faire référence au Code civil suisse⁽³⁴⁾ et à la Loi sur la santé publique du canton de Vaud⁽³⁵⁾ qui stipulent l'interdiction par principe des mesures de contrainte (CC, art. 382 à 387, 1907 ; LSP/VD, art. 23e, 1985). Ces modifications ont permis de proposer une version finale de l'EAI en français suisse romand (Annexe). Cette version française a été renommée « Outil d'évaluation des situations de Suspensions de Maltraitance envers une Personne Agée » (SMPA). Il est à noter qu'un outil de dépistage des situations de maltraitance portant le même acronyme existe dans la littérature, mais il est issu d'une démarche différente⁽³⁶⁾.

Résultats de la phase II de l'étude

La majorité des infirmiers ayant participé à la phase II de l'étude sont des femmes (n = 23 ; 76,7 %) qui occupent un poste d'infirmière généraliste (n = 28 ; 93,3 %). L'âge moyen était de 44,2 ans (\pm 10,4). La moitié des infirmières (n = 15 ; 50 %) avaient 16 ans ou plus d'expérience professionnelle globale. Quatre infirmières (13,3 %) avaient moins d'une année d'expérience en soins à domicile, alors que onze infirmières (37 %) en avaient plus de six.

Le tableau 2 décrit le pourcentage des suspicions de maltraitance évaluées à l'aide du SMPA. On voit que 43,3 % (n = 13) des situations évaluées (dernière prise en soins d'une personne âgée de 65 ans et plus) présentaient au moins un signe possible ou évident de maltraitance noté dans la section synthèse du SMPA.

Tableau 2 : Pourcentage des situations de suspicions de maltraitance évalué à l'aide du SMPA (n = 30).

Table 2: Percentage of situations with suspicion of abuse as assessed with the SMPA (n = 30).

	n	%
Situations sans signe de maltraitance ou étant impossible à évaluer	17	56,67
Situations avec un type de signes de maltraitance		
« Signes possibles » de démission du proche aidant	3	10,00
« Signes possibles » de négligence	3	10,00
« Signes possibles » de maltraitance physique	1	3,33
Situations avec deux types de signes de maltraitance		
« Signes possibles » de négligence et de démission du proche aidant	2	6,67
« Signes évidents » de maltraitance physique et des « signes possibles » de négligence	1	3,33
Situations avec trois types de signes de maltraitance		
« Signes possibles » de négligence, d'abus financiers ou matériel et de démission du proche aidant	2	6,67
« Signes possibles » de maltraitance physique et de négligence ainsi que des « signes évidents » d'abus financiers ou matériels	1	3,33

La majorité des infirmières (n = 24/30 ; 80 %) était d'avis que le SMPA serait utile dans leur pratique. L'analyse thématique de leurs commentaires a permis de dégager plusieurs axes d'utilisation possibles du SMPA, dont : a) clarification lors de situation de suspicions de maltraitance (présence d'un doute), b) objectivation de l'évaluation (standardisation ou formalisation de l'évaluation), « éclaircissement » ou « clarification » des observations, identification des typologies de maltraitance présentes dans une situation de maltraitance, transmission du recueil de données au médecin, c) détection précoce de la maltraitance, d) mise en place d'actions préventives (prévenir dès que possible), e) assurance de la sécurité des patients, et f) apport d'un support au dialogue entre l'évaluateur, la personne âgée et les proches.

Par contre, cinq infirmières (16,7 %) étaient d'avis que le SMPA n'était pas utile dans leur pratique professionnelle et une infirmière ne s'est pas positionnée sur la question. L'analyse thématique a permis de préciser les raisons suivantes : a) beaucoup (trop) d'outils et de documents administratifs à remplir, b) outil trop subjectif ou superficiel (un outil n'est pas nécessaire pour détecter la maltraitance), c) difficulté à gérer le refus d'aide de la part de la personne âgée (ex. : celle-ci ne se rend pas toujours compte des

mauvais traitements dont elle est victime et se met elle-même en situation d'auto-négligence).

La majorité des infirmières interrogées (n = 27/30 ; 90 %) était d'avis que le SMPA est utilisable dans le contexte des soins à domicile. Selon elles, il permet notamment de : a) documenter les observations, b) faire un bilan, c) objectiver et soutenir une évaluation, d) anticiper les situations à risques, e) rendre attentifs les soignants à la possibilité d'une maltraitance, f) être utilisé par l'ensemble des intervenants de l'institution.

DISCUSSION

Cette étude a permis de traduire et d'adapter culturellement l'EAI, qui est devenu le SMPA en français suisse romand. La phase de validation de contenu post-traduction a permis d'améliorer les instructions et le contenu de cet instrument destiné à procéder à un dépistage précoce des situations de maltraitance envers une personne âgée. Une démarche de traduction et de validation rigoureuse, proposée par Vallérand⁽²⁹⁾, a été suivie. Ainsi, des termes ont été modifiés et les instructions de l'outil ont été améliorées pour correspondre

davantage à la sensibilité culturelle et professionnelle des futurs utilisateurs du SMPA.

L'utilisation exploratoire de l'outil sur 30 prises en soins d'une personne âgée de 65 ans et plus a permis de constater que dans 43 % des cas il y avait présence de signes évocateurs de maltraitance (toutes formes confondues). La littérature décrit des pourcentages inférieurs aux résultats obtenus dans cette étude^(27, 28, 37). Il est toutefois à noter que la plupart des recherches se basent sur des situations de maltraitance avérée, et non de suspicion de maltraitance. Par ailleurs, la coexistence de plusieurs versions de l'EAI ainsi que des différences dans les devis de recherche peuvent expliquer les différences observées dans les résultats⁽³⁸⁾. La moitié (n = 6) des situations de suspicion de maltraitance recensées dans cette étude (n = 13) présentait des signes faisant référence à au moins deux types de maltraitance. Cette pluralité des types de maltraitance chez une même personne âgée concorde avec les résultats d'autres études⁽¹⁰⁻¹³⁾. Cet élément a des implications importantes pour la pratique clinique et l'évaluation des situations de maltraitance. Ainsi, il importe de procéder à une évaluation globale de la situation de la personne âgée en investiguant les différentes formes de maltraitance potentiellement présentes dans la situation. Une évaluation systématique des signes possibles de maltraitance permet de s'assurer qu'une dimension de la situation n'a pas été omise (p.ex. l'aspect financier et matériel). Cette démarche favorise par ailleurs l'interdisciplinarité et le croisement de regards, car elle incite les professionnels des soins à aller chercher les données manquantes auprès d'autres acteurs professionnels (p.ex. assistante sociale) et à les intégrer à la démarche d'évaluation. Toutes les participantes à la phase I de l'étude et 80 % des participantes de la phase II étaient d'avis que le SMPA était utile pour leur pratique professionnelle dans le domaine des soins à domicile. Ces résultats laissent entrevoir le potentiel de cet outil dans ce contexte clinique. À notre connaissance, l'outil original n'a jamais fait l'objet de recherche dans le cadre d'un service d'aide et de soins à domicile. La présente recherche contribue en ce sens à étendre la validation de l'EAI-SMPA.

Plusieurs participantes à l'étude ont toutefois mis en avant la charge de travail que pourrait représenter l'utilisation du SMPA. Il importe donc que cet outil puisse être utilisé de manière intégrée, c'est-à-dire en lien avec d'autres outils existants et avec les données figurant dans le dossier du patient. La crainte exprimée quant à la lourdeur potentielle d'un processus de dépistage précoce des signes de maltraitance confirme la pertinence du choix d'un outil rapide à administrer. Elle rejoint également les résultats de recherches qui montrent que les professionnels de la santé situent la gestion de la maltraitance à un niveau de priorité moindre par rapport à d'autres tâches liées à leur fonction⁽³⁹⁾. Pour contrer cette tendance, il s'avère important d'impliquer dans

le processus de dépistage tous les professionnels concernés par cette problématique et de travailler avec eux sur le sens de cette démarche, notamment en les sensibilisant aux conséquences de la maltraitance sur la santé, les droits et la sécurité des patients âgés.

Il est nécessaire également que les institutions renforcent la formation des professionnels du domaine médico-social au sujet de la maltraitance envers les aînés, afin d'optimiser les connaissances, de mettre en évidence les croyances, de travailler sur les attitudes à adopter, et de promouvoir les « bonnes pratiques » face à la maltraitance. Il est démontré que l'utilisation d'outils de dépistage permet de sensibiliser les professionnels à la problématique, en les familiarisant avec les différents types de maltraitance et en facilitant les échanges avec la personne âgée en cas de suspicion de maltraitance⁽²²⁾. Les professionnels qui posent des questions directes aux patients âgés sur les comportements maltraitants qu'ils pourraient subir seraient plus susceptibles de repérer des cas de maltraitance⁽²²⁾. Les institutions de soins devraient être garantes de conditions organisationnelles favorisant l'utilisation d'outils de dépistage (implantation des pratiques) et garantir les ressources et le soutien nécessaires aux professionnels concernés⁽²²⁾.

Pour ce qui est de la faisabilité de l'utilisation du SMPA, toutes les consultantes ayant participé à la phase I de l'étude et 90 % des infirmières de la phase II ont affirmé que le SMPA était utilisable dans le contexte des soins à domicile, notamment pour la réalisation de bilans permettant d'objectiver la présence de signes de maltraitance. Toutefois, les consultantes ont également relevé que certains items pouvaient être difficiles à évaluer par les infirmières (par exemple les signes de maltraitance financière et matérielle). Ces données indiquent l'importance d'utiliser le SMPA en interdisciplinarité. L'approche interdisciplinaire permet de trianguler les regards et de mettre à profit la diversité des compétences, des expériences et des pratiques des membres d'une équipe pour potentialiser l'évaluation et proposer des interventions répondant au mieux à la singularité de chaque situation. Pour être pertinente, l'évaluation de la situation devrait conjuguer données objectives (examen clinique physique) et données subjectives (propos et vécus exprimés par la personne âgée et les autres protagonistes de la situation)^(3, 22).

Finalement, la complexité de la problématique de la maltraitance envers les aînés et de ses diverses expressions nécessite que l'utilisation du SMPA soit toujours précédée d'une formation spécifique à l'outil. Cette formation devrait comprendre un volet théorique et un volet pratique. Le volet théorique devrait proposer une synthèse des connaissances actuelles sur la maltraitance envers les aînés et son dépistage, ainsi qu'un aperçu du cadre légal suisse aux niveaux fédéral et cantonal. Ce volet devrait fournir aux futurs utilisateurs du SMPA des repères par rapport à la problématique. Le volet

pratique devrait comprendre des sessions d'entraînement à l'utilisation du SMPA sur la base de vignettes cliniques. Ces sessions devraient avoir lieu en groupes de manière à favoriser le partage d'expériences et de permettre aux participants d'exprimer leurs éventuelles difficultés et questions. Selon le contexte institutionnel, ces sessions pourraient rassembler des groupes interdisciplinaires. Ces moments de formation et d'échanges donnent aussi l'occasion aux participants d'exprimer leurs possibles réticences ou leurs craintes par rapport à l'utilisation de l'outil. Ils permettent de plus d'apporter des éléments complémentaires concernant les signes possibles de maltraitance et leur évaluation clinique (p.ex. signes de maltraitance sexuelle).

CONCLUSIONS

Les résultats de cette étude et les données issues de la littérature démontrent la complexité et les tabous entourant la problématique de la maltraitance envers les personnes

âgées. Cette recherche a permis de mettre en évidence des pistes de réflexion et d'actions concernant le dépistage précoce et l'évaluation des situations de suspicion de maltraitance. Afin de confirmer la valeur scientifique et clinique de l'outil SMPA, il importe de tester cet outil dans d'autres contextes de soins et en situation de pratique clinique directe.

Tous les acteurs du domaine médico-social ont un rôle à jouer dans le dépistage et la gestion des situations de maltraitance envers des personnes âgées. La pierre angulaire du processus de dépistage et d'intervention auprès de personnes âgées maltraitées repose sur la mise en synergie d'un ensemble de compétences professionnelles. La triangulation des regards, des connaissances et des compétences - dans une perspective interdisciplinaire - devrait permettre d'approcher au plus près la singularité de chaque situation, en replaçant la personne âgée, son histoire, ses priorités de vie et ses ressources au centre de la démarche. ■

Liens d'intérêts : les auteurs n'ont déclaré aucun lien d'intérêt concernant cet article.

Remerciements

Le premier auteur remercie La Fondation Lenards pour la bourse d'études accordée qui lui a permis de mener à bien ce travail de recherche.

RÉFÉRENCES

1. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004 ; 364 : 1263-72.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2002.
3. Perel-Levin S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Genève : World Health Organization, 2008.
4. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. Denmark : WHO Regional Office for Europe, 2011.
5. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States : the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health* 2010 ; 100 : 292-7.
6. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina : the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence* 2011 ; 26 : 2947-72.
7. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom : findings from the first National Prevalence Study. *J Elder Abuse Negl* 2009 ; 21 : 1-14.
8. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland : results from a national prevalence survey. *Age Ageing* 2011 ; 41 : 98-103.
9. O'Keefe M, Hills A, Doyle M, McCreddie C, Scholes S, Constantine R, et al. UK study of abuse and neglect of older people : prevalence survey report. London : National Centre for Social Research, 2007.
10. Cohen M, Halevy-Levin S, Gaglin R, Priltuzky D, Friedman G. Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing Soc* 2010 ; 30 : 1027-40.
11. Dong X, Simon MA. Association between elder abuse and use of ED : findings from the Chicago Health and Aging Project. *Am J Emerg Med* 2013 ; 31 : 693-8.
12. Dong X, Simon M, Evans D. Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012 ; 60 : 1922-8.
13. Fisher BS, Zink T, Regan SL. Abuses against older women : prevalence and health effects. *J Interpers Violence* 2011 ; 26 : 254-68.
14. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect : a systematic review. *Age Ageing* 2008 ; 37 : 151-60.
15. Jordanova Peshevska D, Markovik M, Sethi D, Serafimovska E, Jordanova T. Prevalence of elder abuse and neglect : findings from first Macedonian study. *OA Maced J Med Sci* 2014 ; 7 : 353-9.
16. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998 ; 280 : 428-32.
17. Rovi S, Chen PH, Vega M, Johnson MS, Mouton CP. Mapping the elder mistreatment iceberg : U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses. *J Elder Abuse Negl* 2009 ; 21 : 346-59.
18. Jayawardena KM, Liao S. Elder abuse at end of life. *J Palliat Med* 2006 ; 9 : 127-36.
19. Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2010 ; 58 : 493-500.
20. Cohen M, Halevi-Levin S, Gaglin R, Friedman G. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *J Aging Health* 2006 ; 18 : 660-85.
21. Cooper C, Selwood A, Livingston G. Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals : a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009 ; 17 : 826-838.
22. Laforest J, Maurice P, Beaulieu M, Belzile L. Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2013.
23. Fulmer T. Screening for mistreatment of older adults. *Am J Nurs* 2008 ; 108 : 52-9.

24. Fulmer T, Wetle T. Elder abuse screening and intervention. *Nurse Pract* 1986 ; 11 : 33-8.
25. Fulmer T, Guadagno L, Bitondo Dyer C, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 297-304.
26. Anthony EK, Lehning AJ, Austin MJ, Peck MD. Assessing elder mistreatment : instrument development and implications for adult protective services. *J Gerontol Soc Work* 2009 ; 52 : 815-36.
27. Fulmer T, Street S, Carr K. Abuse of the elderly : screening and detection. *J Emerg Nurs* 1984 ; 10 : 131-40.
28. Fulmer T, Strauss S, Russell SL, Singh G, Blankenship J, Vemula R, et al. Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics. *Gerodontology* 2012 ; 29 : 96-105.
29. Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology* 1989 ; 30 : 662-80.
30. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000 ; 25 : 3186-91.
31. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. Soins infirmiers : médecine-chirurgie, 4. Appareils tégumentaire et locomoteur, systèmes nerveux et sensoriel. Laval (Québec) : Beauchemin, 2003.
32. Jarvis C, Prigent E, Chapados C. L'examen clinique et l'évaluation de la santé. Montréal : Beauchemin, 2009.
33. Smeltzer SCO, Bare B, Brunner LS, Suddarth DS, Cloutier L, Longpré S. Soins infirmiers en médecine et en chirurgie. 3, Fonctions digestive, métabolique et endocrinienne. Saint-Laurent, Québec : Éd. du Renouveau pédagogique, 2006.
34. Code civil suisse du 10 décembre 1907 révisé le 1^{er} janvier 2013 (= CC ; RS 210).
35. Loi cantonale vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique révisé le 1^{er} octobre 2011 (= LSP/VD ; RSV 800.01).
36. Pansin G, Guillon A, Favreau D, Chauve E, Gault V, Bouget J. Construction d'un outil de dépistage de la maltraitance des personnes âgées aux urgences. *Journal Européen des Urgences* 2009 ; 22 : A63.
37. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2000 ; 26 : 436-43.
38. McDonald L. Elder abuse and neglect in Canada : the glass is still half full. *Can J Aging* 2011 ; 30 : 437-65.
39. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Health care professionals perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *J Elder Abuse Negl* 2012 ; 24 : 17-36.

ANNEXES

Annexe 1 : Informations relatives à l'« Outil d'évaluation des situations de Suspicion de Maltraitance envers une Personne Âgée » (SMPA).

Appendix 1: Information regarding the French tool called "Outil d'évaluation des situations de Suspensions de Maltraitance envers une Personne Agée" (SMPA).

L'outil SMPA est une traduction en français suisse romand de l'Elder Assessment Instrument (EAI) de Fulmer (2008). Le SMPA a fait l'objet d'une validation de contenu auprès de professionnels des soins de Suisse romande. Cet instrument permet d'évaluer la présence de signes possibles ou évocateurs de maltraitance envers une personne âgée.

L'outil SMPA est actuellement en cours de validation dans divers milieux de soins de Suisse romande. La version du SMPA présentée ici est donc susceptible d'être encore sujette à des modifications.

Au vu de la complexité du phénomène de la maltraitance envers les aînés et de ses manifestations, l'utilisation de l'outil SMPA devrait être accompagnée d'une formation préalable. Cette formation devrait comprendre un volet théorique (connaissances actuelles sur la maltraitance envers les personnes âgées et cadre légal suisse) et un volet pratique (entraînement à l'utilisation du SMPA et à l'identification des signes de maltraitance sur la base de vignettes cliniques).

Une vidéo de démonstration de l'utilisation de la version originale anglaise de l'outil EAI est disponible sur le site du *Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing* : http://consultgerim.org/resources/media/?vid_id=5004146#player_container

De l'information et des formations sur la thématique de la maltraitance envers les aînés sont proposées par l'Association alter ego (Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées) : <http://www.alter-ego.ch>

Pour toutes questions ou demandes d'informations complémentaires, veuillez communiquer avec :

Christophe Nakamura
Infirmier clinicien spécialisé, M.Sc
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,
Service de gériatrie et réadaptation gériatrique,
Département de médecine,
Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne, Suisse
E-mail : christophe.nakamura@chuv.ch

Prof. Delphine Roulet Schwab
Psychologue Ph.D, Professeure,
Institut et Haute École de La Santé La Source,
Av. Vinet 30, 1004 Lausanne, Suisse
E-mail : d.rouletschwab@ecolelasource.ch

RÉFÉRENCES

- Fulmer T. Screening for mistreatment of older adults. *Am J Nurs* 2008 ; 108 : 52-9.
Hartford Institute for Geriatric Nursing. (S.d.). *Elder Mistreatment Assessment* [Vidéo en ligne]. Accès http://consultgerim.org/resources/media/?vid_id=5004146#player_containe

Annexe 2 : Outil d'évaluation des situations de Suspicion de Maltraitance envers une Personne Âgée (SMPA).

Appendix 2: The actual SMPA tool (Outil d'évaluation des situations de Suspensions de Maltraitance envers une Personne Âgée)

Objectif : Évaluation globale de situations de suspicion de maltraitance envers une personne âgée dans tous les contextes cliniques. Cet outil présente l'avantage de pouvoir être utilisé dans le cas de personnes souffrant de troubles cognitifs, même importants.

Consignes : L'utilisation de cet outil se base sur des observations à la fois objectives et subjectives. Les réponses attendues sont d'ordre qualitatif. Il n'y a donc pas de calcul de score. L'évaluation doit se faire en référence à la situation singulière de chaque personne (normes individuelles). Toute variation par rapport à ces normes individuelles (p. ex. changement radical d'attitude) doit alerter quant à une possible maltraitance. Afin d'évaluer la situation dans sa globalité, il est conseillé de procéder à plusieurs évaluations de manière interdisciplinaire (infirmier/ère, aide-soignant/e, assistant/e social, médecin, ergothérapeute, psychologue, etc.). Ce croisement de regards permet d'optimiser le recueil de données (comblement des données manquantes) et d'objectiver l'évaluation.

Il est à noter que la maltraitance psychologique n'apparaît pas de façon explicite dans le recueil de données. Elle peut toutefois être documentée de manière transversale dans les rubriques « commentaires ».

Évaluation des signes possibles de maltraitance : La personne âgée devrait être signalée aux autorités compétentes dans les cas suivants :

1. si présence manifeste d'indices de maltraitance sans explication clinique suffisante, ou
2. si le professionnel estime qu'il y a des signes (faisceau d'indices) qui pourraient indiquer la présence de maltraitance physique, de négligence, d'abus financiers ou matériels ou de démission de la part du proche aidant, ou/et
3. si la personne âgée se plaint de maltraitance.

I. Évaluation globale	Adéquat	Inadéquat	Impossible à évaluer
1. Habillement			
2. Hygiène corporelle			
3. État nutritionnel			
4. Intégrité cutanée			
5. Commentaires :			

II. Signes possibles de maltraitance physique	Aucun signe	Signes possibles	Signes évidents	Impossible à évaluer
6. Contusions/hématomes				
7. Plaies ou lacerations				
8. Fractures				
9. Fractures ou hématomes à différents stades de guérison				
10. Signes cliniques d'abus sexuel				
10a. Utilisation inadéquate de mesures de contention				
11. Autres propos, attitudes ou comportements de la personne âgée suggérant l'existence de maltraitance physique				
12. Commentaires :				

Traduction et adaptation culturelle d'un instrument de dépistage des signes de maltraitance envers une personne âgée
Translation and cultural adaptation of a screening tool for signs of elder abuse

III. Signes possibles de négligence	Aucun signe	Signes possibles	Signes évidents	Impossible à évaluer
13. Contractures musculaires (crispation)				
14. Escarre de décubitus				
15. Déshydratation				
16. Diarrhée				
17. État dépressif				
18. Fécalome				
19. Malnutrition/dénutrition				
20 Lésions de macération				
21. Manque d'hygiène				
22. Manque de prise en soins devant signes évidents de maladie				
23. Médication inadéquate (sur-/sous-dosage)				
24. Hospitalisations à répétition				
25. Autres propos, attitudes ou comportements de la personne âgée suggérant l'existence de négligence				
26. Commentaires :				

IV. Signes possibles d'abus financiers ou matériels	Aucun signe	Signes possibles	Signes évidents	Impossible à évaluer
27. Utilisation abusive d'argent ou de biens				
28. Transactions financières sans l'accord de la personne âgée				
29. Demande de rémunération exagérée en échange de services rendus				
30. Incapacité de la personne âgée ou de l'aidant à fournir une explication sur l'utilisation de ses biens financiers et matériels				
31. Autres propos, attitudes ou comportements de la personne âgée suggérant l'existence d'abus financiers et matériels				
32. Commentaires :				

Traduction et adaptation culturelle d'un instrument de dépistage des signes de maltraitance envers une personne âgée
Translation and cultural adaptation of a screening tool for signs of elder abuse

V. Signes possibles de démission du proche aidant	Aucun signe	Signes possibles	Signes évidents	Impossible à évaluer
33. Signes que le proche aidant s'est retiré précipitamment de la situation sans prendre de disposition particulière ou d'alternative adéquate				
34. Signes que la personne âgée a été laissée seule durant de longues périodes dans un environnement non sécurisé et sans soutien adéquat				
35. Autres propos, attitudes ou comportements de la personne âgée suggérant une démission du proche aidant				
36. Commentaires :				

VI. Synthèse	Aucun signe	Signes possibles	Signes évidents	Impossible à évaluer
37. Signes de maltraitance physique				
38. Signes de négligence				
39. Signes d'abus financiers ou matériels				
40. Signes de démission du proche aidant				
41. Commentaires :				

VII. Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom de l'évaluateur :

Date :

Tiré de : Nakamura, C. (2013). Traduction et adaptation culturelle d'un instrument de dépistage précoce des signes de maltraitance envers une personne âgée : le Elder Assessment Instrument (EAI). Mémoire de Master non publié. IUFERS, Lausanne.