



**HAL**  
open science

# Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile

Déborah Évain

## ► To cite this version:

Déborah Évain. Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01690779

**HAL Id: dumas-01690779**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690779>**

Submitted on 23 Jan 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



# THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

---

## DIPLOME D'ETAT

**Année :** 2017

**Thèse présentée par :**

Madame Déborah EVAÏN  
Née le 8 décembre 1988 à Cholet

Thèse soutenue publiquement le 21 décembre 2017

**Titre de la thèse :**

Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile

**Président** Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste

**Membres du jury** Monsieur le Professeur Bernard Le Floch  
Madame le Docteur Anne-Marie Le Berre  
Monsieur le Docteur Benoit Chiron

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE  
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

---

**Doyens honoraires**

---

Professeur **FLOCH** Hervé  
Professeur **LE MENN** Gabriel (†)  
Professeur **SENECAIL** Bernard  
Professeur **BOLES** Jean-Michel  
Professeur **BIZAIS** Yves (†)  
Professeur **DE BRAEKELEER** Marc (†)

**Doyen**

---

Professeur **BERTHOU** Christian

**Professeurs émérites**

---

<b>CENAC</b> Arnaud	Médecine interne
<b>COLLET</b> Michel	Gynécologie obstétrique
<b>LEHN</b> Pierre	Biologie cellulaire
<b>YOUINOU</b> Pierre	Immunologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre**

---

<b>LEFEVRE</b> Christian	Anatomie
<b>MOTTIER</b> Dominique	Thérapeutique
<b>RICHE</b> Christian	Pharmacologie fondamentale

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle**

---

<b>BOLES</b> Jean-Michel	Réanimation
<b>COCHENER-LAMARD</b> Béatrice	Ophtalmologie
<b>DEWITTE</b> Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
<b>FEREC</b> Claude	Génétique
<b>GILARD</b> Martine	Cardiologie
<b>JOUQUAN</b> Jean	Médecine interne
<b>OZIER</b> Yves	Anesthésiologie-réanimation
<b>ROBASZKIEWICZ</b> Michel	Gastroentérologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**

---

<b>BAIL</b> Jean-Pierre	Chirurgie digestive
<b>BERTHOU</b> Christian	Hématologie
<b>BLONDEL</b> Marc	Biologie cellulaire
<b>BOTBOL</b> Michel	Pédopsychiatrie
<b>BRESSOLLETTE</b> Luc	Chirurgie vasculaire
<b>CARRE</b> Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
<b>DE PARSCAU DU PLESSIX</b> Loïc	Pédiatrie
<b>DELARUE</b> Jacques	Nutrition

<b>DEVAUCHELLE-PENSEC</b> Valérie	Rhumatologie
<b>DUBRANA</b> Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>FENOLL</b> Bertrand	Chirurgie infantile
<b>FOURNIER</b> Georges	Urologie
<b>GENTRIC</b> Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
<b>GOUNY</b> Pierre	Chirurgie vasculaire
<b>HU</b> Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
<b>KERLAN</b> Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
<b>LACUT</b> Karine	Thérapeutique
<b>LE MEUR</b> Yannick	Néphrologie
<b>LE NEN</b> Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>LEROYER</b> Christophe	Pneumologie
<b>LOZAC'H</b> Patrick	Chirurgie digestive
<b>MANSOURATI</b> Jacques	Cardiologie
<b>MARIANOWSKI</b> Rémi	Oto-rhino-laryngologie
<b>MERVIEL</b> Philippe	Gynécologie obstétrique
<b>MISERY</b> Laurent	Dermato-vénérologie
<b>NEVEZ</b> Gilles	Parasitologie et mycologie
<b>NONENT</b> Michel	Radiologie et imagerie médicale
<b>PAYAN</b> Christopher	Bactériologie-virologie
<b>REMY-NERIS</b> Olivier	Médecine physique et réadaptation
<b>SALAUN</b> Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
<b>SARAUX</b> Alain	Rhumatologie
<b>SIZUN</b> Jacques	Pédiatrie
<b>STINDEL</b> Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>TIMSIT</b> Serge	Neurologie
<b>VALERI</b> Antoine	Urologie
<b>WALTER</b> Michel	Psychiatrie d'adultes

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe

<b>ANSART</b> Séverine	Maladies infectieuses
<b>AUBRON</b> Cécile	Réanimation
<b>BEN SALEM</b> Douraid	Radiologie et imagerie médicale
<b>BERNARD-MARCORELLES</b> Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>BEZON</b> Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BROCHARD</b> Sylvain	Médecine physique et réadaptation
<b>COUTURAUD</b> Francis	Pneumologie
<b>DAM HIEU</b> Phong	Neurochirurgie
<b>DELLUC</b> Aurélien	Médecine interne
<b>GIROUX-METGES</b> Marie-Agnès	Physiologie
<b>HERY-ARNAUD</b> Geneviève	Bactériologie-virologie
<b>HUET</b> Olivier	Anesthésiologie-réanimation
<b>LE MARECHAL</b> Cédric	Génétique
<b>LE ROUX</b> Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
<b>L'HER</b> Erwan	Réanimation
<b>LIPPERT</b> Éric	Hématologie
<b>MONTIER</b> Tristan	Biologie cellulaire
<b>NOUSBAUM</b> Jean-Baptiste	Gastroentérologie
<b>PRADIER</b> Olivier	Cancérologie

<b>RENAUDINEAU Yves</b>	Immunologie
<b>SEIZEUR Romuald</b>	Anatomie

---

**Professeurs des Universités de Médecine Générale**

**LE RESTE Jean-Yves**  
**LE FLOC'H Bernard**

---

**Professeur Associé des Universités de Médecine Générale (à mi-temps)**

**BARRAINE Pierre**

---

**Professeur des Universités contrat LRU**

<b>BORDRON Anne</b>	Biologie cellulaire
---------------------	---------------------

---

**Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe**

<b>JAMIN Christophe</b>	Immunologie
<b>MOREL Frédéric</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
<b>PERSON Hervé</b>	Anatomie

---

**Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**

<b>ABGRAL Ronan</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>CORNEC Divi</b>	Rhumatologie
<b>DE VRIES Philine</b>	Chirurgie infantile
<b>DOUET-GUILBERT Nathalie</b>	Génétique
<b>HILLION Sophie</b>	Immunologie
<b>LE BERRE Rozenn</b>	Maladies infectieuses
<b>LE GAC Gérald</b>	Génétique
<b>LE GAL Solène</b>	Parasitologie et mycologie
<b>LODDE Brice</b>	Médecine et santé au travail
<b>MIALON Philippe</b>	Physiologie
<b>PLEE-GAUTIER Emmanuelle</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>QUERELLOU Solène</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>TALAGAS Matthieu</b>	Histologie, embryologie et cytogénétique
<b>VALLET Sophie</b>	Bactériologie-virologie

---

**Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe**

<b>BRENAUT Emilie</b>	Dermato-vénérologie
<b>CORNEC-LE GALL Emilie</b>	Néphrologie
<b>LE VEN Florent</b>	Cardiologie
<b>MAGRO Elsa</b>	Neurochirurgie
<b>PERRIN Aurore</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
<b>SALIOU Philippe</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>SCHICK Ulrike</b>	Cancérologie
<b>UGUEN Arnaud</b>	Anatomie et cytologie pathologiques

#### Maîtres de Conférences de Médecine Générale

---

**NABBE** Patrice

#### Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

---

**BARAIS** Marie  
**CHIRON** Benoît  
**DERRIENNIC** Jérémy

#### Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

---

<b>BERNARD</b> Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
<b>DERBEZ</b> Benjamin	Sociologie démographique
<b>KARCHER</b> Brigitte	Psychologie clinique
<b>LANCIEN</b> Frédéric	Physiologie
<b>LE CORRE</b> Rozenn	Biologie cellulaire
<b>MIGNEN</b> Olivier	Physiologie
<b>MORIN</b> Vincent	Electronique et informatique

#### Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

---

<b>MERCADIE</b> Lolita	Rhumatologie
------------------------	--------------

#### Maître de Conférences des Universités contrat LRU

---

<b>DANY</b> Antoine	Epidémiologie et santé publique
<b>GILLES</b> Marlène	Génie informatique, automatique et traitement du signal

#### Professeurs certifiés / agrégés du second degré

---

<b>MONOT</b> Alain	Français
<b>RIOU</b> Morgan	Anglais

## REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste** qui me fait l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous suis très reconnaissante pour la liberté que vous m'avez accordée au cours de ce travail mais aussi pour votre réactivité à chacune de mes sollicitations. Merci pour votre investissement dans les groupes de thèse qui ont été, pour moi, un moteur essentiel.

**À Monsieur le Professeur Bernard Le Floch.** Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

**À Madame le Docteur Anne-Marie Le Berre** pour avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour votre présence.

**À Monsieur le Docteur Benoit Chiron.** Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

**Aux médecins qui ont participé à cette thèse.** Merci pour votre accueil et votre disponibilité.

**Aux collègues médecins des groupes de thèse.** Merci pour votre aide.

**Au Docteur Pouliquen,** pour votre bienveillance et votre humanité. Vous resterez un exemple pour moi.

**À mes maîtres de stage et à tous les professionnels** qui ont jalonné mon parcours. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

**À Marielle** pour tes précieux conseils.

**À mes parents** pour m'avoir accompagnée tout au long de ce chemin. Merci pour votre soutien. Je ne serais pas là sans vous.

**À ma sœur et marraine, Sabrina,** pour ton aide et pour ta façon de vivre ta vie qui est un exemple pour moi (et pour tout le reste).

**À ma famille et à mes grands-parents**, pour tous les moments de partage qui me permettent de revenir à l'essentiel.

**À ma belle-famille**. Je mesure la chance que j'ai de vous connaître.

**À mes amies du lycée** qui m'ont fait grandir. Merci d'être encore là malgré la distance. Merci Marion pour tes encouragements (dans tous les domaines).

**À mes chères copines de fac**, Lucile, Alice, Julie, Marie et Sandrine, pour votre amitié sincère. Ces années de médecine n'auraient pas été les mêmes sans vous... Merci pour tous les moments que nous avons partagés et pour tous ceux qui restent à venir.

**À celui avec qui j'ai le bonheur de partager ma vie, Jean-Baptiste**. Merci pour ta patience et ton soutien. Je suis heureuse d'ouvrir ce nouveau chapitre avec toi.



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALMA	Allo Maltraitance des personnes âgées
CISMEF	Catalogue et Index des Sites Médicaux en langue Française
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SUDOC	Système Universitaire de DOCumentation
USA	United States of America (Etats-Unis)

## RÉSUMÉ

**INTRODUCTION** Les médecins généralistes sont en première ligne pour repérer et prendre en charge les situations de maltraitance des personnes âgées. Ce travail avait pour objectif de rechercher leurs besoins dans ce domaine.

**MÉTHODE** Il s'agissait d'une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès d'un échantillon raisonné de médecins généralistes libéraux. Les entretiens étaient poursuivis jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été anonymisés, retranscrits puis ont fait l'objet d'une analyse thématique.

**RÉSULTATS** Quatorze entretiens ont été réalisés entre novembre 2015 et mars 2017. Ceux-ci ont fait apparaître des besoins jusqu'alors inconnus. Dans le thème action, le caractère anonyme du signalement et le maintien des personnes dans leur milieu ont été relevés. Concernant les compétences, le besoin de formation était ambigu. Les médecins exprimaient avoir besoin d'acquérir des compétences liées au savoir-être, par exemple reconnaître ses limites, savoir se préserver. Ils avaient besoin de travailler avec une équipe compétente et valorisée. Dans le thème confort, de nombreux besoins sont ressortis comme la coopération du patient et de ses proches ou le besoin de sentiment de contrôle de la situation. Un médecin émet l'idée de créer une équipe mobile sociale préventive. Concernant le thème intitulé facteur temps, les besoins étaient portés sur la prise en charge précoce et la réactivité. Le besoin de communication et de collaboration avec le réseau était déjà connu. Certains médecins exprimaient le besoin de campagnes d'information grand public. Certains médecins exprimaient ne ressentir aucun besoin quand d'autres pensaient qu'il n'y avait pas de solution unique.

**CONCLUSION.** La collaboration active avec un réseau local, pluriprofessionnel, solide et compétent est l'un des besoins connus et confirmés par cette étude. Paradoxalement, le besoin de formation des médecins est ambigu, les médecins exprimant surtout un besoin lié au savoir-être pour mener à bien une telle prise en charge.

**MOTS CLÉS** Médecin généraliste, besoin, prise en charge, maltraitance, personne âgée, étude qualitative

## ABSTRACT

**BACKGROUND** Primary care physicians are at the forefront in identifying and managing the situations of elder abuse. The purpose of this work was to research their needs in this area.

**METHODS** It was a qualitative study based on semi-structured individual interviews with a reasoned sample of liberal general practitioners. The interviews were continued until data saturation. The interviews were anonymized, transcribed and analyzed thematically.

**RESULTS** Fourteen interviews were conducted between November 2015 and March 2017. They revealed previously unknown needs. In the action theme, the anonymous nature of the reporting and the maintenance of people in their environment were noted. Concerning skills, the need for training was ambiguous. The doctors expressed the need to acquire skills related to their attitudes. They needed to work with a competent and valued team. In the comfort theme, many needs emerged as the cooperation of the patient and his relatives or the need for feeling of control of the situation. Regarding the theme time factor, the needs were focused on early management and responsiveness. The need for communication and collaboration with the network was already known. Some physicians expressed the need for mass public information campaigns. Some doctors expressed feeling no need when others thought there was no single solution.

**CONCLUSION** Active collaboration with a local network, multi-professional and competent is one of the needs known and confirmed by this study. Paradoxically, the need for training of physicians is ambiguous, expressing above all a need related to the professional attitude.

**KEYWORDS** Primary care physician, elder abuse, qualitative study

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>9</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>12</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>14</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>16</b>
Actions.....	17
Compétences.....	19
Confort.....	20
Facteur temps.....	22
Réseau et communication.....	23
Absence de besoin.....	25
Absence de solution unique.....	25
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>26</b>
Limites de l'étude.....	26
Forces et intérêt du travail.....	26
Comparaison des résultats avec la littérature.....	26
Besoins connus.....	26
Éléments nouveaux.....	28
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>30</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>31</b>
Annexe A : CD-Rom.....	31
Annexe B : Guide d'entretien.....	32
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>33</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>35</b>

## INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne pour définition : « La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime » (1). Ce problème risque de prendre de l'ampleur « compte tenu du vieillissement rapide de la population [...] et de l'impossibilité de répondre à leurs besoins du fait des contraintes budgétaires» (1).

En France, le professeur Hugonot, gériatre, fonda, en 1995, le réseau ALMA, Allo Maltraitance des personnes âgées. Ce réseau connut plusieurs évolutions aboutissant, en 2014, à la Fédération 3977. Le 3977 est un numéro national d'écoute et d'aide pour les situations de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées adultes, vivant à domicile ou en établissement.

La prévalence est probablement sous-évaluée car les cas signalés ne seraient que la partie émergée de l'iceberg. Une méta-analyse (2) chercha à donner une prévalence mondiale en étudiant 52 études de prévalence, de 28 pays différents, publiées entre 2002 et 2015. La prévalence globale de la maltraitance des personnes âgées fut de 15.7% (dans l'année précédente) avec de grandes disparités entre les pays.

En France, aucune étude de prévalence n'a été publiée à ce jour. La fédération 3977 fournit des chiffres sur le plan national. En 2016, le 3977 reçut 29 610 appels. Deux mille trois cent vingt et un dossiers avec suivis furent créés concernant des personnes âgées (3).

L'OMS, en 2016, détailla les facteurs de risque de maltraitance (1). Au niveau individuel : une mauvaise santé physique et mentale, l'existence de troubles mentaux, l'abus d'alcool et de substances, le sexe féminin (dans certaines cultures où les femmes ont un statut social inférieur), la cohabitation. Au niveau de la famille : la dépendance de l'auteur des actes de maltraitance à l'égard de la personne âgée et des soins lourds sources d'épuisement de l'aidant. Au niveau communautaire : l'isolement social des aidants et des personnes âgées et l'absence de soutien social. Au niveau socio-culturel : la représentation des personnes âgées comme des êtres faibles et dépendants, l'érosion des liens entre les générations au sein de la famille, les règles d'héritage, le départ des jeunes couples vers d'autres régions et l'absence de ressources pour payer les soins.

La maltraitance des personnes âgées peut revêtir différentes formes. Leurs prévalences indiquées par l'OMS (1) sont mentionnées entre parenthèses. Ces différentes formes sont : la maltraitance psychologique (0.7 à 6.3%), la négligence (0.2 à 5.5%), la maltraitance financière (1.0 à 9.2%), la maltraitance physique (0.2 à 4.9%) et la violence sexuelle (0.04 à 0.82%).

La maltraitance des personnes âgées est associée à un risque accru de morbi-mortalité. Aux Etats-Unis (USA), dans une étude de 2009, la maltraitance des personnes âgées était associée à une augmentation de 40% du risque de mortalité (4). D'autres études retrouvaient un déclin de la santé physique et psychologique dans les cinq années suivantes (5) ainsi qu'un risque plus élevé d'être hospitalisé ou placé en institution (6).

En France, les personnes tenues au secret professionnel ont l'obligation de signaler tout cas de maltraitance aux autorités pour les personnes incapables de se protéger (7). *The National Elder Abuse Incidence Study* mit en évidence que seulement un cas sur 14 était signalé aux services sociaux aux USA (8). Les médecins généralistes, même s'ils étaient les mieux placés pour détecter ces cas, étaient les professionnels faisant le moins de signalements (9). Ils réalisaient seulement 2% des signalements (10). En France, la Fédération 3977 indiquait, qu'en 2013, les médecins représentaient 3 % des appelants concernant les cas de maltraitance envers les personnes âgées à domicile (11).

En 2016, une étude qualitative française interrogea des soignants (dont des médecins). « Plusieurs éléments les freinaient dans leur démarche : l'incertitude concernant les faits, le déni ou le refus d'aide de la personne âgée, la crainte d'une rupture de la relation de confiance ou de répercussions personnelles » (12). Dans une étude qualitative auprès de médecins généralistes américains, ces derniers évoquaient un manque de connaissance vis-à-vis des procédures de signalement, des règles juridiques encadrant le signalement ou encore des moyens d'accéder aux aides (13).

L'hypothèse de cette recherche était que les besoins des médecins généralistes concernant la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile sont pour beaucoup, méconnus. L'objectif de cette étude était d'identifier et de catégoriser les besoins des médecins généralistes concernant ce type de prise en charge.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

La méthodologie de l'étude fut argumentée et validée au cours de plusieurs groupes de thèse. Les groupes étaient composés du directeur de thèse et de médecins, eux-mêmes en cours de travail de thèse.

Une revue narrative de la littérature a été réalisée autour du sujet de recherche dans les bases de données Pubmed, Sudoc (Système Universitaire de Documentation), CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux en langue Française), service public.fr, OMS, HAS (Haute Autorité de Santé), Google et Google scholar.

Le caractère qualitatif de l'étude fut choisi devant le peu d'éléments dans la littérature, notamment en France, concernant ce sujet.

Deux méthodes d'échantillonnage furent combinées, celle en variation maximale « afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié » (15) et celle en chaîne identifiant « de bons cas grâce à des personnes qui connaissent d'autres personnes qui connaissent des cas riches en informations » (16).

La population étudiée était celle de médecins généralistes libéraux. Les médecins furent sollicités par mail, téléphone ou contact direct. Le recrutement initial fut réalisé à partir d'une liste de médecins généralistes maitres de stage au sein du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de Brest. Chaque médecin interviewé donnait ensuite un à trois noms de médecins susceptibles de participer à l'étude. Le choix des médecins contactés dépendait de l'hétérogénéité du groupe. L'objectif était d'obtenir une grande diversité de profils.

Les critères de variation étaient l'âge, le sexe et le lieu d'exercice. Un lieu d'exercice rural était défini par une population dans la commune inférieure à 2000 habitants, un milieu semi-rural entre 2000 et 5000 habitants et plus de 5000 habitants pour un milieu urbain.

Le recueil des données fut permis par la réalisation d'entretiens semi-dirigés dans l'objectif de « générer, de produire du sens et de construire de la théorie » (14).

Le guide d'entretien (voir annexe B) est un canevas aidant à mener l'entretien semi-directif.

La première partie du guide était une présentation de l'interviewer et le rappel du sujet. La deuxième était une série de questions permettant de connaître les caractéristiques du médecin interrogé. La

troisième partie était constituée de questions ouvertes permettant de répondre à la question de thèse. Cette partie débutait toujours par la proposition de raconter une situation de prise en charge d'un cas de maltraitance.

Les entretiens furent enregistrés simultanément sur dictaphone et smartphone et retranscrits intégralement en verbatim. Le verbatim était envoyé par mail au médecin interrogé qui bénéficiait d'un délai de 10 jours pour demander d'éventuelles modifications. Les entretiens furent anonymisés.

L'analyse des données qualitatives était fondée sur la théorie ancrée (*Grounded theory*) dans l'objectif de construire une théorie à partir des données recueillies (15). Dans ce type d'analyse, le codage est toujours centré sur la question de recherche. « À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail nécessite de lire et de relire les données » (15).

Les fragments de verbatim relevés étaient copiés dans un fichier Excel et référencés. Par exemple, la référence 10/110-111 renvoyait à la citation présente de la 110<sup>ème</sup> à la 111<sup>ème</sup> ligne du dixième entretien enregistré. Un code ouvert était créé pour chaque citation. Il s'agissait d'une interprétation permettant d'en faire ressortir l'idée principale. Chaque code ouvert était ensuite relié à un code intermédiaire, axial puis sélectif par création d'associations et de concepts. Chaque code ouvert pouvait renvoyer à plusieurs codes intermédiaires ou axiaux.

Dans cette étude, la saturation était définie par l'absence de nouvelles idées apparaissant dans le codage intermédiaire dans deux entretiens consécutifs.



## RÉSULTATS

Quatorze entretiens individuels furent menés. Ils eurent lieu sur la période de novembre 2015 à mars 2017. La saturation fut atteinte au treizième entretien et confirmée par le quatorzième.

Le tableau suivant récapitule les caractéristiques des médecins interrogés.

Participant	Genre	Âge	Années d'exercice	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Maitre de stage	Formation en gériatrie	Département
MG1	Masculin	65	38	En groupe	Semi-rural	Oui	Oui	Finistère
MG2	Masculin	62	32	En groupe	Urbain	Oui	Oui	Finistère
MG3	Féminin	53	18	Seul	Rural	Oui	Non	Finistère
MG4	Masculin	45	17	En groupe	Urbain	Oui	Oui	Finistère
MG5	Féminin	31	3	En groupe	Urbain	Oui	Non	Finistère
MG6	Féminin	31	3	En groupe	Urbain	Oui	Non	Finistère
MG7	Masculin	61	33	En groupe	Urbain	Oui	Non	Finistère
MG8	Masculin	51	20	En groupe	Urbain	Oui	Non	Finistère
MG9	Masculin	37	10	En groupe	Urbain	Oui	Non	Finistère
MG10	Féminin	32	7	En groupe	Semi-rural	Oui	Non	Finistère
MG11	Féminin	28	1	En groupe	Rural	Oui	Non	Finistère
MG12	Féminin	42	18	Seul	Semi-rural	Non	Non	Finistère
MG13	Masculin	57	28	En groupe	Rural	Oui	Non	Maine et Loire
MG14	Masculin	61	35	En groupe	Rural	Oui	Oui	Maine et Loire

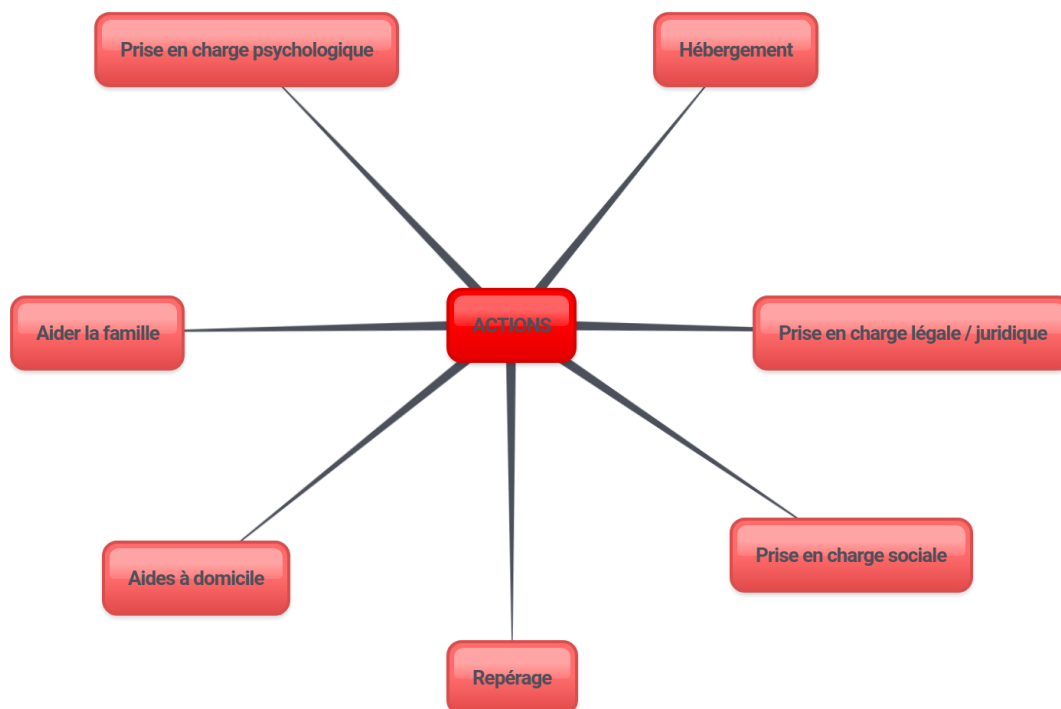
La durée moyenne des entretiens fut de 16 minutes. L'entretien le plus court dura 7 minutes contre 30 minutes pour le plus long. Tous les entretiens eurent lieu au cabinet du médecin sauf un qui eut lieu à son domicile.

Cherchant à recueillir davantage d'informations, la question « avez-vous le souvenir d'un cas où vous n'avez pas été satisfait de la prise en charge ? » fut rajoutée au guide d'entretien en milieu d'étude. Cette question ne fut posée qu'à l'entretien 4 et finalement retirée car jugée non productive.

L'analyse des entretiens permit de classer les besoins des médecins en 7 catégories : actions, compétences, confort, facteur temps, réseau et communication, absence de besoin et absence de solution unique.



## Actions



### - Repérage

Un des besoins était d'arriver à **repérer la maltraitance** : « le problème dans ces cas-là, ce serait de [...] faire le diagnostic » (MG7/169). Un autre était d'effectuer des **visites à domicile** : « La prise de conscience de la situation a été retardée du fait que, pendant plusieurs mois, la patiente était vue en

consultation au cabinet. Le contexte difficile au domicile n'a pu être clairement constaté que lors des premières visites » (MG2/28-30).

- Aides à domicile :

La mise en place ou l'augmentation des aides était abordée : « dans un premier temps j'avais étoffé les passages, j'avais augmenté le passage des infirmières, des aides à domicile » (MG2/32-33).

- Aider la famille :

Il s'agissait de la mise en place d'aides à domicile, d'une aide de la famille par les services sociaux ou d'un soutien de l'aidant principal. Cette aide pouvait passer par l'organisation d'un hébergement temporaire du patient : « et que lui [...] soit soulagé et puisse faire d'autres trucs dans son coin quoi. Sans elle. Donc p't'être qu'il aurait été plus patient après avec elle euh » (MG5/118-119).

- Prise en charge sociale :

L'intervention des services sociaux ou de l'assistante sociale auprès du patient ou de la famille s'avérait souvent incontournable : « y'a eu une prise en charge sociale qui a été faite [...] pour euh solutionner [...] le problème » (MG9/137-138).

- Prise en charge psychologique :

Un médecin mentionnait le besoin de prendre en charge psychologiquement les protagonistes : « J pense qu'y'aurait p't'être eu un accompagnement enfin, en tout cas une démarche d'accompagnement psychologique à faire avec eux » (MG9/116-117).

- Prise en charge légale / juridique :

Cette prise en charge juridique était évoquée sous deux aspects. D'une part, le **signalement** d'une information préoccupante : « j'ferais un signalement, ça ça m'semble indispensable » (MG11/72), signalement qui doit être **anonyme** : « Moi c'est une plainte qu'est anonyme hein. Ils ne savent pas qu'c'est moi justement pour pas mélanger les cartes » (MG12/122-123). D'autre part, la mise en place d'une **protection juridique** telle que la mise sous tutelle. « Je déplore que, y'ait pas eu d'mis, d'mise sous tutelle plus tôt pour protéger un p'tit peu » (MG13/226).

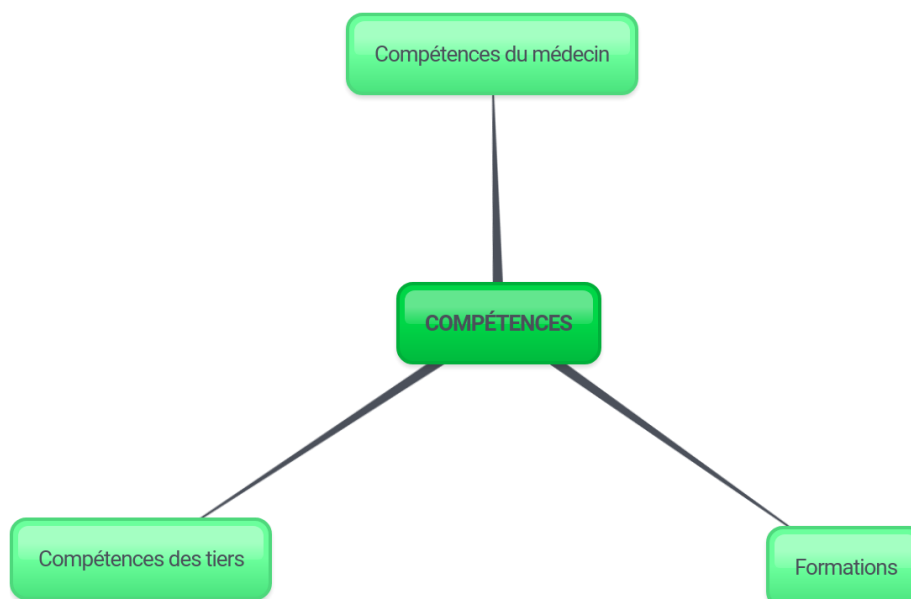
- Hébergement :

L'hébergement qu'il soit **temporaire** ou définitif par **institutionnalisation** du patient était une étape de la prise en charge parfois nécessaire. L'intention était de **protéger le patient en l'éloignant du domicile**. L'hébergement temporaire permettait aussi d'offrir un répit à l'aidant principal

: « j’essaierais d’organiser un hébergement à distance de cette personne-là en attendant que la justice puisse faire son travail » (MG11/76-77).

Un médecin exprimait le besoin de pouvoir au mieux « **maintenir les gens dans leur milieu** » (MG13/336).

## Compétences



### - Compétences du médecin

Il pouvait s’agir de **connaissances spécifiques dans certains domaines**, que ce soit au niveau social, juridique : « connaître euh les, les, toutes les voies légales euh... on les connaît » (MG13/231), ou encore des compétences dans le repérage : « déjà j’aimerais bien qu’on définisse le mot maltraitance à domicile » (MG14/21-22).

D’autres compétences étaient reliées à l’attitude du médecin comme la nécessité de **définir des limites pour se préserver** : « Sinon, tout repose sur vous et comme on n’est pas habilités à, et qu’on n’a pas les connaissances, c’est trop lourd à gérer sur du long terme après quoi » (MG12/238-239). D’où le besoin de savoir déléguer : « faut l’déléguer à quelqu’un d’autre » (MG13/249). La **détermination** et la **persévérance du médecin** étaient aussi des attitudes nécessaires pour certains médecins : « je pense que là on est un peu seul. Donc on doit prendre sur nous » (MG3/202-203). Un autre besoin exprimé était de **savoir se faire respecter** : « du coup j’l’ai recadré (en parlant du conjoint manipulateur et maltraitant) » (MG12/96).

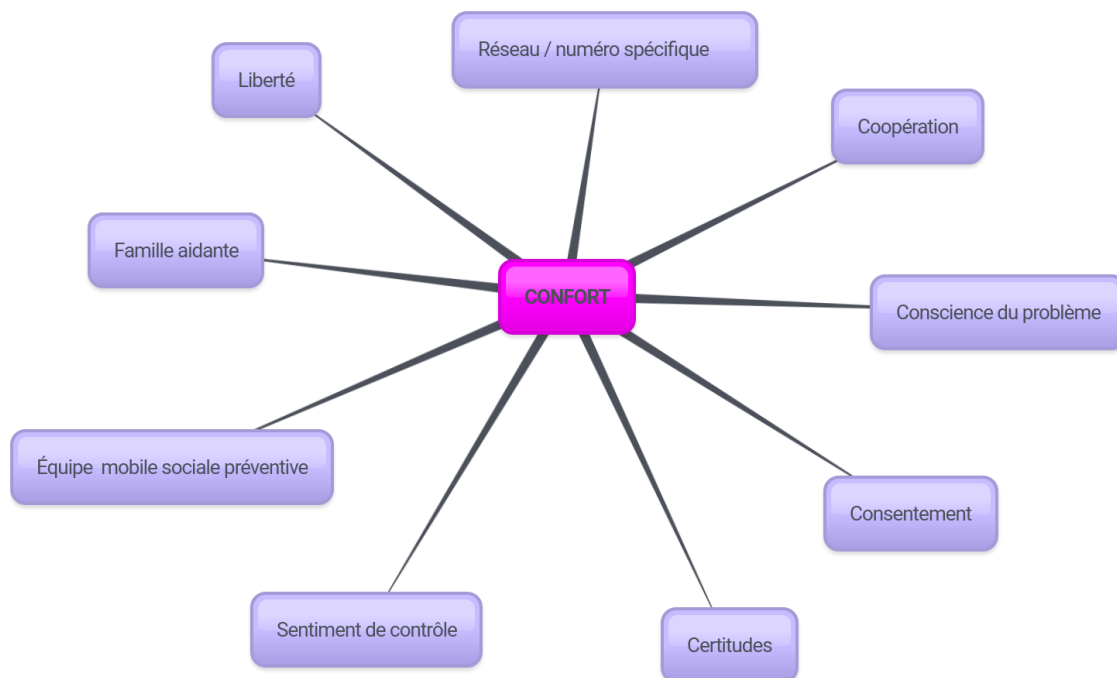
- Compétences des tiers :

Certains médecins souhaitaient travailler avec une **équipe compétente** tout « en tenant compte de l'expérience de chacun et surtout des compétences de chacun » (MG14/84). Un médecin évoquait l'importance de la **valorisation des intervenants** : « toutes les professions paramédicales, les aides-soignantes tout ça, qui se sentent, rabaissées peut-être, complètement à tort, mais un petit maillon voilà faible alors que pas du tout, alors ces gens-là s'raient à briefer énormément » (MG12/269-271).

- Formation :

Le besoin de **formation** était exprimé mais parfois avec une pointe de scepticisme : « et puis après les besoins de formation sans doute mais » (MG2/72), « les formations, moi j'en, j'en sais trop rien » (MG13/234-235), « c'est déjà euh une formation sur euh, sur la définition de la maltraitance et les signes d'alerte en fait euh pour ne pas passer à côté » (MG10/113-114). La **formation des intervenants** était également évoquée : « C'est déjà de former tous les personnels à ça. A comment ça fonctionne, quels sont les enjeux, comment ça, comment on, et les risques qu'ils ont à le faire, c'est zéro hein » (MG12/284-286).

## Confort



- Certitudes :

La certitude sur l'existence d'une maltraitance et la présence de preuves étaient évoquées : « Des fois, on a des doutes on se pose des questions [...]. Mais là c'était plus que flagrant quoi » (MG2/48-49),

« Oui, oui, parce que je pense qu'il faut quand même un peu de preuves avant de pouvoir faire des signalements » (MG3/200-201).

- Conscience du problème :

La prise de conscience du problème par l'ensemble des protagonistes était une étape facilitant la prise en charge : « surtout dans les maltraitances familiales où les gens veulent pas admettre qu'ils sont, ne veulent pas dire et essaient de cacher qu'ils sont maltraités » (MG1/88-89). Un des enjeux était la compréhension des limites de l'aidant ou du conjoint : « Donc sans trop le mettre en cause finalement, on a réussi à l'amener, à lui faire comprendre qu'il aurait du mal à gérer seul » (MG3/30-31).

- Consentement :

Le **consentement de la famille** pour la prise en charge était mentionné : « moi j'avais alerté un peu sa fille, elle était d'accord » (MG3/86). D'autres médecins évoquaient la notion d'**acceptation d'aides** par la personne maltraitée ou l'aidant principal : « y'a toujours des gens qui, qui nous mettent en difficulté de par leur refus bien souvent de, de soins ou d'intervenants » (MG14/85-86).

- Famille aidante :

Un autre besoin était d'avoir affaire à une famille aidante, dans la prévention ou dans la prise en charge : « Disons qu'ils jouent pas toujours leur rôle d'aidant finalement » (MG4/177).

- Coopération :

La coopération de la personne maltraitée était nécessaire : « on sentait quoi qu'elle, elle faisait des efforts en tout cas. » (MG12/170-171).

- Liberté :

Trois formes de libertés étaient évoquées. La **liberté d'expression du patient** : « elle peut pas se confier pleinement et puis dès qu'elle disait quelque chose, il faisait : "Mais nan !" » (MG9/31). La **liberté du patient** : « Sans, sans leur prendre leur droit évidemment de liberté mais, les protéger » (MG4/159-160). La **liberté d'expression et d'action du médecin** qui passait par le fait de ne pas être à la fois le médecin traitant de la personne maltraitée et celui de la personne maltraitante : « et pis surtout j'suis médecin traitant des deux » (MG9/154).

- Sentiment de contrôle :

La situation devait rester sous contrôle et cela pouvait passer par un évitement des conflits : « Je me suis dit si on perd, nous, le contrôle, en fait, si moi je perdais le contrôle, je savais pas trop ce qui

allait se passer quoi. » (MG3/42-43), « parce que lui à un moment il était armé hein, c'est-à-dire “ si vous rentrez dans la maison, j'ouvre le feu”. Donc ça a été euh, on, on était tous vigilants » (MG13/214-215).

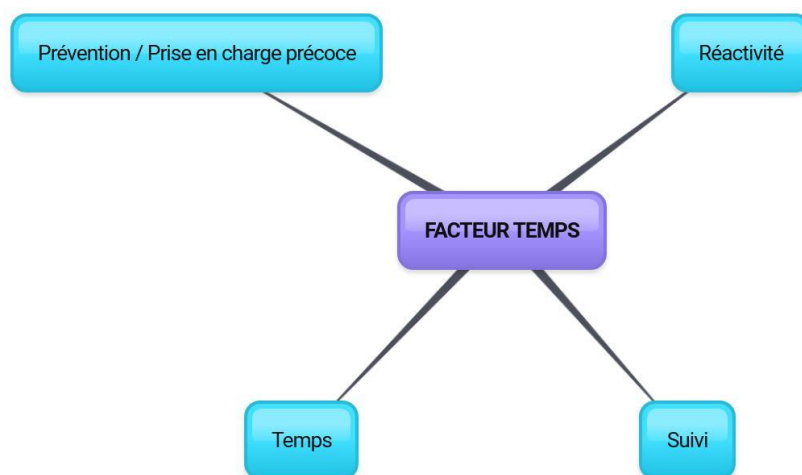
- Équipe mobile sociale préventive :

La création d'une équipe mobile sociale préventive permettrait d'évaluer la situation sociale au domicile des personnes âgées : « Donc faudrait presque que passé un certain âge, que y'ait quelqu'un qui passe systématiquement vérifier comment c'est le, comment c'est le quotidien, les finances, le truc » (MG6/126-127), « une sorte de réseau de fait, du bénévolat ou j'sais pas quel système » (MG6/129).

- Réseau/numéro spécifique :

Certains médecins avaient besoin d'un réseau spécifique : « Après c'est sûr que d'avoir euh, un appel [...] une ligne directe signalement c'est quand même assez simple quoi » (MG5/94-95).

## Facteur temps



- Prévention / Prise en charge précoce :

Le besoin de protéger en amont le patient d'une maltraitance financière était présent : « éviter qu'y'ait des prévaricateurs qui tournent autour des uns » (MG13/136-137). Un médecin avait besoin d'une famille aidante prenant en charge de façon précoce les situations à risque : « c'est, c'est pas très fréquent que les familles viennent nous voir [...]. On pourrait des fois avoir anticipé certaines choses quand même. Y'a pas besoin d'attendre toujours le clash dans des situations dramatiques ou, ou d'urgence [...]. Ils ont aussi des devoirs d'enfants » (MG4/207-211).

D'autres ressentait le besoin d'agir plus précocement : « Je pense qu'on attend trop longtemps des évidences pour les signaler » (MG12/296).

- Réactivité :

Plusieurs médecins partageaient le besoin de réactivité : « dès qu'un patient nous pose problème, paf on fait une réunion » (MG1/76-77), « j'aurais p't'être voulu qu'ça aille plus vite » (MG13/219-220).

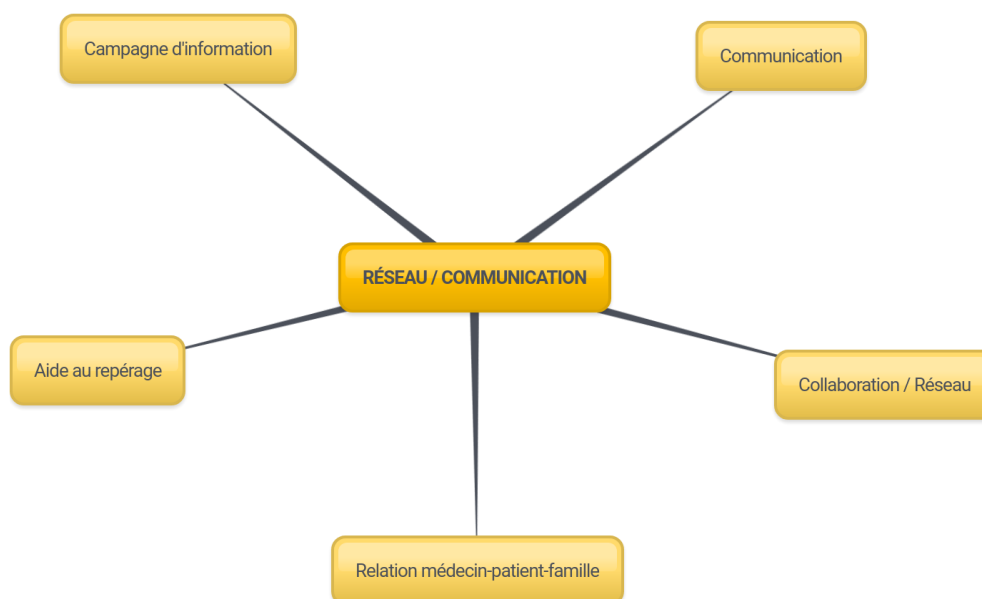
- Temps :

Certains médecins trouvaient important d'avoir du temps : « déjà un besoin, le temps » (MG12/173).

- Suivi :

La situation devait être suivie même au terme de la prise en charge : « il faut qu'on, qu'on, qu'on soit vigilants sur le suivi, voir si le problème est réglé ou pas. » (MG7/146).

## Réseau et communication



- Aide au repérage :

L'aide au repérage par l'équipe intervenant au domicile ou par la famille était évoquée : « les aides-soignantes [...] appréhendent généralement assez bien les, les situations familiales, sûrement au départ beaucoup mieux que nous » (MG4/170-173), « Après la, la famille est de mon côté, c'est eux qui m'ont appelée » (MG6/38-39).



- Relation médecin-patient-famille :

Un médecin insistait sur l'importance de la **connaissance de la famille** en tant que médecin traitant : « Donc j'y pense que le fait de connaître le milieu, de connaître toute la famille bah bien sûr que ça aide » (MG7/190-191). La **relation médecin-patient** était abordée : « la relation de confiance, de confiance que vous avez avec votre patient. C'est vrai que si vous avez vraiment de bonnes relations, ils vont, ils vont tout vous dire... » (MG7/213-214). Certains médecins évoquaient le besoin de **maintenir le lien** : « c'est que les gens sont pas idiots et quand ils sentent que vous vous posez des questions, [...] ils s'en vont, ils changent de cabinet » (MG12/297-299). Un médecin évoquait l'**importance de la parole du médecin** dans la relation avec la famille : « notre parole quand même a une importance à ce moment-là » (MG7/145-146).

- Collaboration / réseau :

Travailler en collaboration avec un bon réseau était nécessaire. La collaboration se faisait avec un large panel d'acteurs. « j'aurais eu besoin au début... Oui de ce réseau que finalement j'ai eu après » (MG12/188-189), « ce qui me paraît le plus important c'est de travailler ensemble quoi, avec toutes les personnes qui sont autour » (MG2/85-86).

- Communication :

Certains médecins exprimaient le besoin d'une **bonne communication avec le patient** : « Donc que la personne âgée arrive à, à se plaindre, à moi » (MG7/169-170). Une **communication sereine/assertive avec la famille** paraissait également nécessaire : « qu'on soit avec lui compréhensif tout en lui disant quand même qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas quoi, qu'il pouvait pas gérer quoi » (MG3/109-110). Une **communication efficace avec les intervenants** était aussi relevée : « la réponse passe par une bonne communication entre tous les intervenants » (MG4/100-101).

- Campagnes d'information :

La mise en place de campagnes d'information était envisagée : « il faudrait p't'être que y'ait des interventions publiques de... comme des publicités au niveau de la sécu ou des choses comme ça. Pour di, pour alerter euh » (MG6/116-117), « une sorte de campagne un peu de... c'est quoi un signalement ? » (MG12/303).

## Absence de besoin

Plusieurs médecins exprimaient ne pas ressentir de besoin, considérant qu'ils avaient déjà tous les outils nécessaires : « Aucun j'crois parce qu'on a tout ce qui faut » (À la question, quels seraient vos besoins ?) (MG7/114).

## Absence de solution unique

Certains médecins pensaient qu'il n'y avait pas de solution miracle ni de solution unique : « Je sais pas si il y a une solution, j'en suis pas persuadée » (MG3/156), « Ben c'est difficile d'avoir des conduites à tenir, c'est toujours un peu spécifique » (MG5/108).

## DISCUSSION

### Limites de l'étude

Une erreur dans le recueil des informations (déclaration partiellement faussée par exemple) induit un **biais d'information**. Six des médecins interrogés avaient été maîtres de stage du chercheur. Ces médecins et le chercheur se connaissant, cela a pu engendrer des erreurs dans le recueil des informations par la génération de déclarations supposées attendues.

L'interviewer était le chercheur et il n'y avait durant les entretiens pas d'observateur qui aurait pu noter davantage de signes non-verbaux. Certains éléments non verbaux ont pu être omis conduisant à une erreur d'interprétation dans le travail d'analyse, autrement dit à un **biais de confusion**. Il n'y a pas eu de « double-codage » qui permet de diminuer le risque de biais de confusion. Dans le double codage, l'analyse des données est réalisée en parallèle par deux chercheurs puis mise en commun afin de trouver un consensus dans la catégorisation des données.

### Forces et intérêt du travail

La force de ce travail a été d'apporter des éléments nouveaux venant du monde professionnel, aucune étude ne s'étant intéressée, à ce jour, aux besoins des médecins généralistes.

### Comparaison des résultats avec la littérature

Après revue narrative de la littérature, plusieurs articles, dont deux études décrites ci-dessous, ont permis d'évaluer la validité externe des résultats. Le premier article est *Elder abuse* (6) qui est une revue de la littérature sur la maltraitance et sa prise en charge. Le second article est *Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings* (18) (nommé *Healthcare* ci-après) dont l'objectif était de comprendre le problème du repérage et du signalement de la maltraitance du point de vue des professionnels et de faire émerger de nouvelles idées permettant une amélioration de ce processus.

### Besoins connus

#### Actions

Dans l'article *Elder abuse*, les visites à domicile, sources d'informations importantes pour le repérage, permettent l'obtention de preuves. Les médecins peinent à faire une visite devant chaque

cas de suspicion de maltraitance. Les visites, menées par les services sociaux, permettent d'apporter aux médecins des détails supplémentaires sur la situation (6).

La mise en place ou l'augmentation des aides à domicile est un besoin connu. Concernant la catégorie « aider la famille », le soutien à l'aidant est également abordé dans *Elder Abuse* (6). L'allègement de la charge qui pèse sur l'aidant peut passer par la majoration des aides au domicile ou par des moments de répit. La prise en charge sociale fait partie des stratégies d'intervention permettant d'optimiser les aides financières, matérielles ou humaines (6).

La prise en charge psychologique de l'aidant, mentionnée dans *Elder Abuse*, passe par un échange, avec lui, sur la question du stress et de la charge engendrés par sa fonction. La proposition d'une aide psychiatrique au patient est également abordée. Concernant la prise en charge légale et juridique, le signalement est la première étape de la prise en charge. La protection juridique est une action également décrite sous forme de procuration, gestion de l'argent ou de mise sous tutelle de la personne âgée (6).

Concernant l'hébergement, le recours à une institutionnalisation reste une action possible. *Elder Abuse* considère également l'hébergement temporaire comme un répit parfois nécessaire pour l'aidant (6).

### **Compétences**

L'étude *Healthcare* retrouve également le besoin de savoir déléguer notamment aux services sociaux (18). Le besoin de compétences dans le domaine juridique est retrouvé dans un article, datant de 2005, où les médecins manquaient de connaissances concernant la législation et les organismes de référence disponibles (13).

Dans *Elder Abuse* et *Healthcare*, la formation n'est pas clairement exprimée comme un besoin par les médecins. L'article *Healthcare* suggère que les médecins ont une formation insuffisante (31). Dans une autre publication, 96% des médecins interrogés considéraient que le repérage et la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées devaient être inclus dans la formation médicale initiale (13). Dans la présente étude, un médecin était en faveur d'une formation des intervenants, ce qui est retrouvé dans l'article *Elder Abuse*. Cet article propose que le médecin soit à l'initiative de la formation de l'équipe interprofessionnelle locale (6).

## **Confort**

Le besoin de certitudes sur l'existence d'une maltraitance a également déjà été décrit : 94% des médecins interrogés déclaraient ne pas pouvoir apporter de preuves devant un cas suspect (13).

La liberté d'expression est évoquée, de manière indirecte, dans *Elder Abuse*, par la nécessité que le patient soit vu seul et se sente libre de parler (6). La liberté d'expression du médecin et du patient était abordée par plusieurs médecins dans cette étude. On peut la mettre en parallèle avec le besoin d'intimité avec le patient relevé dans *Healthcare* (18).

## **Facteur temps**

Le manque de temps est, dans *Healthcare*, une entrave à la bonne prise en charge de la maltraitance, les médecins gérant en priorité les problèmes jugés plus confortables. Le manque de temps faisait partie des problèmes les plus souvent mentionnés (18). L'article *Interventions for preventing abuse in the elderly* (19) développe les moyens de prévention. Dans un article de 2014, l'organisation du suivi faisait partie intégrante de la stratégie de prise en charge (20).

## **Réseau et communication**

La collaboration et l'importance d'un riche réseau étaient relevées dans cette étude. L'article *Elder Abuse* affirme que les interventions réussies reposent sur un travail collaboratif interprofessionnel et local. *Elder Abuse* explique que les médecins peuvent avoir une aide au repérage par les services sociaux via leurs visites à domicile (6).

Concernant la relation médecin-patient-famille, *Elder Abuse* mentionne également le risque de rupture du lien en cas d'accusations agressives ou de conflit avec l'entourage du patient (6). Le maintien d'une relation de confiance avec le patient est retrouvée également dans *Healthcare* (18).

Les médecins exprimaient le souhait que le patient puisse se plaindre de leur situation sans crainte. L'article *Elder Abuse* indique que certaines questions indirectes ou directes peuvent permettre une meilleure communication comme : « vous sentez-vous en sécurité chez vous ? » Une communication compréhensive avec la famille était évoquée dans cette étude, ce que relève aussi l'étude *Elder Abuse*, par la nécessité pour le médecin d'avoir une attitude sympathique sans jugement tant que les faits ne sont pas établis (6).

## **Éléments nouveaux**

Concernant le code sélectif *actions*, deux besoins nouveaux ressortent : le caractère anonyme du signalement et le besoin de pouvoir, au mieux, maintenir les gens dans leur milieu. Les autres moyens d'actions ont été largement décrits dans la littérature.

Dans la catégorie *compétences*, cette étude mit en lumière des besoins directement liés aux compétences personnelles du médecin. La prise en charge nécessitait un savoir-être : savoir se faire respecter, être déterminé et persévérant, savoir reconnaître ses limites et se préserver. Paradoxalement, le besoin de connaissances formelles par la formation, était assez ambigu et secondaire pour certains. Plusieurs médecins exprimaient tout de même avoir besoin de certaines compétences notamment dans le repérage et le domaine social. Les médecins généralistes avaient besoin de travailler avec une équipe compétente. La valorisation des intervenants à domicile était également un élément nouveau.

Dans la catégorie *confort*, de nombreux éléments nouveaux, facilitateurs pour la prise en charge, sont apparus : avoir affaire à une famille aidante, la prise de conscience du problème par les protagonistes, la compréhension des limites de l'aidant ou du conjoint, l'acceptation d'aides, le consentement de la famille ou encore la coopération de la personne maltraitée. À ces besoins s'ajoutait celui d'un sentiment de contrôle de la situation et d'un réseau ou d'un numéro d'appel spécifique. L'action d'une équipe mobile sociale préventive était une idée également nouvelle.

Dans la catégorie *facteur temps*, les besoins de temps, de prévention et de suivi étaient relevés par d'autres articles mais cette étude mit également en avant les besoins de prise en charge précoce et de réactivité dans la prise en charge.

Dans la catégorie *réseau et communication*, de nombreux besoins étaient connus auxquels l'étude ajouta les suivants : l'aide au repérage par les intervenants ou la famille, la communication avec les intervenants, la connaissance de la famille par le médecin et l'importance de la parole du médecin dans la communication avec la famille. Cette étude permit de relever le besoin de campagnes d'information auprès du grand public sur la question de la maltraitance des personnes âgées.

## CONCLUSION

D'une part, cette étude confirme certains besoins déjà présents dans d'autres études. Un de ces besoins était d'avoir recours à un réseau solide et compétent. La constitution d'une équipe pluriprofessionnelle locale formée à ce type de maltraitance était une autre piste déjà soulevée.

D'autre part, cette étude souligne des résultats peu connus. Face à ces situations inconfortables, les médecins ont clairement exprimé avoir besoin d'éléments facilitateurs comme la coopération du patient et de ses proches.

Paradoxalement, le besoin de formation des médecins était assez ambigu, les médecins exprimant surtout un besoin de compétences personnelles liées au savoir-être. La question de la valorisation des intervenants au domicile, qui sont souvent en première ligne pour détecter la maltraitance, était posée.

La prévention de la maltraitance fait l'objet de recherche. Ici, cette prévention pouvait prendre la forme de campagnes d'information pour le grand public. La création d'équipes mobiles sociales préventives est également une piste à questionner.

Pour les développements futurs en recherche, une étude quantitative sur un échantillon représentatif de la population de médecins généralistes pourrait permettre de prioriser ces besoins. Il serait également intéressant de comparer les résultats en réalisant une étude qualitative centrée sur le ressenti de ces personnes âgées concernant leur prise en charge.

## ANNEXES

### Annexe A : CD-Rom

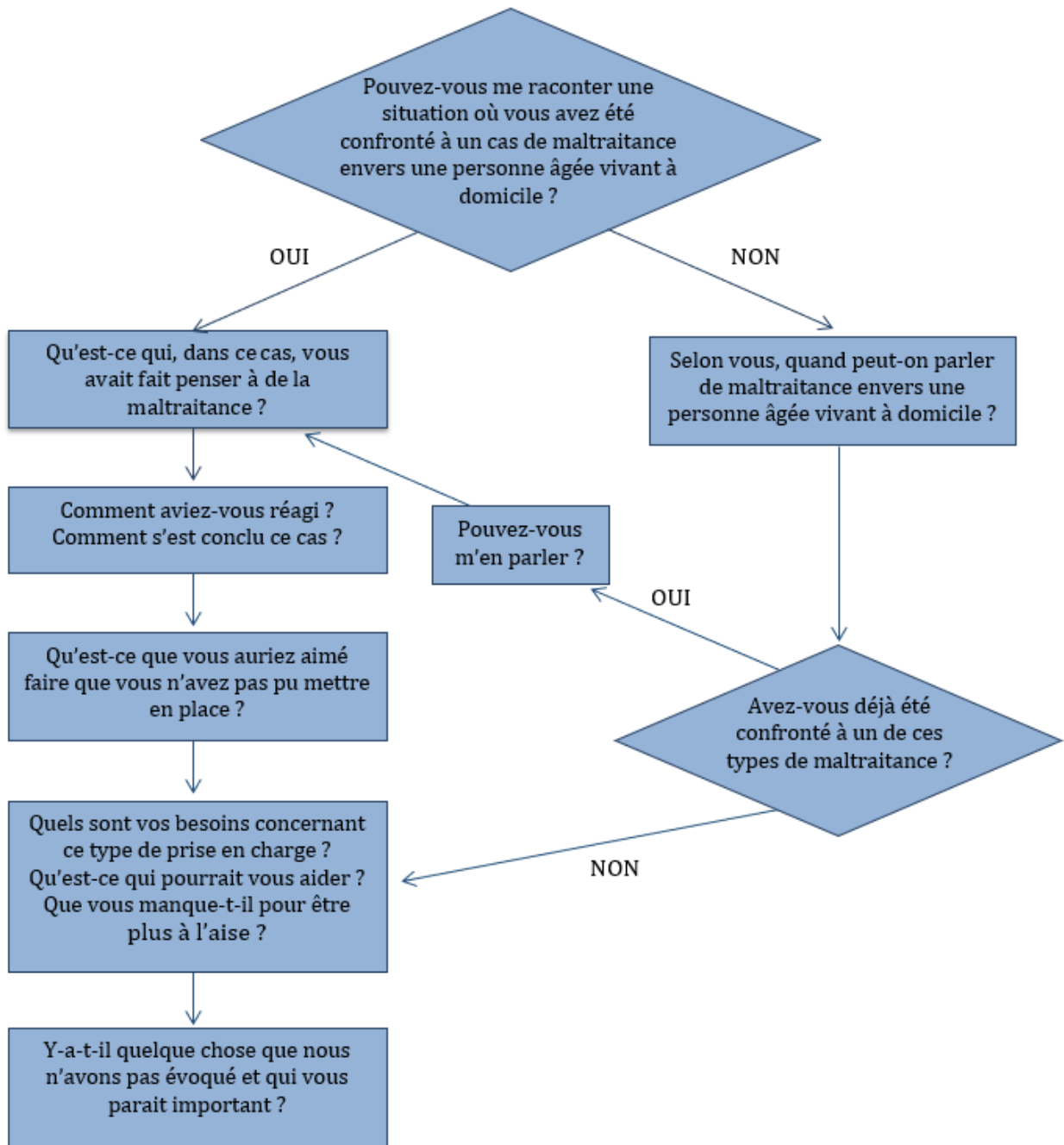
CD-Rom contenant le tableau de codage, la transcription des entretiens et la thèse en version numérique.



## Annexe B : Guide d'entretien

Je souhaite recueillir votre expérience et vos opinions. Avant tout, je souhaiterais avoir votre accord pour l'enregistrement sur dictaphone et téléphone. Cet entretien restera anonyme et sera retranscrit sur informatique.

- Depuis quand exercez-vous ? Depuis quand êtes-vous installé ?
- Age, sexe
- Pouvez-vous me parler de votre exercice ? Avez-vous des formations complémentaires ?
- Êtes-vous maître de stage ?
- Comment caractérisez-vous votre lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain) ?



## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées. Aide-mémoire. 2016. Disponible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr>. (Consulté le 12 avril 2017).
2. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 ; 5 :147-56.
3. Fédération 3977 contre la maltraitance. Indicateurs quantitatifs concernant uniquement des dossiers avec situations de maltraitance (Situations préoccupantes et témoignages). Tableaux. Document non publié. 2016 ; 7-9.
4. Dong X, Simon M, de Leon CM, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. *JAMA*. 2009 ;302(5) :517-26.
5. Wong JS, Waite LJ. Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study. *J Elder Abuse Negl*. 2017 ;29(1) :15-42.
6. Lachs M, Pillemer K. Elder Abuse. *N Engl J Med*. 2015 ; 373 :1947-56.
7. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de la justice. Que faire devant une situation de maltraitance d'une personne âgée ? Question-réponse. 2016. Disponible à : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F861.xhtml>. (Consulté le 25 février 2015).
8. Dong XQ, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes de Leon CF, et al. Elder Abuse and Mortality : The Role of Psychological and Social Wellbeing. *Gerontology*. 2011 ;57(6) :549-58.
9. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. 2012 ;58(12) :1336-40.
10. Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults : the role of physicians. *J Am Geriatr Soc*. 1996 ;44(1) :65-70.
11. Confédération 3977. Statistiques 2013. Rapport d'activité. 2013.
12. Mahieu G. Maltraitance des personnes âgées à domicile : perceptions et réactions des soignants professionnels. Thèse de médecine. Université Lille ; 2016, 136p.
13. Kennedy RD. Abuse and neglect : the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med*. 2005 ; 37(7) : 481-5
14. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff : Armand Colin ; 2016. 297p.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008 ; 84 :142-5.
16. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Paris : De Boeck Supérieur ; 2003. 630 p.

17. Dumez H. *Méthodologie de la recherche qualitative*. Paris : Vuibert ; 2013.
18. Schmeidel An, Daly J, Rosenbaum M, Schmuck G, Jogerst G. Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl*. 2012 ;24(1) :17-36.
19. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010321.pub2/abstract>. (Consulté le 11 novembre 2017).
20. Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect : assessment and intervention. *American Family Physician*. 2014 ; 89 (6) : 453-60.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Serment prononcé par le Docteur Déborah EVAÏN

Le 21 décembre 2017

Pour l'Ordre national des médecins,

Le médecin

**UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Médecine**

\*\*\*\*\*

**AUTORISATION D'IMPRIMER**

\*\*\*\*

Présentée par Monsieur le Professeur LE RESTE Jean Yves

Titre de la thèse

**Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de la  
maltraitance des personnes âgées vivant à domicile**

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à Par Madame EVAIN Deborah  
Née le 8 décembre 1988 à Cholet (49)

Fait à BREST, le 15 Novembre 2017

VISA du Doyen de la faculté

A BREST, le 15-11-17

Le Doyen,



Le Président du Jury de Thèse,



EVAIN Déborah – Needs of primary care physicians in the management of elder abuse  
- 36 f. 1 tabl. Th. : Méd. : BREST 2017

**ABSTRACT** :

**BACKGROUND** : Primary care physicians are at the forefront in identifying and managing the situations of elder abuse. The purpose of this work was to research their needs in this area.

**METHODS** : It was a qualitative study based on semi-structured individual interviews with a reasoned sample of liberal general practitioners. The interviews were continued until data saturation. The interviews were anonymized, transcribed and analyzed thematically.

**RESULTS** : Fourteen interviews were conducted between November 2015 and March 2017. They revealed previously unknown needs. In the action theme, the anonymous nature of the reporting and the maintenance of people in their environment were noted. Concerning skills, the need for training was ambiguous. The doctors expressed the need to acquire skills related to their attitudes. They needed to work with a competent and valued team. In the comfort theme, many needs emerged as the cooperation of the patient and his relatives or the need for feeling of control of the situation. Regarding the theme time factor, the needs were focused on early management and responsiveness. The need for communication and collaboration with the network was already known. Some physicians expressed the need for mass public information campaigns. Some doctors expressed feeling no need when others thought there was no single solution.

**CONCLUSION** : Active collaboration with a local network, multi-professional and competent is one of the needs known and confirmed by this study. Paradoxically, the need for training of physicians is ambiguous, expressing above all a need related to the professional attitude.

**KEYWORDS** :

PRIMARY CARE PHYSICIAN

ELDER ABUSE

QUALITATIVE STUDY

**JURY** :

Président : Pr LE RESTE

Membres : Pr LE FLOCH

Dr LE BERRE

Dr CHIRON

**DATE DE SOUTENANCE** :

21 Décembre 2017