



Étude des caractéristiques des violences chez les personnes âgées de plus de 65 ans : étude prospective aux Unités Médico-Judiciaires de Montpellier et de Béziers

Clarisse Dubois

► To cite this version:

Clarisse Dubois. Étude des caractéristiques des violences chez les personnes âgées de plus de 65 ans : étude prospective aux Unités Médico-Judiciaires de Montpellier et de Béziers. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02500122

HAL Id: dumas-02500122

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500122>

Submitted on 5 Mar 2020

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.

THESE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT EN
MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 octobre 2019 à
MONTPELLIER

par

Clarisse DUBOIS née le 10 juin 1991 à Chambray les TOURS

**Etude des caractéristiques des violences chez les personnes
âgées de plus de 65 ans.**

Etude prospective aux Unités Médico-Judiciaires de Montpellier et de
Béziers

Directeur de thèse : Emmanuel MARGUERITTE

Jury :

Président du jury : Monsieur le Professeur Eric BACCINO

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Madame le Docteur Sophie COLOMB

Monsieur le Docteur Emmanuel MARGUERITTE

THESE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT EN
MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 octobre 2019 à
MONTPELLIER

par

Clarisse DUBOIS née le 10 juin 1991 à Chambray les TOURS

**Etude des caractéristiques des violences chez les personnes
âgées de plus de 65 ans.**

Etude prospective aux Unités Médico-Judiciaires de Montpellier et de
Béziers

Directeur de thèse : Emmanuel MARGUERITTE

Jury :

Président du jury : Monsieur le Professeur Eric BACCINO

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Madame le Docteur Sophie COLOMB

Monsieur le Docteur Emmanuel MARGUERITTE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric BACCINO, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Vous m'avez permis de débiter ma formation dans cette belle discipline qu'est la médecine légale en m'accueillant dans votre service. Recevez mes profonds et sincères remerciements.

A Madame le Professeur Muriel RAINFRAY, vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury. Je vous remercie de votre gentillesse et de votre pédagogie lors de mon passage dans votre service. Je vous remercie également de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Monsieur le Docteur François PETREGNE, vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury et de juger mon travail. Vous avez accepté de faire partie de mon jury à la dernière minute. Recevez toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sophie COLOMB, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour tes précieux conseils et informations avant et durant l'année de ma première année de DESC qui m'auront permis d'arriver jusqu'ici.

A Monsieur Emmanuel MARGUERITTE, je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour tes conseils et nombreuses anecdotes qui auront alimenté nos nombreuses conversations pendant la pause déjeuner. Promis j'essaierai de toujours clamer l'artère !

A mes parents, Pauline, Emilien et sans oublier Mélanie, Mamé, vous êtes loin mais je pense à vous.
Merci pour votre soutien sans faille et d'être tout simplement là.

Au reste de ma famille que je vois moins souvent mais qui est présente.

A mes co-internes, Kenza, Roxane et Clément qui m'ont supportée pendant ces derniers mois.
Merci pour ces nombreux moments passés ensemble de brancardage et de radios, de compte rendus et de staffs, de pauses café et de pauses tout court. Merci aux autres internes que j'ai rencontré, Olivia, Barbara, Justine, Marion et Dorian, futurs collègues de la discipline.

A tout le service de médecine légale, médecins, IDE et secrétaires et aux agents d'amphithéâtre pour votre accueil chaleureux. L'année est passée beaucoup trop vite et c'est avec un grand regret que je vous dirai au revoir.

Au service de Médecine Légale de Bordeaux, d'avoir créé le questionnaire sur lequel s'est appuyé mon travail de thèse.

A mes coloc's : Marie-Agnès, merci de m'avoir fait découvrir tant de choses et fait rencontrer tous ces gens géniaux, Clara, merci de m'avoir sélectionnée et permis d'intégrer cette coloc formidable, le petit (grand?) Kévin, d'avoir débouché pour nous les éviers et la douche si fréquemment, Laura et Titours et enfin Sophie, dernière venue, merci pour ta bonne humeur. Vous m'avez tous permis de découvrir Montpellier et de m'y sentir chez moi. A Poppy, presque coloc', que je suis heureuse d'avoir rencontré.

A Siam, le chef de la maison dont les miaulements « discrets » et la présence sont indissociables de la maison.

Evidemment une grosse pensée pour la douce petite Scotch qui nous a quittés beaucoup trop tôt. Elle était présente dès le début et nous manque beaucoup à tous.

A Marius, de m'avoir fait découvrir un monde que je ne connaissais pas. Tu auras été présent tout le long de cette année pour me rassurer. Merci pour ta confiance en moi.

A Fanny, Anne-Lorraine, Edouard, Alex, Cécile, mes supers colocs de la Chaudière, vous m'avez fait passer l'un de mes meilleurs étés grâce à votre bonne humeur et votre humour.

A mes co-internes du 1^{er} semestre en particulier Lauren, grande danseuse en devenir, merci pour ton humour sarcastique qui me fait toujours aussi rire et Maxime, pour ta générosité et les weekends à Saint-Girons.

A Mamie, qui est partie il y a maintenant bien longtemps mais à qui je pense toujours.

A Papé, tu es parti alors que je travaillais sur cette thèse. J'aurai toujours le regret que tu ne m'aies pas vue docteur.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	10
INTRODUCTION.....	11
I) Données épidémiologiques.....	11
A) Dans le monde.....	11
B) En France : Un vieillissement de la population.....	11
II) Conséquences économiques.....	12
III) Conséquences sociales.....	13
A) Dépendance.....	13
1) Evaluation de la dépendance.....	13
2) Prise en charge de la dépendance : Allocation Personnalisée d'Autonomie.....	14
B) Maltraitance.....	14
1) Les différentes violences.....	15
a) Violences psychologiques.....	15
b) Violences physiques.....	15
c) Violences sexuelles.....	16
d) Violences médicamenteuses.....	16
e) Violences financières.....	16
f) Négligence.....	16
2) Prévention et prise en charge.....	17
a) Le réseau national ALlô Maltraitance (ALMA).....	17
b) Phénomène de bientraitance.....	18
IV) Objectifs de l'étude.....	18
MATERIEL ET METHODES.....	19
I) Population étudiée.....	19
A) Critères d'inclusion.....	19
B) Information et consentement.....	19
II) Recueil des données.....	20
A) Méthode de recueil.....	20
B) Autorisation d'utilisation des données.....	21
III) Analyse statistique.....	21
RESULTATS.....	22
I) Données générales des victimes.....	22
A) Données socio-économiques.....	22
B) Vulnérabilité.....	24
C) Judicialisation.....	26
II) Violences.....	26
A) Violences psychologiques.....	27
B) Violences physiques.....	27
C) Violences sexuelles.....	28
D) Violences médicamenteuses.....	28
E) Violences financières.....	28
F) Négligences.....	29
G) Périodicité et lieu des violences.....	29
III) Caractéristiques des agresseurs.....	30
A) Sexe et âge.....	30
B) Relation victime-auteur et addiction.....	30

IV) Données cliniques.....	31
A) Recours médical.....	31
B) Bilan lésionnel.....	32
C) Symptomatologie psychologique.....	33
D) Incapacité totale de travail.....	33
V) Analyses statistiques.....	35
A) Selon le sexe.....	35
B) Selon l'âge.....	36
C) Selon le statut marital.....	37
D) Selon l'habitat.....	38
E) Selon la vulnérabilité.....	39
F) Selon le lien auteur-victime.....	40
G) Selon le lien auteur-addiction.....	41
DISCUSSION.....	42
I) Réponse à l'objectif principal.....	42
A) Caractéristiques des violences.....	42
a) Selon le sexe.....	44
b) Selon l'âge.....	44
c) Selon le statut marital et l'habitat.....	45
e) Selon la vulnérabilité.....	46
f) Caractéristiques de l'agresseur.....	46
II) Forces et faiblesses de notre étude.....	47
A) Forces de l'étude.....	47
B) Faiblesses de l'étude.....	47
a) Biais de sélection.....	48
b) Biais de mesure.....	48
c) Biais d'information.....	49
III) Limites des études antérieures.....	50
CONCLUSION.....	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	52
ANNEXES.....	56
Annexe 1 : Lettre d'information destinée aux personnes pour participation à une recherche.....	56
Annexe 2 : Formulaire de consentement pour participation à une recherche.....	58
Annexe 3 : score IADL de Lawton.....	59
Annexe 4 : Score ADL de Katz.....	60
Annexe 5 : grille Aggir.....	61
Annexe 6 : Groupes GIR.....	62
Annexe 7 : Questionnaire de l'étude (1/2).....	63
Annexe 7 : Questionnaire de l'étude (2/2).....	64
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	65
RESUME.....	66

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gerontologique Groupes Iso-Ressources

ALMA : Allô MAitraitance

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DDCS-PP : Directions Départementales de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

GIR : Groupe Iso Ressource

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITT : Incapacité Totale de Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges des victimes

Figure 2 : Répartition des victimes en fonction de l'habitat

Figure 3 : Répartition des scores de Lawton dans la population de l'étude

Figure 4 : Répartition des différents lieux de commission des violences dans la population d'étude

Figure 5 : Répartition en fonction des liens entre auteurs et victimes dans la population d'étude

Figure 6 : Nombre de jours d'ITT évalué à l'issue du premier recours médical

Figure 7 : Nombre de jours d'ITT évalué à l'issue de la consultation médico-judiciaire

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des différentes violences dans la population de l'étude

Tableau 2 : Types de violences psychologiques représentés dans la population de l'étude

Tableau 3 : Types de violences physiques représentés dans la population de l'étude

Tableau 4 : Répartition des violences selon le sexe

Tableau 5 : Répartition des violences selon l'âge

Tableau 6 : Répartition des violences selon le statut marital

Tableau 7 : Répartition des violences selon l'habitat

Tableau 8 : Répartition des violences selon la vulnérabilité des victimes

Tableau 9 : Répartition des violences physiques et psychologiques selon le lien auteur-victime

Tableau 10 : Répartition des violences physiques et psychologiques selon l'addiction de l'auteur

INTRODUCTION

I) Données épidémiologiques

A) Dans le monde

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que la population âgée, c'est-à-dire toute personne âgée de plus de 60 ans, sera de près de 1,5 milliards en 2050. Elle passerait ainsi de 12 à 22 % de la population mondiale (1).

Cependant, la proportion des personnes âgées est très sous-estimée car les études démographiques n'existent que dans certains pays développés. Les taux s'échelonnent actuellement entre 1 et 10% de la population (2).

B) En France : Un vieillissement de la population

La France compte 67 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2019 (3). Suite à l'avancée en âge des générations du baby boom et l'allongement de la durée de vie moyenne, le vieillissement de la population ne cesse de s'intensifier. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en France, le seuil plaçant un individu dans la catégorie des personnes âgées est de 65 ans. Celles-ci représentent 20 % de la population, soit une progression de 3,5 % en vingt ans (4).

Si ces tendances se maintiennent, la France compterait 70 millions d'habitants en 2050 avec un habitant sur trois âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005 (5).

II) Conséquences économiques

Selon les comptes de la dépendance établis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie sont de 30 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de Produit Intérieur Brut (PIB). Cette somme recouvre les dépenses de santé (pour 12,2 milliards d'euros), la prise en charge médico-sociale (10,7 milliards d'euros) et l'hébergement (7,1 milliards) (6).

Par ailleurs, la Cour des comptes a rendu public, le 12 juillet 2016, un rapport sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer à 2,3 millions entre 2010 et 2060 (7). Pour ces personnes et leur famille, la perte d'autonomie est psychologiquement et financièrement difficile à vivre.

Le vieillissement de la population est souvent présenté comme un facteur majeur de l'augmentation des dépenses de santé (8). En effet, cette hausse semble être due à l'augmentation de consommation de soins et la médicalisation croissante de la santé. De plus, le vieillissement de la population demande des besoins croissants en aide humaine et en dispositifs techniques destinés à compenser la perte d'autonomie (9).

L'aide humaine est en grande partie assumée par l'entourage proche et l'évaluation de son coût est souvent sous-estimée par rapport aux comptes officiels.

III) Conséquences sociales

A) Dépendance

La longévité représente un progrès de la science et des politiques publiques. Cependant, avec elle, apparaît en parallèle des maladies chroniques et dégénératives, qui sont elles-mêmes responsables d'une dépendance. Plusieurs échelles permettent d'estimer cette dernière.

1) Evaluation de la dépendance

L'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton permet d'évaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne. Elle comprend deux parties avec 14 items cotés 0 ou 1. Le score total varie de 0 (autonomie minimale) à 14 (autonomie maximale) (cf annexe). Cette échelle est plus adaptée à l'évaluation des personnes âgées vivant à domicile et ne présentant pas de dépendance sévère. Cette échelle est bien corrélée avec le diagnostic de démence (10).

Une autre échelle, l'échelle ADL de Katz, permet d'évaluer les activités de la vie quotidienne à l'aide de six items portant sur des actes élémentaires tels que la toilette, l'habillage, aller aux toilettes, la déambulation, la continence et l'alimentation (11). Cette échelle simple et rapide est considérée comme une référence dans la littérature internationale.

Enfin, le niveau de dépendance est évalué à l'aide de la grille AGGIR (Groupe Autonomie Gériatrie Groupe Iso Ressources) en évaluant les activités de la vie quotidienne (cf annexe). Elle permet ainsi de classer les patients en six Groupes Iso Ressources (GIR), de 1 à 6, 1 correspondant au niveau de dépendance le plus élevé (cf annexe 6). Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent le droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie(12).

2) Prise en charge de la dépendance : Allocation Personnalisée d'Autonomie

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), créée avec la loi du 20 juillet 2001, a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles aides intermédiaires comme les accueils de jour et les hébergements temporaires (13).

Cette aide permet, soit de payer une partie des aides permettant de rester à domicile, soit une partie de l'hébergement médico-social dans lequel le patient est hébergé. Afin de pouvoir en bénéficier, il faut être âgé de 60 ou plus. Et attester d'une résidence stable et régulière en France (14).

Selon une estimation de la DRESS, il y aura en 2050, 2,2 millions de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie contre 1,3 million en 2017 (15).

B) Maltraitance

Les pathologies chroniques rendent la population âgée plus vulnérable aux dépendances physiques, financières et sociales. Ces multiples vulnérabilités les exposent aux différentes formes d'abus (16).

D'après l'OMS, la définition de la maltraitance comprend : « *Tout acte ou omission intentionnel ou volontaire, 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 qui en est victime* ». Une personne âgée sur six serait ainsi victime de maltraitance dans le monde (17) .

Selon les estimations internationales, les prévalences toutes violences confondues, sont estimées de 2,2 % (Canada) à 36,2 % (Chine) avec une moyenne à 14,3 %. L'Europe présente une estimation moyenne à 10,8 % (18). Cependant, il existe autant de définitions de violences que d'études.

Certaines études ont permis d'identifier des facteurs de risque de violence tels que l'âge, le sexe ou encore la vulnérabilité (19).

1) Les différentes violences

Nous avons choisi de nous intéresser à six types de violences classiquement étudiées. Selon les études et les définitions, les violences sexuelles et médicamenteuses sont parfois englobées dans les violences physiques. Nous avons néanmoins, choisi d'en faire des entités propres dans cette étude (20).

LES DIFFERENTES VIOLENCES					
Psychologiques	Physiques	Sexuelles	Médicamenteuses	Financières	Négligence

a) Violences psychologiques

Les violences psychologiques sont définies par tout acte réalisé avec l'intention de causer une blessure émotionnelle (21).

b) Violences physiques

Les violences physiques incluent tout acte réalisé avec l'intention de causer une douleur physique ou une blessure (21).

c) Violences sexuelles

Elles comprennent les viols désignant « *tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par contrainte, violence, surprise ou menace* », et les agressions sexuelles des « *atteintes sexuelles commises avec violence, contrainte, menace ou surprise, sans acte de pénétration* » (19).

d) Violences médicamenteuses

Elles consistent en une privation ou une administration inappropriée de médicaments ou de traitements médicaux nécessaires à une maladie, ou encore une privation des aides dont la personne aurait médicalement besoin (21).

e) Violences financières

Elle incluent le détournement des biens ou de l'argent des personnes âgées à des fins personnelles (21).

f) Négligence

Elles sont définies par l'incapacité de l'aidant principal désigné de répondre aux besoins de la personnes âgée dépendante (21). On distingue les négligences actives et passives. Les négligences passives consistent en une privation des aides indispensables à la vie quotidienne (toilette, habillage, marche, alimentation), oubli, abandon, sans « *intention de nuire* ». Les négligences actives sont réalisées « *avec intention de nuire* »(22).

2) Prévention et prise en charge

a) Le réseau national ALLô Maltraitance (ALMA)

Sur le plan national, les principales données sur les violences aux personnes âgées proviennent du réseau ALMA. ALMA est un ensemble d'associations départementales créé en 1995 par un gériatre, le Professeur HUGONOT, gériatre à Grenoble (23).

Composée de bénévoles, elle a pour vocation d'apporter conseils et soutien aux personnes âgées ou à leur entourage, victimes de maltraitance ou de souffrance grâce à la mise en place d'un centre d'écoute joignable par téléphone. En 2014, ALMA-France et Habéo (Handicap Age Bientraitance Ecoute Orientation) ont fusionné pour donner un seul organisme national pour la maltraitance des personnes âgées et des adultes en situation de handicap en France : la fédération 3977. Depuis, ce réseau s'est développé et ce sont 78 antennes ALMA aujourd'hui qui couvrent le territoire français.

Elle présente trois objectifs principaux. Tout d'abord, une prise de conscience de la population en délivrant des informations au grand public grâce à la presse ou encore en des manifestations. Puis la prévention, en informant et sensibilisant les acteurs dans le domaine.

Et enfin, Le traitement des cas signalés avec une écoute et une délivrance de conseils par une équipe issue des domaines sociaux, médicaux et juridiques (23).

Par ailleurs, les professionnels et les particuliers, victimes ou témoins de situations de maltraitance peuvent également alerter les autorités administratives ou judiciaires compétentes pour agir, comme l'Agence régionale de Santé (l'ARS), les conseils départementaux, ou encore les Directions Départementales de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations. (DDCS-PP) (24)

b) Phénomène de bientraitance

En parallèle de la maltraitance évolue la bientraitance. En 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un guide de promotion de la bientraitance en établissement de santé et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPAD).

Il vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur au sein d'un établissement ou d'un service, en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Cependant, elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. « *Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'avec des échanges continus entre tous les acteurs* » (25)

Dans un objectif de bientraitance, il convient de connaître les différents types de violences et leurs caractéristiques.

IV) Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de déterminer le type et les caractéristiques de violences subies par des sujets de plus de 65 ans consultant pour ce motif dans l'unité médico-judiciaire du CHU de MONTPELLIER et de l'hôpital de BEZIERS. Cette étude permettra également d'analyser les caractéristiques des victimes avec notamment leur degré de vulnérabilité mais aussi les caractéristiques des auteurs de violence. Les objectifs secondaires sont de déterminer si des différences significatives existent entre les différentes violences, les caractéristiques des victimes et celles des auteurs.

MATERIEL ET METHODES

I) Population étudiée

A) Critères d'inclusion

Il s'agissait d'une étude descriptive prospective quantitative. Etait incluse dans l'étude toute personne, d'âge égal ou supérieur à 65 ans se présentant à l'unité médico judiciaire de MONTPELLIER ou de BEZIERS pour un examen médico-légal. Il pouvait être réalisé soit dans un contexte judiciaire (dépôt de plainte, signalement judiciaire), soit à la demande de la victime dans le cadre d'une consultation hospitalière. Etaient retenues les violences volontaires physiques, sexuelles, psychologiques, financières, médicamenteuses et/ou des négligences. Etaient également pris en compte les coups et blessures involontaires (accidents de la voie publique, accident du travail).

B) Information et consentement

L'article 8.2.1 de la loi Informatique et Libertés prévoit un consentement exprès de la personne concernée par l'étude.

Il était délivré au préalable une information orale sur le cadre et les finalités de l'étude par le médecin légiste menant la consultation et remis une note d'information individuelle écrite. Après ces informations délivrées, le sujet devait prendre connaissance ou lire et signer un formulaire de consentement écrit pour la participation à la recherche et l'utilisation de ses données.

II) Recueil des données

A) Méthode de recueil

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire à réponses multiples et fermées durant la période du 23/12/2016 au 11/06/2018. L'étude initiale, multicentrique (BORDEAUX, MONTPELLIER, TOULOUSE, TOURS), a été initiée par l'équipe de Bordeaux. Cette même équipe a établi le questionnaire puis l'a transmis aux différents services de Médecine Légale participant. Les réponses étaient recueillies par le médecin légiste effectuant la consultation dans les salles de consultation de l'UMJ du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Lapeyronie de MONTPELLIER ou du centre hospitalier (CH) de BEZIERS. Ce dernier devait remplir différentes rubriques telles que les données socio démographiques (sexe, âge, tranche d'âge, situation, activité professionnelle, habitat), l'état de vulnérabilité, s'il existait une mesure de protection, une procédure judiciaire en cours, le type de violences (physiques, psychologiques, sexuelles, médicamenteuses, financières, négligence). Il devait préciser la périodicité ainsi que le lieu des violences. Une rubrique était consacrée aux caractéristiques de l'agresseur.

Pour finir, une partie était consacrée aux données cliniques avec un recueil du délai des violences par rapport à l'examen médico-légal, d'un éventuel recours médical, d'un bilan physique, psychologique et du nombre de jours d'incapacité totale de travail attribué à l'issue de la consultation. En plus du questionnaire, une échelle IADL-E de Lawton (cf annexe 3) était réalisée pour quantifier la dépendance uniquement quand le patient habitait dans son propre logement ou vivait chez un membre de sa famille. Dans l'étude, nous avons utilisé que l'échelle simplifiée de ce questionnaire avec 8 items cotés sur 5 pour les hommes et sur 8 pour les femmes. Un score de 5/5 ou de 8 /8 signifiait que le sujet était totalement autonome.

Tous les médecins légistes ayant participé, ont bénéficié d'une présentation du projet et d'une note d'information avant le début de l'étude.

B) Autorisation d'utilisation des données

Une demande d'autorisation au Comité de Protection des Personnes (CPP) SUD-OUEST et OUTRE-MER III a été faite. L'étude a été qualifiée hors du champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants. Un avis favorable a été émis le 09 mai 2016 (déclaration 2016/73).

Une procédure de « déclaration normale » a été réalisée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Néanmoins, une autorisation de création du fichier a été obtenue le 13 mai 2016 (déclaration n°1957101).

III) Analyse statistique

Les données ont été recueillies et collectées dans un fichier EXCEL. Ces données ont été anonymisées et codées. Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5 % pour toutes les analyses.

L'analyse a été effectuée avec l'aide du Département de l'Information Médicale (DIM) du CHU de Montpellier.

L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel R dans sa version 3.1, R Development Core Team (2008). R : *A language and environment for statistical computing. R foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria*. Via l'application GMRC Shiny Stat du CHU de Strasbourg (2017). Les analyses statistiques des résultats ont été réalisées par des tests du Chi2 ou de Fischer selon l'effectif de l'échantillon et le nombre de données recueillis ainsi que par régression logistique.

RESULTATS

I) Données générales des victimes

A) Données socio-économiques

L'étude comptait 68 participants dont 23 hommes (33,8%) et 45 femmes (66,2%).

Cinquante-quatre personnes (79,4%) appartenaient à la tranche d'âge 65-79 ans, 9 (13,2%) à la tranche d'âge 80-89 ans et 5 (7,4%) à la tranche d'âge 90-99 ans. L'échantillon ne comportait aucun participant dans la tranche 100 ans et plus (cf figure 1).

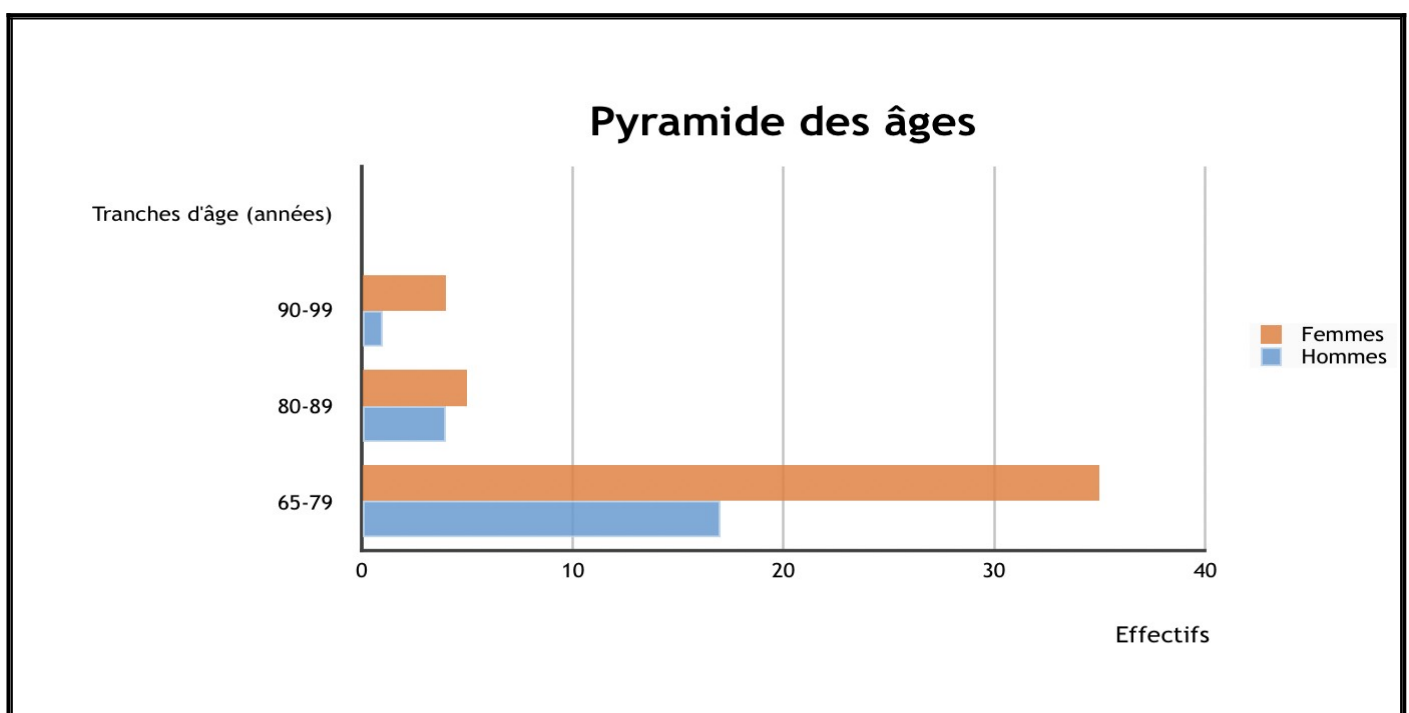


Figure 1 : pyramide des âges des victimes

L'âge moyen était de 73,76 ans avec un écart type de 7,52 ans et un intervalle de confiance de [71,91-75,61 ans].

Il y avait une majorité de patients mariés (32 soit 56,1%), 11 célibataires (19,3%), 2 en concubinage (3,5%) et 12 veufs (21,0%). La situation personnelle était inconnue pour 11 participants (16,2%).

Concernant l'activité professionnelle, 4 patients étaient en activité (6,2 %) et 61 étaient retraités (93,8%). Les données étaient manquantes pour 3 patients (4,4%).

Près de la totalité des patients vivaient à domicile (66 soit 97%), 1 patient vivait chez un membre de la famille (1,5%) et le dernier demeurait dans un EHPAD (1,5%) (cf figure 2).

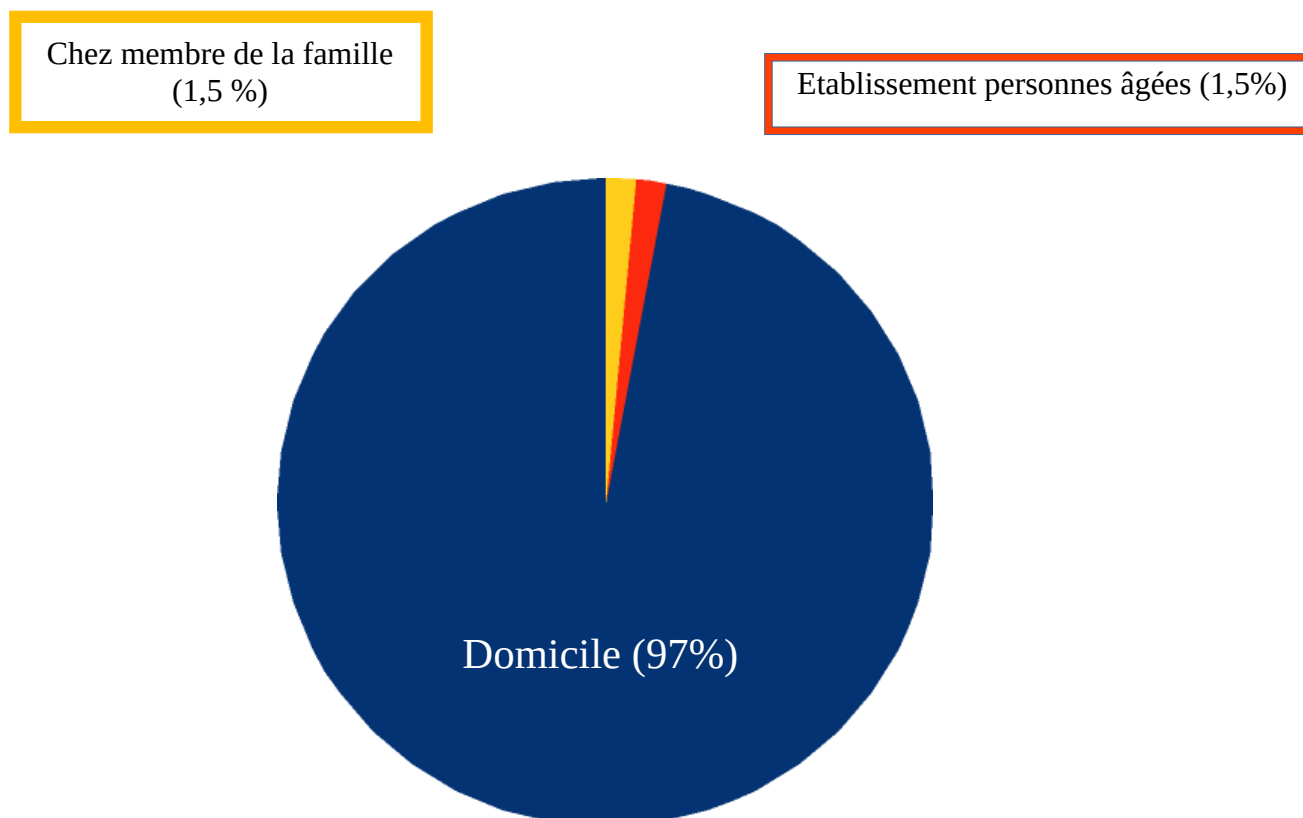


Figure 2 : Répartition des victimes en fonction de l'habitat

B) Vulnérabilité

Sur les 68 patients, 15 (27,3%) avaient un état de vulnérabilité en rapport avec une pathologie. Parmi ces derniers, 8 (57,1%) avaient une pathologie en lien avec l'appareil locomoteur et 4 (28,6%) en lien avec une pathologie neurodégénérative et/ou psychiatrique. Deux (14,3%) étaient en rapport avec d'autres maladies. Il y avait une donnée manquante concernant un patient.

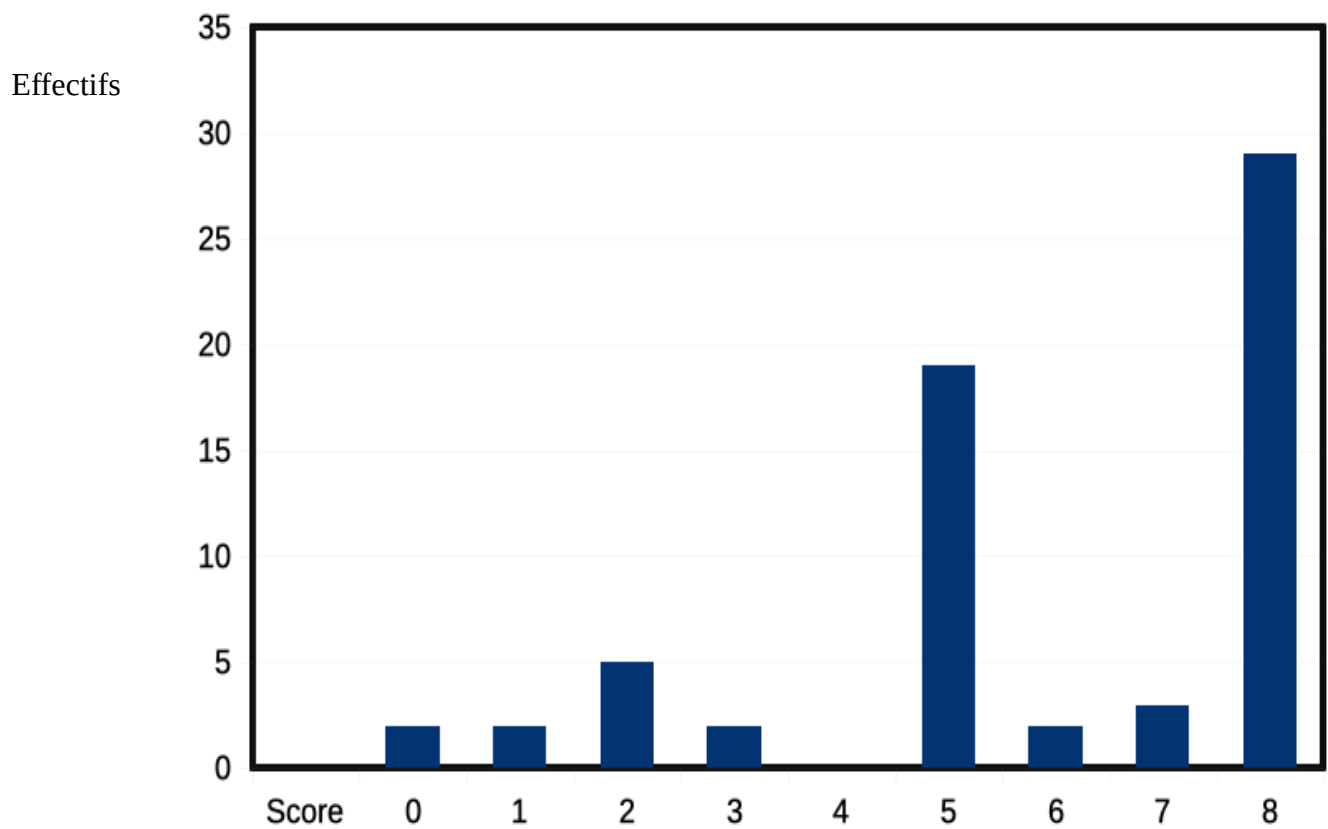


Figure 3 : Répartition des scores de Lawton dans la population d'étude

Pour 62 patients (93,9%), l'échelle de Lawton a été réalisée (cf figure 3).

Le score calculé de Lawton s'étendait de 0 à 8/8.

Un score de 8 désignait une personne totalement autonome.

La moyenne des scores était de 5,91 avec un écart type de 2,38 et un intervalle de confiance à 95 % [5,31-6,50].

Parmi tous les patients, 6 avaient une mesure de protection (8,8%) dont 2 sous curatelle simple, un sous sauvegarde de justice et 1 sous curatelle renforcée. Les données des deux derniers patients nous étaient inconnues.

C) Judiciarisation

Soixante-et-un patients (95,5%) ont consulté dans le cadre d'un dépôt de plainte ou d'un signalement. Trois patients (4,5%) se sont présentés spontanément sans réquisition. Deux données nous étaient inconnues.

II) Violences

Types de violences	Psychologiques	Physiques	Sexuelles	Médicamenteuses	Financières	Négligence
Nombre (pourcentage)	23 (39%)	62 (95,4%)	1 (1,6%)	0	3 (4,9%)	0

Tableau 1: Répartition des différentes violences dans la population d'étude

Chaque patient pouvait être victime d'un ou plusieurs types de violence. L'un n'excluant pas l'autre, le pourcentage total obtenu était au-delà de 100 %.

A) Violences psychologiques

Violences psychologiques	Menaces violences physiques	Menaces de mort	Insultes	Humiliations	Harcèlement
Effectif (pourcentage)	7 (13,5%)	6 (11,5%)	10 (19,2%)	3 (5,8%)	1 (1,9%)

Tableau 2 : Types de violences psychologiques représentés dans la population d'étude

Vingt-trois patients (39%) ont déclaré avoir été victimes de violences psychologiques. Parmi eux, la majorité avait reçu des insultes (19,2%) et/ou des menaces de violences physiques (13,5%).

Aucun n'a reçu de menace de placement.

Chaque donnée n'étant pas exclusive, les victimes pouvaient avoir subi un seul ou plusieurs types de violences psychologiques. C'est pourquoi nous n'avons pas obtenu un total de 100 %.

B) Violences physiques

Violences physiques	Effectif (pourcentage)
Projection au sol	27 (47,4%)
Gifle	7 (12,3%)
Coup poing/pied	16 (28,1%)
Coup objet contondant	8 (14%)
Coup objet piquant/tranchant	1 (1,8%)
Strangulation	1 (1,8%)
Morsure	2 (3,5%)
Contention	3 (5,3%)
Accident Voie publique	8 (14%)

Tableau 3 : Types de violences physiques représentés dans la population d'étude

Soixante-deux patients (95,4%) ont subi des violences physiques.

Huit patients ont été victimes d'un Accident de la Voie Publique (AVP). Parmi ces derniers, 4 (50%) étaient piétons, 2 (25%) étaient cyclistes, et le dernier, automobiliste. La donnée concernant le dernier AVP nous était inconnue.

Aucun n'a été victime d'une blessure par arme à feu, ni de tirage de cheveux, pincement ou brûlure.

Chaque donnée n'étant pas exclusive, les victimes pouvaient avoir subi un seul ou plusieurs types de violences physiques. C'est pourquoi nous n'avons pas obtenu un total de 100 %.

Nous avons noté que 22 personnes (34,9%) avaient été victimes à la fois de violences physiques et psychologiques.

C) Violences sexuelles

Dans l'échantillon, un seul patient (1,5%) s'est dit victime de violences sexuelles.

D) Violences médicamenteuses

Nous n'avons relevé aucune victime de violences médicamenteuses.

E) Violences financières

Trois patients (4,9%) ont été victimes de violences financières.

F) Négligences

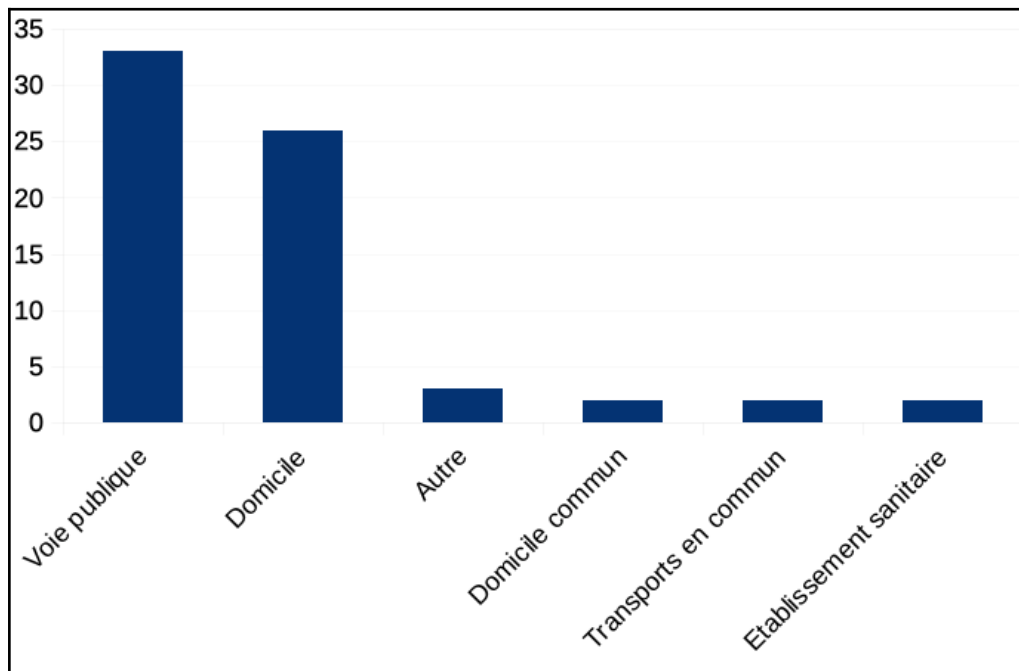
Nous n'avons relevé aucune victime de négligence.

G) Périodicité et lieu des violences

Cinquante-quatre patients (88,3%) ont subi un acte unique de violence. Sept (11,5%) avaient subi des violences régulières. Parmi ces personnes, 2 (33,3%) subissaient des violences quotidiennes, 2 (33,3%) de façon hebdomadaire et 2 (33,3%) mensuelles. La dernière était non précisée.

Le lieu de violence le plus représenté dans notre étude était la voie publique avec 49,3 % des cas, le domicile (38,8%)(cf figure 4). Pour 1 patient (1,5%), le lieu était inconnu.

Effectifs de la population



Lieux des violences

Figure 4 : Répartition des différents lieux de violences dans la population d'étude

III) Caractéristiques des agresseurs

A) Sexe et âge

Pour 46 patients (73%), l'agresseur était seul. C'était un homme dans 81 % des cas.

21,4 % des auteurs de violences avaient moins de 20 ans ; 24,3 % entre 20 et 40 ans ; 7,1 % entre 40 et 50 ans et enfin les plus de 50 ans représentaient la plus grande part avec 49,9 %.

B) Relation victime-auteur et addiction

Concernant les relations entre victimes et auteurs, l'agresseur le plus représenté dans notre étude était un individu inconnu dans 70,7 % des cas (cf figure 5).

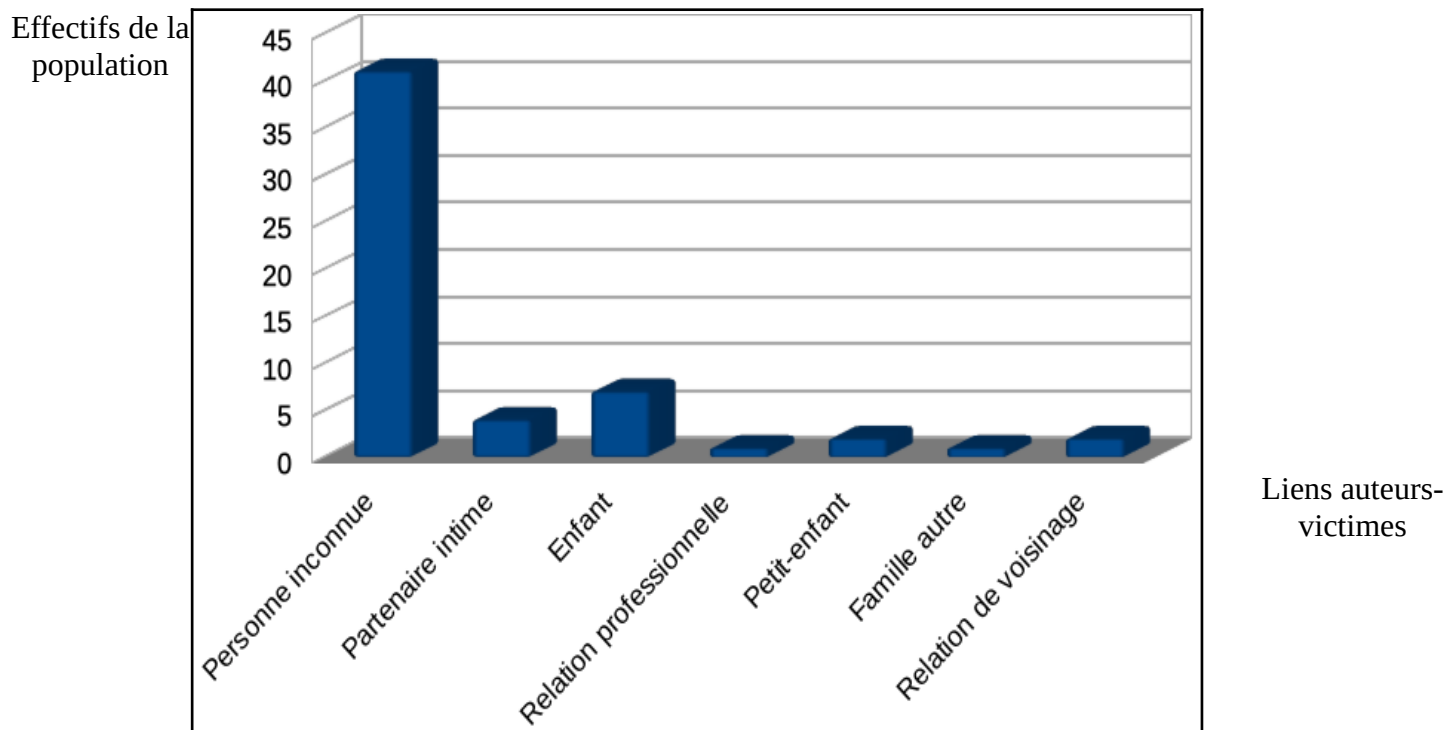


Figure 5 : Répartition en fonction des liens entre auteurs et victime dans la population d'étude

Chez 9 (14,3%) des 63 agresseurs décrits, une addiction était évoquée sans précision. Parmi eux, 7 (7,8%) auraient une addiction à l'alcool.

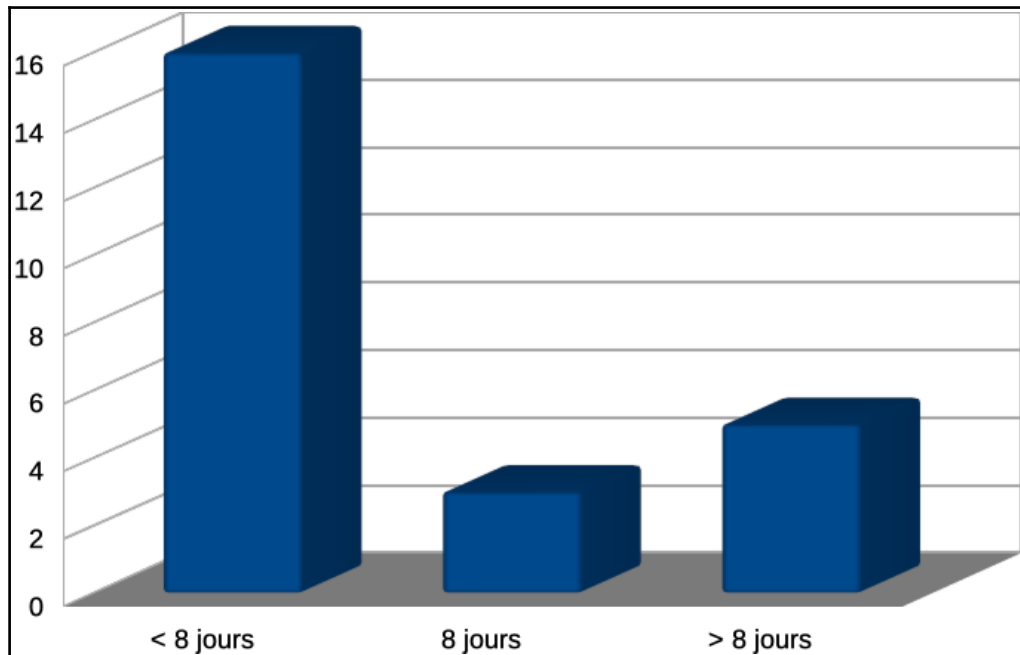
IV) Données cliniques

A) Recours médical

Quarante-cinq patients (68,2%) ont eu un recours médical. Parmi eux, 7 (11,7%) ont eu recours à l'hospitalisation, 4 (6,7%) à un médecin généraliste, 15 (25%) à SOS médecin, 5 (8,3%) aux urgences, 14 (23,3%) à un médecin coordonateur des EHPAD, et 4 (6,7%) à un recours autre (dentiste, ophtalmologiste, rhumatologue). Le nombre de jours d'hospitalisation était renseigné ou connu chez 6 patients (8,8%), avec une médiane de 7,5 jours.

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) a été évaluée dans 38,72% des cas. Concernant les 8 atteintes involontaires à l'intégrité de la personne (ITT > ou < 3 mois), l'ITT a été évaluée chez 2 patients (25%). Cette dernière était inférieure à 3 mois dans les deux cas. Dans le cadre des violences volontaires, 24 patients ont eu une évaluation d'ITT. Seize patients (66,7%) avaient une ITT inférieure à 8 jours, 3 patients (12,5%) avaient une ITT égale à 8 jours et enfin, 5 patients (20,8%) avaient une ITT supérieure à 8 jours (cf figure 6).

Effectifs



Nombre de jours d'ITT
délivré

Figure 6 : Nombre de jours d'ITT évalué à l'issue du premier recours médical dans le cas des violences volontaires

La médiane du nombre de jours d'ITT était de 5 jours avec un intervalle de confiance à 95 % de [3,56-20,29 jours].

B) Bilan lésionnel

La totalité des patients ont eu un examen clinique général. Parmi eux, 6 (9%) n'avait aucune lésion, 17 (25,4%) avaient une douleur sans lésion visible, 34 (50,1%) avaient des abrasions et/ou dermabrasions. Trente-cinq patients (52,2%) avaient des ecchymoses et/ou hématomes, 16 (23,9%) avaient des plaies superficielles.

Deux patients (3%) avaient des plaies profondes, 1 (1,5%) avait une luxation ou une entorse, 1 (1,5%) avait une brûlure, 6 patients (9%) avaient des fractures.

Deux patients (3%) avaient un polytraumatisme. Aucun n'avait de saignement intracérébral.

Concernant les localisations, 24 patients (35,8%) avaient des symptômes localisés à la tête, 19 au thorax (28,4%), 35 (52,2%) aux membres supérieurs, 9 (13,4%) en région cervicale, 2 (3%) au niveau de l'abdomen, 20 (29,9%) aux membres inférieurs, 6 (9%) au pelvis.

Un seul patient, consultant pour agression sexuelle, a eu un examen génital sans lésion récente. Le même patient a eu un examen de la sphère anale ne montrant aucune lésion récente ou ancienne.

C) Symptomatologie psychologique

Parmi la population étudiée, 8 (13,6%) ont présenté des pleurs, 19 (32,2%) des reviviscences, 8 (13,6%) une perte d'appétit, 21 (35,6%) une insomnie, 2 (3,4%) des cauchemars, 10 (17%) des réveils nocturnes, 8 (13,6%) des conduites d'évitement, 1 (1,7%) un mutisme.

Vingt patients (33,9%) ne présentaient aucune déstabilisation.

Chaque donnée n'étant pas exclusive, les victimes pouvaient avoir subi un seul ou plusieurs types de symptomatologie psychologique. C'est pourquoi nous n'avons pas obtenu un total de 100 %.

D) Incapacité totale de travail

Les nombres de jours d'ITT les plus représentés à l'issue de la consultation médico judiciaire étaient de 0 et 1 jour (cf figure 7). Concernant les 8 violences involontaires (AVP), seules

6 (75%) ont eu une évaluation d'ITT, dont 2 (33,3%) supérieures à 3 mois. Concernant les violences volontaires, 54 patients ont eu une délivrance d'ITT, 47 (87%) en dessous de 8 jours, 7 (13%) ont eu une ITT de plus de 8 jours.

Effectifs de la population

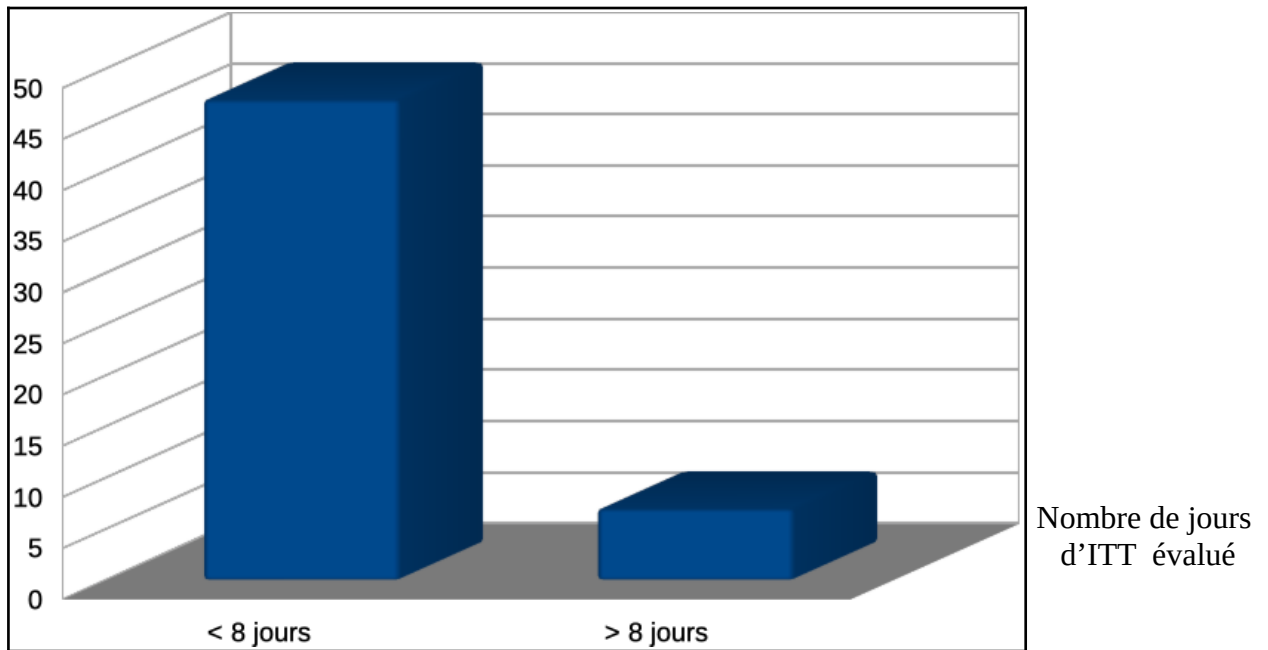


Figure 7 : Nombre de jours d'ITT évalué à l'issue de la consultation à l'UMJ

La médiane du nombre de jours d'ITT était de 1 jour avec un intervalle de confiance à 95 % de [2,32-13,51 jours].

V) Analyses statistiques

A) Selon le sexe

	Hommes (n=23)	Femmes (n=45)	P value	Test
Violences (données manquantes)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)		
Psychologiques (9)	8 (42,1)	15 (37,5)	0,96	Chi2
Physiques (3)	21 (95,5)	41 (95,35)	1	Fischer
Sexuelles (4)	0	1 (2,38)		
Financières (7)	1 (5)	2 (4,89)		
Médicamenteuses	0	0		
Négligence	0	0		

Tableau 4 : Répartition des violences selon le sexe
(n = nombre total)

La majorité des patients ont été victimes de violences physiques (95 % des hommes et des femmes), suivies par les violences psychologiques.

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le sexe et le type de violences psychologiques et physiques (cf tableau 2).

Du fait des faibles effectifs dans les catégories de violence sexuelle, financière, médicamenteuse et négligence, l'analyse statistique n'a pu être réalisée car jugée non interprétable.

B) Selon l'âge

	65-79 ans (n=54)	70-89 ans (n=9)	90-99 ans (n=5)	P value	Test
Violences (données manquantes)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)		
Psychologiques (9)	19 (40,4)	4 (44,4)	0	0,46	Fischer
Physiques (3)	51 (96,2)	9 (100)	2 (66,7)	0,18	Fischer
Sexuelles (4)	1 (2)	0	0		
Financières (7)	0	2 (22,2)	1 (33,3)		
Médicamenteuses	0	0	0		
Négligence	0	0	0		

Tableau 5 : Répartition des violences selon la tranche d'âge
(n= nombre total)

Les violences physiques étaient majoritaires dans toutes les tranches d'âge suivies par les violences psychologiques. Toutefois, elles étaient particulièrement présentes dans la tranche d'âge la plus jeune, 65 à 79 ans.

Il n'a pas été démontré de relation significative entre l'âge et les violences physiques et psychologiques.

Du fait des faibles effectifs dans les catégories de violences sexuelles, financières, médicamenteuses et négligence, l'analyse statistique n'a pas été réalisée car jugée non interprétable.

C) Selon le statut marital

	Marié (n=32)	Célibataire (n=11)	Concubinage (n=2)	Veuf (n=12)	pvalue	Test
Violences (données manquantes)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)		
Psychologiques (9)	11 (36,7)	3 (33,3)	1 (50)	5 (50)	0,85	Fischer
Physiques (3)	31 (96,9)	11 (100)	2 (100)	8 (80)	0,21	Fischer
Sexuelles (4)	0	1 (9,09)	0	0		
Financières (7)	0	2 (22,2)	1 (33,3)	0		
Médicamenteuses	0	0	0	0		
Négligences	0	0	0	0		

Tableau 6 : Répartition des violences selon le statut marital
(n=nombre total)

Quel que soit le statut marital, les violences physiques étaient les plus représentées avec une majorité parmi les veufs et les personnes vivant en concubinage. Il n'a pas été démontré de différence significative entre les violences et le statut marital.

Du fait des faibles effectifs dans les catégories de violences sexuelles, financières, médicamenteuses et négligence, l'analyse statistique n'a pas été réalisée car jugée non interprétable.

D) Selon l'habitat

	Domicile (n=66)	Membre famille (n=1)	Etablissement PA (n=1)	pvalue	Test
Violences (données manquantes)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)		
Psychologiques (9)	22 (37,9)	0	1 (100)	0,39	Fischer
Physiques (3)	61 (95,3)	0	1 (100)	1	Fischer
Sexuelles (4)	1 (1,61)	0	0		
Financière (7)	2 (3,33)	0	1 (100)		
Médicamenteuses	0	0	0		
Négligence	0	0	0		

Tableau 7 : Répartition des violences selon l'habitat des victimes

(n= nombre total, Etablissement PA= Etablissement personnes âgées)

Les violences physiques étaient présentes majoritairement à domicile ou les établissements pour personnes âgées mais de manière non significative.

Le type de violence qu'a subi le patient vivant chez un membre de sa famille nous est inconnu.

Du fait des faibles effectifs dans les catégories de violences sexuelles, financières, médicamenteuses et négligence, l'analyse statistique n'a pas été réalisée car jugée non interprétable.

E) Selon la vulnérabilité

	Vulnérables (n=15)	Non vulnérables (n=40)	P value	Test
Violences (données manquantes)	Effectif (pourcentage)	Effectif (pourcentage)		
Psychologiques (9)	4 (33,3)	16 (45,7)	0,68	Fischer
Physiques (3)	12 (92,3)	38 (97,4)	0,44	Fischer
Sexuelles (4)	0	1 (2,56)		
Financières (7)	1 (8,33)	2 (5,4)		
Médicamenteuses	0	0		
Négligence	0	0		

Tableau 8 : Répartition des violences selon la vulnérabilité des victimes
(n= nombre total)

Les violences physiques étaient les plus représentées parmi les personnes les plus vulnérables. Il n'a pas été démontré de lien significatif entre la vulnérabilité de la victime et les violences.

Du fait des faibles effectifs dans les catégories de violences sexuelles, financières, médicamenteuses et négligence, l'analyse statistique n'a pas été réalisée car jugée non interprétable.

La vulnérabilité était statistiquement liée au score de Lawton ($p=0,005$), avec une médiane à 5, un 1^{er} et 3^e quartile respectivement à 2,75 et 5,75.

F) Selon le lien auteur-victime

Violences	Psychologiques			Physiques		
Auteur violences	Effectif	p value	OR [IC 95 %]	Effectif	p value	OR [IC 95 %]
Inconnu	11	0,00	0,13 [0,02-0,62]	39	1	0 [0-14,77]
Partenaire intime	2	1		5	1	
Enfant	4	0,15		5	1	
Petit enfant	2			2		
Voisin	1			2		
Relation professionnelle	1			1		
Autre	0			1		

Tableau 9 : Répartition des violences psychologiques et physiques selon le lien agresseur-victime (OR : Odds Ratio IC : intervalle de confiance)

La majorité des auteurs de violences psychologiques et physiques étaient des personnes inconnues (respectivement 52,4 % et 72,2%).

Il a été démontré une relation significative entre le lien auteur-victime et les violences psychologiques : ces dernières étant significativement moins effectuées par des personnes inconnues. ($p=0,00$, OR : 0,13 IC [0,02-0,62]).

Du fait des faibles effectifs dans les catégories de violences sexuelles, financières, médicamenteuses et négligence, l'analyse statistique n'a pas été réalisée car jugée non interprétable.

G) Selon le lien auteur-addiction

	Addiction de l'auteur		
Violences	Effectif (pourcentage)	P value	OR [IC 95 %]
Psychologiques	6 (85,7)	0,03	10,80 [0,98-594,26]
Physiques	7	1	

Tableau 10 : Répartition des violences physiques et psychologiques selon l'existence d'une addiction chez l'auteur (IC : intervalle de confiance , OR :Odds Ratio)

Parmi les violences psychologiques, 6 auteurs de violences présentaient une addiction. De manière significative, les violences psychologiques étaient réalisées par des personnes présentant une addiction ($p=0,013$).

Du fait des faibles effectifs dans les catégories de violences sexuelles, financières, médicamenteuses et négligence, l'analyse statistique n'a pas été réalisée car jugée non interprétable.

DISCUSSION

I) Réponse à l'objectif principal

Cette étude descriptive prospective et transversale reposait sur l'analyse des caractéristiques des violences aux personnes âgées de plus de 65 ans s'étant présentées aux UMJ de MONTPELLIER et de BEZIERS. Les résultats ont été recueillis de novembre 2016 à juin 2018, sur 68 sujets. Ils ont permis de décrire les violences les plus représentées en consultation médico-légale. 95,4 % des violences étaient des violences physiques. L'échantillon comportait 66,2 % de femmes, 97% des patients vivant à domicile. Les auteurs des violences étaient majoritairement des inconnus (70,7%). Les violences rapportées se produisaient majoritairement sur la voie publique (49,3%) ou au domicile (38,8%).

Un lien significatif a été montré entre les violences psychologiques et les auteurs inconnus de la victime ($p=0,00$). De plus, nous avons montré une relation significative entre les violences psychologiques et les addictions (alcool, tabac et autres) de l'auteur ($p=0,03$)

A) Caractéristiques des violences

Parmi les différentes études internationales recensées sur le sujet, il est apparu que les violences psychologiques étaient les plus fréquentes (26) (27). En effet, une revue de la littérature américaine de 2015 a analysé 18 études internationales sur les violences aux personnes âgées, et montre une prévalence sur 1 an de 0,7 à 27,3 % (moyenne : 8,8%)(18).

Cependant, il existe des variations importantes de ces taux selon les différents pays et cultures.

D'après certains auteurs (28), ce sont les négligences et les violences financières qui prédominent.

Cela peut s'expliquer par des différences de méthodologie des études ou d'aspects culturels.

Ainsi, dans certaines sociétés traditionnelles, les veuves sont abandonnées par leur famille. En Inde ou en Afrique, des activités telles que le mariage forcé ou l'expulsion de leur maison sont considérées comme usuelles (29). De plus, certaines violences comme les violences financières ou les négligences ne sont parfois pas reconnues comme telles par la victime. Elles peuvent ne pas être rapportées car la victime ne souhaite pas nuire à l'auteur (30).

En France, les données du réseau ALMA sont en concordance avec la littérature internationale et nous rapportent que les violences financières et psychologiques sont les plus fréquentes avec 30 % des appels pour chacune. Les maltraitances physiques étant plus rares (31).

Dans notre étude, ce sont les violences physiques qui sont très majoritaires, avec plus de 90 % des violences rapportées. En effet, les violences physiques sont les plus facilement rapportées lors des consultations aux UMJ. Par ailleurs, on peut poser l'hypothèse que, dans le cadre des violences physiques, les gens déposeraient plus aisément plainte, ou que les forces de l'ordre auraient également tendance à les envoyer consulter plus fréquemment.

Dans l'étude, dans 50 et 52,4 % des cas, les violences physiques se manifestaient cliniquement par des abrasions ou des ecchymoses et hématomes. Il apparaît que ce sont, avec les plaies, les blessures internes et les fractures, les signes cliniques les plus fréquents dans le cadre des violences faites par les aidants principaux (32). Dans le cadre des violences domestiques, les violences physiques sont représentées par les blessures par arme tranchante/transperçante et par les coups de pied et de poing. Elles sont également évocatrices, selon les localisations, en prédominant à la tête et au thorax(32). Dans notre étude, les mécanismes les plus fréquents étaient les projections et les symptômes et signes cliniques étaient localisés le plus fréquemment à la tête et aux membres supérieurs (32).

a) Selon le sexe

Dans notre étude, les femmes représentaient 66,2 % des victimes . Nous n'avons pas relevé de lien significatif entre le sexe et les différents types de violences. Cette observation est en concordance avec une revue de la littérature de 2017, effectuée à partir de 52 études (27). A l'inverse, d'autres études ont démontré que les femmes étaient significativement plus victimes de violences (33) (34) (35) et notamment de violences psychologiques et financières (16). Des auteurs ont tenté de l'expliquer et ont souligné que les femmes ont une durée de vie plus longue. Elles sont donc plus susceptibles de perdre leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne ou d'être atteintes de troubles cognitifs qui sont des facteurs de risque de violences (36). Les maltraitances pourraient être également le fruit de violences entre partenaires intimes ou d'autres formes de violences jusqu'à un âge avancé (37). A l'inverse, une étude de 1988 évoque le fait que les femmes seraient moins exposées car vivant à terme le plus souvent seules et donc moins à risque d'être maltraitées (26).

b) Selon l'âge

Dans l'étude, la tranche d'âge la plus représentée était de 65 à 79 ans correspondant à 79,4 % de l'échantillon de population. Nous n'avons pas observé de différence significative des différentes violences en fonction de l'âge.

Des études américaines ont démontré que les personnes âgées se situant dans les tranches d'âge les plus jeunes étaient associés à un risque significativement plus élevé de violences, notamment physiques et psychologiques, car ils étaient d'avantage en capacité de les rapporter (16).

Des hypothèses évoquent que les personnes les plus âgées ont tendance à sous-rapporter les problèmes personnels tels que les violences domestiques (38). Par ailleurs, certaines études, de part leur aspect qualitatif, participent à ce sous diagnostic et présentent des biais de sélection importants

excluant les personnes les plus vulnérables ne pouvant pas répondre ainsi que celles atteintes de troubles cognitifs (30).

Ces résultats sont contradictoires avec ceux obtenus au Mexique et en Europe qui confortent l'idée que ce sont les sujets les plus âgés qui rapportent le plus de maltraitance car plus vulnérables, porteurs de maladies chroniques et étant amenés à cohabiter avec des membres de leur famille (39) (40). Cela est démontré dans des études s'étant consacrées spécifiquement aux personnes démentes, qui ont montré que les troubles cognitifs favorisaient les violences (41).

c) Selon le statut marital et l'habitat

Dans l'étude on comptait une majorité de patients mariés et veufs. Aucun lien significatif n'a été démontré entre le statut marital et les différentes violences. Ce résultat est similaire à ceux retrouvés également dans des études internationales (42) (33) (41).

Une étude de 2015 au Royaume-Uni a analysé la prévalence des différentes violences et leurs caractéristiques sur un échantillon de 2100 personnes. Il a ainsi été démontré que les violences financières étaient plus fréquentes chez les femmes séparées ou divorcées et vivant seules (43).

97 % des patients de l'étude vivaient à domicile et une en établissement pour personnes âgées. Nous n'avons pas démontré de lien significatif entre le lieu d'hébergement et les différentes violences. Les études antérieures suggèrent que partager son domicile (avec son conjoint ou un membre de sa famille) est un facteur de risque majeur de maltraitance car plus à risque de violences quotidiennes (26).

e) Selon la vulnérabilité

Il a été démontré que la dépendance augmentait le risque de violences psychologiques et financières (38) ou encore physique (44). Dans notre étude, nous n'avons pas identifié de lien significatif entre la vulnérabilité de la victime et les violences. On peut l'expliquer par le fait que la majorité des patients de notre échantillon étaient des personnes autonomes avec un score de Lawton médian à 5/8.

f) Caractéristiques de l'agresseur

Nous avons démontré une relation significative entre l'addiction des auteurs de violence et les violences psychologiques ($p=0,03$). Des études suggèrent que la dépendance à l'alcool est la plus commune chez les agresseurs. En effet, une étude américaine (45) a analysé 204 cas de violences aux personnes âgées et a retrouvé dans 44 % des cas, une addiction à l'alcool ou à la drogue. D'autres études ont démontré une association entre l'addiction et un risque accru de violences (46) et plus particulièrement en cas d'addiction à l'alcool (47)(48).

Par ailleurs, dans notre étude, l'agresseur était le plus souvent unique, de sexe masculin et inconnu de la victime. Ceci n'est pas représentatif des violences domestiques retrouvées dans la littérature(49). Les études semblent affirmer que les enfants ou les partenaires intimes seraient les auteurs les plus fréquents de violences (50).

Cela peut s'expliquer par le fait que notre étude recense tous les types de violences et pas seulement des violences perpétrées au domicile. Elle n'est pas représentative des violences domestiques. Quatorze des auteurs de violences faisaient partie de l'entourage dont 4 étaient des partenaires intimes, ce qui représente un faible effectif comparé aux violences par les inconnus.

II) Forces et faiblesses de notre étude

A) Forces de l'étude

Notre étude s'inscrivait dans un projet plus large, multicentrique, rassemblant les données des UMJ de TOURS, TOULOUSE, BORDEAUX, MONTPELLIER et BEZIERS.

Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire élaboré par l'équipe de Bordeaux.

Elle se voulait novatrice puisqu'aucune étude n'existait sur le sujet à l'échelle nationale.

Malgré son faible effectif, elle permet de fournir des éléments sur les caractéristiques des violences les plus fréquemment rapportées aux UMJ de MONTPELLIER et de BEZIERS.

Son caractère prospectif permettait de conserver une certaine objectivité.

Le questionnaire était établi afin de décrire précisément les principales violences représentées, les victimes et les auteurs, de même que la prise en charge. Le fait de compléter le questionnaire pendant la consultation permettait d'être plus précis, contrairement aux consultations de registres et de dossiers qui pouvaient être réalisées dans certaines études.

Toutes les violences étaient prises en compte et pas seulement les violences domestiques.

B) Faiblesses de l'étude

a) Biais de sélection

Le premier biais relevé est un biais de recrutement. En effet, les résultats portent uniquement sur des victimes s'étant présentées spontanément aux UMJ de MONTPELLIER et de BEZIERS et majoritairement après dépôt de plainte. La population s'avérait donc déjà pré-

sélectionnée avant le début de l'étude. Elle n'est pas représentative d'une population âgée standard. Du fait de ce biais, il nous est apparu difficile de pouvoir comparer avec les études internationales déjà réalisées qui s'appuyaient majoritairement sur des études de cohorte et non simplement descriptives.

Un calcul des prévalences de chaque violence s'est avéré impossible.

L'échantillon était composé majoritairement de personnes âgées autonomes vivant à domicile qui pouvaient signaler facilement les violences dont elles étaient victimes. De plus, l'étude excluait d'office les personnes incapables de signer la feuille de consentement.

Une sous-évaluation est à envisager concernant les personnes grabataires et non en capacité de communiquer ainsi que les violences en institution qui sont rarement dépistées et vues en UMJ.

L'étude porte sur un petit échantillon de 68 patients, ce qui par rapport aux études internationales, pouvait limiter sa puissance pour se prononcer sur la significativité de certains résultats.

Pour finir, le questionnaire étant rempli durant la consultation de médecine légale, une éventuelle contrainte de temps pouvait être induite avec un rallongement de durée de consultation qui pouvait limiter le médecin légiste à inclure les sujets. Ce même questionnaire aurait pu également comporter une description plus détaillée des caractéristiques de victimes avec des items comme le niveau d'étude afin de pour montrer un lien éventuel entre précarité ou niveau socio-éducatif et violences.

b) Biais de mesure

Le biais de mesure a été limité du fait d'une réunion d'information sur le déroulement de l'étude avant son commencement, en évitant les potentielles variations de mesure.

c) Biais d'information

Un biais d'information peut être souligné du fait d'un nombre de données manquantes important (22%). Cela peut s'expliquer par le fait que les questionnaires étaient remplis à partir de données déclaratives des patients et par remplissage incomplet des formulaires par les médecins. La comparaison entre le nombre de jours d'ITT délivré à l'issue de la 1ère consultation et celui délivré par le médecin légiste n'a pu être faite du fait d'un manque de données. Toutefois, il semblerait que le nombre de jours d'ITT délivré par le médecin légiste soit globalement plus faible. Ce biais d'information important peut ainsi expliquer un manque de significativité de certains résultats par rapport aux autres études.

III) Limites des études antérieures

De nombreuses définitions de violences existent. Des études choisissent de rassembler sous le même terme de « *violences interpersonnelles* », les violences physiques, psychologiques et sexuelles (39). Des différences concernant les étiologies et les types de violences peuvent donc exister.

La méthodologie est très différente selon les études, certaines utilisent des enquêtes par sondage aléatoires dans le but d'être le plus représentatif (18). Egalement utilisés, des sondages de médecins et d'associations participant à des programmes de soutien (51), afin d'avoir un effectif important. De plus, les chercheurs n'utilisent pas les mêmes seuils à partir desquels les personnes sont considérées comme âgées. Certains choisissent 55 ans, 57 ans ou encore 60 ans (52)(16)(51). D'autres études incluent uniquement les patients vivant à domicile (39).

Peu d'études ont analysé les facteurs de risque de maltraitance (41), ce qui permettrait pourtant d'avoir des pistes de dépistages pour le médecin généraliste.

Enfin, la plupart des études étaient qualitatives rétrospectives, ce qui conduit à des biais d'information pouvant être majeurs (53) (54).

CONCLUSION

L'étude prospective réalisée s'est appuyée sur 68 cas de violences recensés parmi des personnes de plus de 65 ans aux UMJ de MONTPELLIER et de BEZIERS. Elle s'intégrait initialement dans une étude plus large, multicentrique et se voulait être la première grande étude en France sur le sujet.

Elle a permis de montrer que la majorité des violences en consultation était des violences physiques perpétrées sur la voie publique (49,3%) essentiellement et accessoirement à domicile, et que l'auteur était le plus fréquemment inconnu. Ces résultats ont permis de souligner le manque de prise en charge majeur des négligences sur le plan judiciaire, dont aucune n'a été recensée dans l'échantillon de population. D'après le réseau Alma, elles représentent pourtant la majorité des violences. Se pose donc la question d'un manque de prise en charge de ces personnes les plus vulnérables et les moins en capacité de s'exprimer.. En France, la prise en charge des violences aux personnes âgées reste peu développée par rapport aux maltraitances aux femmes et enfants.

Nous sommes limités dans l'interprétation du fait d'un biais de sélection important et d'un faible effectif en comparaison avec les études de cohorte internationales comportant un grand nombre de sujets.

De larges études sur des effectifs plus importants et incluant les personnes âgées au domicile, seraient nécessaires pour apporter des informations concrètes concernant ces violences sur le plan national. Elles permettraient également de pouvoir dégager des prévalences comparables sur le plan international. Il serait ainsi nécessaire d'homogénéiser les définitions et les méthodologies des différentes études afin de pouvoir faire émerger des statistiques plus significatives et des facteurs de risque fiables. Ainsi pourraient être améliorés le dépistage et la prise en charge de ces violences par la mise en évidence d'indicateurs épidémiologiques à destination des médecins généralistes, qui sont le premiers recours médical de ces patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. OMS | La maltraitance des personnes âgées [Internet]. WHO. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr/
3. Population totale au 1er janvier - France (inclus Mayotte à partir de 2014) | Insee [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001641586>
4. Population au 1er janvier - Ensemble - 60 ans et plus - France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001686811#Tableau>
5. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
6. Roussel R. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. oct 2017;(1032).
7. Documents | Cour des comptes [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/32728>
8. Sirven N. Vieillissement, fragilité et dépenses de santé. Questions d'économie de la Santé. mars 2016 ;(216):1-6.
9. La perte d'autonomie touche 14 % des personnes âgées vivant à domicile - Insee Flash Bourgogne-Franche-Comté - 55 [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560963>
10. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
11. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. The Gerontologist. 1970;10(1):20-30.
12. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
13. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile>
14. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

15. Grand âge et autonomie : les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/grand-age-et-autonomie-les-chiffres-cles>
16. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* juill 2008;63(4):S248-54.
17. Abuse of older people on the rise – 1 in 6 affected [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
18. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med.* 12 nov 2015;373(20):1947-56.
19. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist.* avr 2016;56 Suppl 2:S194-205.
20. Neno R, Neno M. Identifying abuse in older people. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 28 oct 2005;20(3):43-7.
21. Elder abuse and neglect. Council on Scientific Affairs. *JAMA.* 20 févr 1987;257(7):966-71.
22. ALMA03 centre départemental de l'ALLIER 03 aide à l'écoute de la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.alma03.fr>.
23. Fédération 3977. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://3977.fr>.
24. Orientations prioritaires de la politique nationale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale>.
25. Bienveillance [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1313787/fr/bienveillance
26. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist.* févr 1988;28(1):51-7.
27. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health.* 01 2019;29(1):58-67.
28. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing.* mars 2008;37(2):151-60.
29. Kumari S. Social position and deprivation among elderly widows. *Indian J Gerontol.* 2014;28(1):112-25.
30. National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America [Internet].

Bonnie RJ, Wallace RB, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003 [cité 7 août 2019]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98802/>

31. Baccino E, Margueritte E. Maltraitance envers les personnes âgées. In: Médecine légale Clinique. Elsevier Masson. 2014. p. 83-92.
32. Friedman LS, Avila S, Tanouye K, Joseph K. A case-control study of severe physical abuse of older adults. *J Am Geriatr Soc.* mars 2011;59(3):417-22.
33. 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.* janv 2012;41(1):98-103.
34. Lowenstein A. Elder abuse and neglect--"old phenomenon": new directions for research, legislation, and service developments. *J Elder Abuse Negl.* sept 2009;21(3):278-87.
35. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho RC. Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta-analysis and Meta-regression. *East Asian Arch Psychiatry Off J Hong Kong Coll Psychiatr.* Juin 2017;27(2):43-55.
36. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Aff Proj Hope.* avr 2014;33(4):642-9.
37. Knight L, Hester M. Domestic violence and mental health in older adults. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* 2016;28(5):464-74.
38. 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.* févr 2010;100(2):292-7.
39. 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.* mars 2009;21(1):1-14.
40. Gil APM, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *J Elder Abuse Negl.* 2015;27(3):174-95.
41. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist.* août 1997;37(4):469-74.
42. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int.* avr 2013;13(2):466-74.
43. Manthorpe J, Biggs S, McCreadie C, Tinker A, Hills A, O'Keefe M, et al. The U.K. national study of abuse and neglect among older people. *Nurs Older People.* oct 2007;19(8):24-6.
44. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Berman J, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. *J Am Geriatr Soc.* sept 2015;63(9):1906-12.

45. Greenberg J, McKibben M, Raymond J. Dependent adult children and elder abuse. *J Elder Abuse Negl.* 1990;(2):73-86.
46. von Heydrich L, Schiamborg LB, Chee G. Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. *Int J Aging Hum Dev.* 2012;75(1):71-94.
47. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS de, Athie S, Souza ER de. Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: The hidden face of family violence. *Cienc Saude Coletiva.* janv 2019;24(1):87-96.
48. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ.* 15 déc 1990;301(6765):1359-62.
49. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho RC. Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta-analysis and Meta-regression. *East Asian Arch Psychiatry Off J Hong Kong Coll Psychiatr.* juin 2017;27(2):43-55.
50. Huecker MR, Smock W. Domestic Violence. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>
51. Boldy D, Homer B. Addressing elder abuse : Western Australian case study. *Aust J Ageing.* mars 2015;24(1):3-8.
52. Daly JM, Merchant ML, Jogerst GJ. Elder abuse research: a systematic review. *J Elder Abuse Negl.* oct 2011;23(4):348-65.
53. Moon A, Lawson K, Carpiac M, Spaziano E. Elder abuse and neglect among veterans in Greater Los Angeles: prevalence, types, and intervention outcomes. *J Gerontol Soc Work.* 2006;46(3-4):187-204.
54. Santos CM dos, De Marchi RJ, Martins AB, Hugo FN, Padilha DMP, Hilgert JB. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Braz Oral Res.* juin 2013;27(3):197-202.

ANNEXES

ANNEXE1 : Lettre d'information destinée aux personnes pour participation à une recherche

Violences envers les personnes de plus de 65 ans Etude transversale multicentrique nationale

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche dans le domaine de la médecine légale clinique. ANNEXE

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire ce document, réfléchir à votre participation et si besoin demander au médecin que vous allez rencontrer de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ETUDE

Il s'agit d'obtenir des données sur la fréquence des violences volontaires et involontaires et leurs caractéristiques (profils de victimes, type de violences, lien avec l'agresseur...) envers les personnes de plus de 65 ans.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Cette étude multicentrique se déroule simultanément dans les centres de médecine légale de Bordeaux, Tours, Toulouse et Montpellier à compter du 1er février 2017.

Durant cette période, chaque sujet ayant accepté de participer à l'étude verra un certain nombre de données relatives à son dossier médico-judiciaire être recueillies par le médecin légiste réalisant la consultation.

Les sujets ayant accepté de participer ne verront pas leur prise en charge médico légale différer.

Ces données anonymisées seront ensuite collectées et analysées au sein du laboratoire de Médecine Légale, Ethique et Droit Médical du service de Médecine légale du Centre hospitalier Universitaire de Bordeaux, coordinateur de l'étude.

La méthodologie ne prévoit pas que vous soyez de nouveau sollicité dans le temps.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest – Outre-Mer III a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 09/05/2016.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls le responsable disposera d'un accès à ces données. A l'exception de cette personne, qui traitera les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le responsable. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur Jean HIQUET conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 13/05/2016.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr Jean HIQUET - Laboratoire de Médecine Légale, Ethique et Droit Médical – Service de Médecine Légale – Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – Site Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 Bordeaux cedex

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité de la prise en charge médico-légale.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 2 : Formulaire de consentement pour participation à une recherche

Je soussigné(e) (nom et prénom du sujet),
accepte de participer à l'étude : Violences envers les personnes de plus de 65 ans. Etude
transversale multicentrique nationale.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le Dr..... (nom et
prénom du médecin).

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude
puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai
exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Dr Jean HIQUET - Laboratoire de Médecine
Légale, Ethique et Droit Médical – Service de Médecine Légale – Centre Hospitalier Universitaire
de Bordeaux – Site Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 Bordeaux cedex

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma
participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je
conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et
volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Annexe 3 : score IADL de Lawton

Activités	Définitions	Cotation Hommes	Cotation Femmes
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Annexe 4 : Score ADL de Katz

Tableau 110.1 Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. <i>Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.</i>	

Annexe 5 : grille Aggir

EVALUATION DEPENDANCE/AUTONOMIE A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN

PATIENT(E) EXAMINE(E) ☐ Monsieur ☐ Madame

NOM : _____ PRENOM : _____

Situation : ☐ Chronique ☐ Temporaire

REPLIR SUIVANT LES CRITERES CI-DESSOUS S = spontanément T = totalement H = habituellement C = correctement Résultat = A si oui pour 4 adverbess B si oui pour 1 à 3 adverbess C si non pour tous les adverbess		S	T	H	C	A ou B ou C
1	Cohérence : conserser et/ou se comporter de façon sensée					
2	Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux					
3	Toilette : concerne l'hygiène coporelle					
	HAUT BAS					
4	Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter					
	HAUT BOUTONNAGE					
	BAS					
5	Alimentation : manger les aliments préparés					
	SE SERVIR MANGER					
6	Elimination : assurer l'hygiène de l'élimination					
	URINAIRE FECALE					
7	Transferts : se lever, s'asseoir, se coucher					
8	Déplacements à l'intérieur du logement Avec ou sans canne, déambulateur ...					
9	Déplacements à l'extérieur du logement A partir de la porte d'entrée sans aide					
10	Communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, téléalarme ...)					

Docteur, merci de vérifier que :

- la situation chronique ou temporaire est bien renseignée,
- toutes les cases sont cochées sans ratures ni surcharges.

Veuillez, dater, signer et mettre votre tampon professionnel.

A _____ LE _____ SIGNATURE ET CACHET

Annexe 6 : Groupes GIR

Groupes Iso-Ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
GIR 1	Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteintes. ➤ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.
GIR 2	Fonctions intellectuelles <u>ou</u> motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelle sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes. ➤ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.
GIR 3	Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidiennes (se laver, se lever, s'habiller, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales. ➤ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.
GIR 4	Fonctions motrice légèrement altérées : Individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul, ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes. ➤ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.
GIR 5	Fonctions motrice occasionnellement diminuées : Individus ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées. ➤ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.
GIR 6	Personnes autonomes

ANNEXE 7 : Questionnaire de l'étude (1/2)

Date : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aa)

Anonymat : 2 / ____ / ____

1/2

DONNEES SOCIO ECONOMIQUES

- Sexe ☐ Homme¹ ☐ Femme²
 Age : ans
 Tranche d'âge
☐ 65-79¹ ☐ 80-89² ☐ 90 -99³ ☐ 100 et plus⁴
- Situation :
☐ Marié(e)¹ ☐ Concubinage² ☐ Veuf(ve)³
☐ Célibataire⁴ ☐ NSP⁹
- Activité professionnelle :
☐ En activité¹ ☐ Retraité(e)² ☐ NSP⁹
- Habitat :
☐ Logement personnel*¹
☐ Chez un membre de la famille*²
☐ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées [RPA, EHPAD]
☐ Etablissement hospitalier⁴
☐ Sans domicile fixe⁵
☐ NSP⁹

ECHELLE IADLE DE LAWTON

[cf. « Habitat » à remplir uniquement si *]

- ☐ Réalisée¹ Score : _____ ☐ Non réalisée⁰

ETAT DE VULNERABILITE

- ☐ Oui¹ En lien avec pathologie :
☐ de l'appareil locomoteur
☐ neurodégénérative et/ou psychiatrique
☐ Autre (préciser) :
☐ Non⁰

MESURE DE PROTECTION

- ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹
 Si oui :
☐ Tutelle¹ ☐ sauvegarde de justice²
☐ Curatelle simple³ ☐ Curatelle renforcée⁴
☐ NSP⁹

JUDICIARISATION

- ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹
 Si oui : ☐ Plainte¹ ☐ Signalement² ☐ Auto saisine³
 Si non :
☐ Demande de la victime¹ ☐ conservatoire (BDX)²

VIOLENCES

✓ **Type :**

- Psychologiques :** ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹
 Si oui :
☐ Menaces de violences physiques
☐ Menaces de mort
☐ Insultes, dénigrements,
☐ Humiliations

- ☐ Menaces de placement en institution
☐ Harcèlement

Physiques : ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹

- Si oui :
☐ Projection avec chute
☐ Gifle
☐ Coup de poing/pied
☐ Coup avec objet contondant
☐ Coup avec objet piquant et tranchant
☐ Arme à feu
☐ Strangulation (manuelle ou lien)
☐ Tirage de cheveux
☐ Morsures
☐ Pincements
☐ Contention
☐ Brûlures
☐ AVP ☐ piéton ☐ cycle ☐ véhicule

Sexuelles : ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹

- Si oui :
 • Pénétrations : ☐ oui¹ ☐ non⁰
☐ Pénienne ☐ Digitale ☐ Objet
☐ Buccale ☐ Vaginale ☐ Anale
 • Attouchements : ☐ oui¹ ☐ non⁰

Médicaments/Toxique : ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹

- Si oui :
☐ Soumission chimique
☐ Surmédication
☐ Privation du traitement habituel
☐ Intoxication (préciser) :

Financières : ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹

Négligences : ☐ Oui¹ ☐ Non⁰ ☐ NSP⁹

✓ **Périodicité :**

- ☐ Acte unique¹ ☐ violences régulières² ☐ NSP⁹

Si régulières :

- ☐ Quotidiennes¹
☐ Hebdomadaires²
☐ Mensuelles³

✓ **Lieu des violences :**

- ☐ Domicile victime¹
☐ Domicile agresseur²
☐ Domicile commun³
☐ Voie publique⁴
☐ Transports en commun⁵
☐ Etablissement sanitaire⁶
☐ Etablissement privé (commerce, banque...) ⁷
☐ Environnement professionnel⁸
☐ Autre⁹ (préciser) : ...
☐ NSP¹⁰

ANNEXE 7 : Questionnaire de l'étude (2/2)

Date : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aa)

Anonymat : 2 / ____ / ____

2/2

AGRESSEUR	
Nombre : ☐ Unique ¹ ✓ Sexe : ☐ Homme ¹ ☐ Femme ² ☐ NSP ⁹ ✓ Age : ans ☐ inconnu ⁹ ☐ Multiple ² ☐ NSP ⁹	
Lien avec la victime : ☐ Personne inconnue ¹ ☐ Partenaire intime ² ☐ Ex-partenaire intime ¹⁰ ☐ Enfant ³ ☐ Petit-enfant ¹¹ ☐ Fratrie ⁴ ☐ famille autre ¹² : ☐ Relation amicale ⁵ ☐ Relation de voisinage ¹³ ☐ Relation professionnelle ⁶ ☐ Aide à domicile ⁷ ☐ Soignant médical ⁸ ☐ Soignant para-médical ¹⁴ ☐ Tuteur / Curateur ⁹ ☐ NSP ¹⁵	
Addiction : ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ ☐ NSP ⁹ Si oui : ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autre (préciser) :	
DONNEES CLINIQUES	
Délai violences / examen médico-légal ☐ J0 ⁰ ☐ J1-J7 ¹ ☐ J8-J15 ² ☐ > J15 ³ ☐ NSP ⁹	
Recours médical ☐ Oui ¹ ☐ Non ⁰ ☐ NSP ⁹ Si oui : ☐ Hospitalisation antérieure ¹ (durée : ... jours) ☐ Hospitalisation en cours ² ☐ Médecin généraliste ³ ☐ SOS médecins ou équivalent ⁴ ☐ Service d'urgence ⁵ ☐ Médecin coordonnateur ⁶ ☐ Autre ⁷ (préciser) : Si ITT renseignée : jours	
Bilan lésionnel physique ⇒ <u>Examen général</u> ☐ Réalisé ¹ ☐ Refus ⁹ ☐ Non réalisé ⁰ [motif :]	
Type(s) de lésion(s) : ☐ Douleurs sans lésion visible ☐ Abrasions et/ou dermabrasions ☐ Ecchymoses et/ou hématomes ☐ Plaies superficielles ☐ Plaies profondes ☐ Luxation / entorse ☐ Fractures ☐ Brûlures ☐ Polytraumatisme ☐ Saignement intracérébral ☐ HED ☐ HSD aigu ☐ HSD chronique ☐ HIC ☐ Contusion parenchymateuse ☐ Absence de lésion	
Localisation : ☐ Extrémité céphalique ☐ Région cervicale ☐ Thorax ☐ Abdomen ☐ Pelvis ☐ Membres supérieurs ☐ Membres inférieurs ⇒ <u>Examen de la sphère génitale</u> ☐ Réalisé ¹ ☐ Refus ⁹ ☐ Non réalisé ⁰ [motif :]	
Type de lésion : ☐ Abrasion et/ou dermabrasion ☐ Ecchymose et/ou Hématome ☐ Plaie superficielle ☐ Plaie profonde ☐ Aucune	
Localisation : ☐ Grandes lèvres ☐ Petites lèvres ☐ Fourchette postérieure ☐ Hymen ☐ Parois vaginales ☐ Col de l'utérus	
Défloration : ☐ Ancienne ¹ ☐ Récente ² ☐ Non appréciable ⁹ ⇒ <u>Examen de la sphère anale</u> ☐ Réalisé ¹ ☐ Non réalisé ⁰ ☐ Refus ⁹	
Type de lésion : ☐ Abrasion et/ou dermabrasion ☐ Ecchymose et/ou Hématome ☐ Plaie superficielle ☐ Plaie profonde ☐ Aucune	
Localisation : ☐ Marge anale ☐ Sphincter externe ☐ Sphincter interne ☐ Ampoule rectale	
Symptomatologie psychologique ☐ Pleurs à l'évocation des faits ☐ Réviviscences ☐ Perte d'appétit ☐ Insomnies d'endormissement ☐ Cauchemars ☐ Réveils nocturnes ☐ Conduites d'évitement ☐ Mutisme ☐ Aucune déstabilisation ☐ Non évaluable	
Incapacité Totale de Travail ☐ ITT non évaluable ⁹ ☐ 0 jour ⁰ ☐ 1-8 jours ¹ (préciser : jours) ☐ > 8 jours - ≤ 3 mois ² (préciser : jours) ☐ > 3 mois ³ (préciser : jours)	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : la maltraitance des personnes âgées est un phénomène encore peu connu qui évolue en parallèle de la dépendance. De nombreuses études dans le monde ont analysé différents types de violences et leur caractéristiques. En France, peu de données et d'études existent sur le sujet. **Méthode :** L'étude descriptive prospective s'est effectuée à partir de données recueillies aux UMJ de MONTPELLIER et de BEZIERS. Etaient incluse toute personne âgée de 65 ans et plus s'étant présentée pour n'importe quel motif de violence. Le recueil des données a été réalisé lors de la consultation par le médecin légiste à l'aide d'un questionnaire reprenant les différentes caractéristiques des victimes, des violences et des auteurs de violences. **Résultats :** Il y avait 68 participants dont 45 femmes et 23 hommes. L'âge moyen était de 73,8 ans [IC 95 % : 71,91-75,61 ans]. 56 % étaient mariés. 97 % vivaient à domicile. La violence physique était la plus fréquemment rapportée (85,4 % des cas) suivie par la violence psychologique (39%). Dans 88,3 % des cas, l'acte de violence était unique. L'agresseur était seul dans 73,1 % des cas et était inconnu de la victime dans 70,7 % des cas. Il est apparu qu'il existait un lien significatif entre les violences psychologiques et le fait que l'auteur soit inconnu de la victime ou présente une addiction. **Conclusion :** cette étude a permis d'analyser les caractéristiques des violences aux UMJ de MONTPELLIER et de BEZIERS. Cependant il est difficile de la comparer aux études internationales du faible effectif de la population d'échantillon.

ABSTRACT : **Introduction:** Elder abuse is a little-known phenomenon that evolves in parallel with dependence. Many studies around the world have analyzed different types of violence and their characteristics. In France, few data and studies exist on the subject. **Method:** The prospective descriptive study was based on data collected at UMJ MONTPELLIER and BEZIERS. All persons 65 years of age and over were included and who had come for any reason for violence. The collection of data was done during the consultation by the medical examiner using a questionnaire containing the different characteristics of the victims, violence and perpetrators of violence. **Results:** There were 68 participants including 45 women and 23 men. The average age was 73.8 years old [IC 95 % : 71,91-75,61 years]. 56% were married. 97% lived at home. Physical violence was the most frequently reported (85.4% of cases) followed by psychological abuse (39%). In 88.3% of cases, the act of violence was unique. The perpetrator was alone in 73.1% of cases and was unknown to the victim in 70.7% of cases. It has been found that there is a significant link between psychological abuse and the fact that the perpetrator is unknown to the victim or has an addiction. **Conclusion:** this study allowed to analyze the characteristics of the violence at UMJ. However, it is difficult to compare it to international studies because of its low population sample.

DISCIPLINE : Médecine générale

Mots-clés : maltraitance, personnes âgées, violences médicamenteuses, physiques, psychologiques, sexuelles, financières, négligence

UFR : Faculté de Médecine de Bordeaux 146 rue Léo Sagnat.33000 BORDEAUX.