



HAL
open science

Obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans l'Hérault et le Gard à la détection et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée, étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Julien Contiero

► To cite this version:

Julien Contiero. Obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans l'Hérault et le Gard à la détection et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée, étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02957447

HAL Id: dumas-02957447

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02957447>

Submitted on 5 Oct 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.



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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

CONTIERO JULIEN

Le 3 octobre 2018

Titre :

**OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS L'HÉRAULT
ET LE GARD A LA DÉTECTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE DE LA
PERSONNE ÂGÉE, ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES.**

Directeur de thèse : Docteur CATHALA Philippe

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Hubert BLAIN

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Monsieur le Docteur Philippe CATHALA

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

CONTIERO JULIEN

Le 3 octobre 2018

Titre :

**OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS L'HÉRAULT
ET LE GARD A LA DÉTECTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE DE LA
PERSONNE ÂGÉE, ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES.**

Directeur de thèse : Docteur CATHALA Philippe

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BACCINO

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Hubert BLAIN

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Monsieur le Docteur Philippe CATHALA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	Pierre
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SANY Jacques
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MARY Henri	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques		VISIÈRE Jean Pierre
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PRAT Dominique

PRATLONG Francine

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

ROSSI Michel

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Éric Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENT

Monsieur le Professeur BACCINO

Vous m'avez accueilli et fait découvrir la médecine légale à Montpellier, merci pour votre enseignement que vous nous transmettez.

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de présider ce jury.

Avec un bref passage au sein de votre service vous m'avez fait découvrir et apprécier la médecine légale.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect et de ma plus profonde gratitude.

Monsieur le Professeur BLAIN

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Je suis sensible à cet honneur et je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur LOGNOS

Je vous prie de croire en ma respectueuse gratitude d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail et je vous en sais gré.

Monsieur le Docteur CATHALA

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour votre investissement et votre sympathie. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux enseignants et intervenants du département de médecine générale de Montpellier pour vos enseignements théoriques et pratiques qui m'ont beaucoup aidé durant mon internat et qui me servent tous les jours en consultation.

A tous ceux qui ont participé à l'élaboration de cette thèse :

Aux membres de l'association ALMA Hérault, notamment Mme ALBERT et au Dr PELLEGRIN, sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci de m'avoir accueilli si gentiment. Vous avez toute ma reconnaissance.

Aux médecins interrogés, grâce à vous j'ai pu mener ce travail à bien. Vos expériences m'ont personnellement enrichi. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

A l'ensemble des médecins que j'ai pu côtoyer tout au long de ma courte expérience de la médecine. Merci de votre soutien.

A l'ensemble des personnels para-médicaux et des secrétaires qui m'ont aidé lors des remplacements.

A Alizée, mon amour, ma femme. Merci beaucoup pour ton aide, des heures passées à relire, à me conseiller, à me corriger pour cette thèse. Une gargouille, une « petite crevette » et nous voilà ensemble. Depuis bientôt 10 ans tu partages ma vie de Nantes à Saint Jean de Vedas toujours ensemble. Je ne pourrai pas résumer ici tout l'amour que je te porte et tout ce que tu représentes pour moi. Merci pour ta patience, ta gentillesse, ton aide et surtout ton amour. Bientôt de nouvelles aventures, des voyages, une maison, des installations, des bébés...toujours ensemble. Je t'aime.

A ma Charlotte, mon bébé, mademoiselle Dou. Tu enchantes ma vie et tu me rends si fière d'être ton papa. Je serais toujours là pour toi, t'aider à marcher, te rassurer, te câliner, jouer avec toi. Tu es la meilleure. Je t'aime.

Merci à ma maman, ma mum ! Tu m'as tout donné, j'espère t'avoir rendu fière tout au long de ma vie. Merci de m'avoir soutenu dans ce travail et dans tout ce que j'entreprends. Tu es la meilleure des mamans. Merci pour tous ces moments passés ensemble, tu m'as fait découvrir tellement de belles choses et beaux endroits. Merci d'être là pour moi et pour « ma petite » famille Contiero. Je t'aime.

Merci à mon papa, mon Padre ! Mon modèle, qui m'a donné envie d'être médecin. Tu m'as toujours aidé, soutenu et encouragé. Tu es un papa génial. Merci d'être toujours présents à nos côtés. Merci pour nos balades en forêts à chercher des champignons ! Une petite citation quand même : « plus il y a de gryère plus il y a de trou, mais plus il y a de trous moins il y a de gryère, donc plus il y a de gryère moins il y a de gryère ». Je t'aime.

A ma grande sœur, ma Nif. D'un dessin de Cédric à un certificat d'aptitude au baby gym le temps passe vite. Je suis fière de t'avoir comme grande sœur. Merci de m'avoir aidé pour mes débuts difficiles à la faculté de médecine lors de nos colloques Nantaises. A tes hommes, mon beau-frère Guillaume et mon super neveu Louis, je vous souhaite le meilleur.

A ma petite sœur, ma Quedeu ! Merci d'avoir relu cette thèse ! Merci de ta présence, tes conseils et ton amour. Que de souvenirs ensemble entre les chutes en haut du jardin (tu vois ce que je veux dire), les tours de brouettes et maintenant les vacances montpelliéraines. Je vous aime mes sistas.

A mes mamies parties trop tôt et **mes papis** adorés. Merci de tout votre amour, de votre aide et votre présence à nos côtés. Je vous aime. Souvenir d'une superbe balade dans les Vosges se terminant en déluge, glissades de papi et sauts à travers bois pour trouver un refuge, que de bons souvenirs.

A ma tante, ma vieille tatote et **mes deux cousins**, Juliette alias Tramuros et mon neveu Elliot, pour tous ces super souvenirs passés ensemble et bientôt de nouveaux j'en suis sûr. Je vous souhaite d'être heureux. Je vous aime.

Merci à ma belle-famille, **Isabelle, Mélissa, Fred** et ma nièce adorée **Amélia** de m'avoir acceptée parmi vous et de partager ensemble tellement de bons moments. Bientôt les vacances d'hiver pour apprendre à skier !

Merci à mes vieux amis **Antoine, David, Fanny, François et Jeanne Marie**, amis de toujours, amis pour toujours. De Nantes, Carquefou, Ploemeur, la Roche sur Yon, Lyon, Challans... Merci d'avoir été là durant ces années de galères, de révisions, de soirées, de ski, de sports, de rire, de larme, de bébés, de bières, d'ouest américain, d'est américain, d'escalade, de folies douces, de cinéma,...Souvenirs, souvenirs : « Il aime le fric, il prend mon fric, il me pique mon fric » ; « Excuse me, It's Free » ; « Devine où j'étais ce matin ? Dans ton lit en caleçon... ».

Aux Narbonnais **Brahim, Jeweyjin, Couline, Thomach, Soph et Hugo** :) Merci de vos conseils, votre amitié, votre amour, merci d'être là pour nous au quotidien. J'ai rencontré des collègues, j'ai maintenant une nouvelle famille. Merci de vos explications parfois...souvent douteuses sur WhatsApp et surtout merci de rire encore un peu à mes blagues. Je vous souhaite plein de bonheur. La belle bande de médecins du DRAIN.

Merci à mes amis du Sud, **Marianne, Raph, Clémentine, Max, Lucas, Clara et leur bébé respectif** pour votre bonne humeur et votre amitié. Plein de belles choses à venir.

Merci à mes amis « Nantais », **JC, Simon, Cyriac, Marty, Medhi, HH** pour ces années de médecines folles, de votre aide et de votre amitié. Bientôt la saison d'hiver les gars...

Un grand merci à **toutes les personnes** que j'ai pu rencontrer en stage à l'hôpital, en cabinet de ville et durant toute ma formation, vous êtes des personnes formidables.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

PERSONNEL ENSEIGNANT	3
REMERCIEMENT	13
SOMMAIRE	17
I. INTRODUCTION	20
A. HISTORIQUE DU CONCEPT DE MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE	20
B. DEFINITIONS	24
1. LA PERSONNE AGEE	24
2. LA MALTRAITANCE	24
3. CLASSIFICATION	25
C. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET PREVALENCE	26
D. CAUSES IDENTIFIEES PAR LA LITTERATURE DE LA SOUS-DECLARATION DE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE	29
1. DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS TROP NOMBREUSES	29
2. MECONNAISSANCE DU SUJET PAR LES PROFESSIONNELS	29
3. AUTRES CAUSES	29
4. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PROBLEMATIQUE	31
E. FACTEURS DE RISQUES DE MALTRAITANCE	31
1. FACTEURS DE RISQUES LIES A LA PERSONNE AGEE VICTIME	32
2. FACTEURS DE RISQUES LIES A L'AUTEUR	32
3. FACTEURS DE RISQUES SPECIFIQUES DES MALTRAITANCES EN INSTITUTION	32
4. FACTEURS PROTECTEURS IDENTIFIES	33
F. CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE	33
1. MORTALITE PREMATUREE	33
2. CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES	34
3. AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION DE SOIN ET DES COUTS DE SANTE	34
G. LESIONS TYPIQUES ET SIGNES TROMPEURS	34
H. MOYENS DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE	35

1.	CADRE JURIDIQUE ET LE SIGNALEMENT	35
2.	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE MALTRAITANCE	36
3.	LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE COMME MODELE	37
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	39
A.	POPULATION ETUDIEE ET RECUEIL DES DONNEES	39
B.	TYPE D'ETUDE : APPROCHE QUALITATIVE THEMATIQUE	39
C.	ASPECT ETHIQUE	40
D.	GUIDE D'ENTRETIEN	40
E.	RETRANSCRIPTION ET ANALYSE	41
III.	RÉSULTATS	42
A.	CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES	42
B.	OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN VILLE A LA DETECTION DE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE.	43
1.	OBSTACLES LIES A LA PERSONNE AGEE	43
2.	OBSTACLES LIES AU MEDECIN	46
3.	OBSTACLES LIES A L'ENTOURAGE	55
4.	OBSTACLES LIES AUX MOYENS	58
C.	OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN VILLE POUR LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE MALTRAITANCE.	62
1.	OBSTACLES LIES A LA PERSONNE AGEE	62
2.	OBSTACLES LIES AUX MEDECINS ET A L'ENTOURAGE :	62
3.	OBSTACLES LIES AUX MOYENS	65
IV.	DISCUSSION :	69
A.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	69
1.	LIEES AU SUJET D'ETUDE	69
2.	LIEES AU CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE	69
3.	LIEES A L'ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	69
4.	LIEES A LA TAILLE DE L'ECHANTILLON	70
5.	LIES A LA SELECTION DES MEDECINS PARTICIPANTS	70
6.	LIES AU RECUEIL DES DONNEES	70
7.	LIES A L'ANALYSE DES DONNEES	70
B.	DISCUSSION PAR THEME	71

1. OBSTACLES A LA DETECTION DE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE.	71
2. OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE	83
3. AMELIORATIONS ENVISAGEES PAR LES MEDECINS	85
V. CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	95
ANNEXE 2 : EXEMPLE DE RETRANSCRIPTION D'ENTRETIEN	97
ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ANALYSE THEMATIQUE DE L'ENTRETIEN PRECEDEMENT ANNEXE	104
ANNEXE 4 : ARBRE THEMATIQUE GENERALE DES OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE VILLE A LA DETECTION ET A LA PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE.	106
ANNEXE 5 : TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES QUANTITATIVES LIEES AUX MEDECINS INTERROGES	107
RESUME :	110

I. INTRODUCTION

En 2050 en France, 26,2 % de la population sera âgée de 65 ans ou plus contre 18,4 % en 2015 selon l'INSEE. Actuellement en France, la maltraitance physique ou psychologique toucherait 5 % des plus de 65 ans et 15 % des plus de 75 ans soit environ 600 000 personnes selon l'association de lutte contre la maltraitance des personnes âgées ALMA France devenue « la fédération 3977 » (1)(2).

Les médecins généralistes devraient occuper une place privilégiée pour le dépistage et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée et pourtant plusieurs études montrent que le signalement de maltraitance envers la personne âgée n'émane du médecin que dans seulement 5 % des cas (3) (4). La prise en charge par des équipes multidisciplinaires dans le contexte de la maltraitance des personnes âgées a émergé comme l'une des stratégies d'intervention pour répondre aux besoins et aux problèmes multifactorielles des victimes d'abus et ces équipes constituent une ressource importante pour les médecins (5).

Dans une première partie, nous réaliserons un état des lieux des connaissances sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée et la place du médecin généraliste dans la gestion des situations de maltraitance. Dans une seconde partie, à travers des entretiens semi-directifs de médecins généralistes, nous avons cherché à identifier les obstacles qu'ils ont rencontré à la détection et à la prise en charge de situation de maltraitance de personnes âgées. Après l'analyse de ces entretiens, une dernière partie nous permettra de discuter, de comprendre et d'analyser l'expérience qu'ont les médecins de la maltraitance de la personne âgée, mais également d'envisager des solutions et de proposer des améliorations pour lutter contre cette maltraitance.

A. HISTORIQUE DU CONCEPT DE MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGE

La maltraitance des personnes âgées a été longtemps négligée, en témoigne le peu d'études réalisées. Les premiers articles scientifiques datent seulement des années 1970 et sont

britanniques. C'est G.R BURSTON, qui le premier va utiliser le terme de « granny-battering » en 1975 (6).

En 1987, le professeur Hugonot, gériatre à Grenoble, a intégré, la commission « personnes âgées » du conseil de l'Europe. Une réflexion a été menée et a permis de définir la violence selon des critères communs aux différentes populations représentées (personnes âgées, enfants, femmes) (1)(7) . La violence est définie comme « Tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Le conseil de l'Europe a ensuite complété cette définition en 1992, définissant sept sous classes de maltraitance :

- Les violences physiques : coups, sévices corporels, violences sexuelles, mauvais traitements physiques, entraves à la liberté de mouvement et ligotage, coups et blessures volontaires entraînant la mort ;
- Les violences psychologiques : violences verbales et injures, menaces de violence et isolement, abandon ou menaces de placement dans une maison de retraite, chantage, efforts prolongés et méthodiques pour déshumaniser et dépersonnaliser une personne âgée, comportements propres à inspirer un sentiment d'insécurité et de désespoir et à amener une personne à se laisser aller, cruauté mentale, violence morale, sévices psychiques ;
- Les violences financières : exploitation financière, rétention de revenu de pension, vol ou détournement d'argent, d'objets de valeur ou d'autres biens, vol ou usage d'une procuration au préjudice de la personne, héritage anticipé ou spolié ;
- La violation des droits : violation des droits garantis à tous les citoyens par la législation nationale ;
- L'abandon, les négligences actives : indifférence, abandon d'une personne vulnérable, diminuée physiquement ou mentalement et incapable de prendre soin d'elle-même, manquement à une obligation ou rupture d'un contrat causant un préjudice ;
- Les négligences passives : négligence sans intention de nuire se traduisant néanmoins par un préjudice matériel ou moral ;
- Les violences médicales ou relatives aux soins : excès de neuroleptiques, privation de médicaments, contention ; (En 1992, cette dernière catégorie n'apparaît plus dans les

classifications « européennes » suite à un rapport d'un groupe de discussion en Afrique pour le compte de l'OMS (8) , les précisions de sa disparition de son pas connues) .

En France, le Professeur Hugonot va « étudier » la maltraitance envers la personne âgée. Il débute en 1990, par un premier ouvrage « violence contre les vieux » dans lequel il émet les premières préconisations face à cette maltraitance.

En 1992, un premier centre d'écoute téléphonique spécialisée, au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Grenoble, lieu d'exercice du Professeur Hugonot, est mis en œuvre pour évaluer l'existence et l'ampleur de ce phénomène en France.

En 1994 l'association ALMA est créée (Allo Maltraitance des personnes âgées, réseau d'écoute téléphonique d'information et de recueil en cas de maltraitance) par le Pr Hugonot. Cette association a pour objectif d'animer et de coordonner un dispositif d'alerte sur les risques de maltraitance envers les personnes âgées et les adultes handicapés (9)(10).

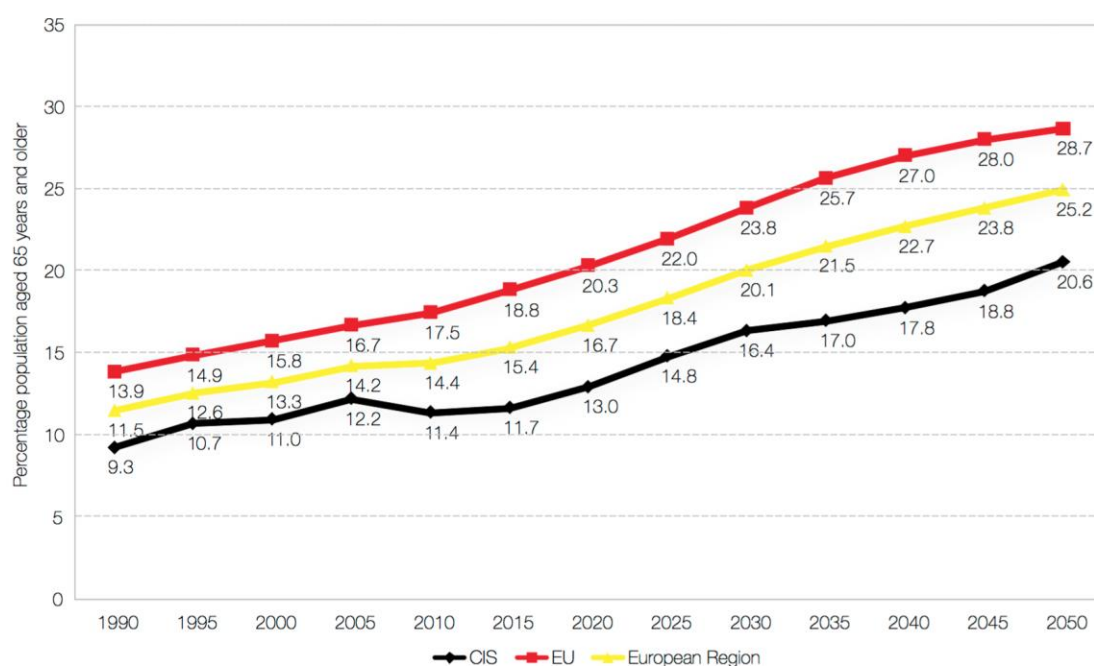
En 1994, signe d'une prise de conscience du législateur, il est créé un nouvel article du code pénal, l'article 226-14, sur le signalement de la maltraitance aux autorités. Il entérine au titre des exceptions au secret professionnel, le signalement de maltraitances subis par des personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique. L'article 226-14 subira plusieurs modifications, en faveur du signalement, au cours des années suivantes. En 2002, la législation établie qu'un médecin effectuant un signalement dans les conditions prévues par la loi ne peut pas voir sa responsabilité disciplinaire engagée. La législation change en 2015, précisant que la responsabilité civile et pénale ne peuvent plus être engagées en cas de signalement, par le médecin.

En 2002, l'OMS publie son premier rapport mondial sur la violence et la santé (11) ; les maltraitances faites aux personnes âgées font l'objet d'un chapitre à part entière. Dans ce rapport, les premières données mondiales, recueillies par près de 150 experts de toutes les régions du monde permettent de conclure que 4 à 6 % de la population âgée de plus de 60 ans déclarent avoir été victime d'une violence dans l'année qui précède.

En 2008, le 3977, numéro national unique de lutte contre la maltraitance des personnes âgées est mis en place en France, par le gouvernement, pour faciliter la divulgation de situation de maltraitance des personnes âgées. Il permet d'assurer une première écoute, une analyse des appels reçus, une information immédiate de l'appelant et son orientation si besoin, notamment vers le réseau de proximité pour un suivi individuel.

De façon contemporaine à la création de ce numéro, un projet européen nommé ABUEL (ABUse of ELderly in Europe) voit le jour (12). Il consiste en une enquête de prévalence multinationale dans sept états membres de l'Union européenne (Allemagne, Grèce, Italie, Lituanie, Portugal, Espagne, Suède) de la maltraitance des personnes âgées au moyen d'instruments et de méthodes standardisées.

En juin 2018, l'OMS publie un rapport concernant la maltraitance des personnes âgées où les derniers chiffres sur l'ampleur du problème sont exposés, par exemple, environ 1 personne âgée sur 6 a été victime de maltraitance au cours de l'année dernière. A l'échelle mondiale, on peut considérer que le nombre de cas de maltraitance des personnes âgées risque de s'accroître compte tenu du vieillissement rapide de la population dans de nombreux pays (figure 1) et de l'impossibilité de répondre à leurs besoins du fait que les budgets attribués aux problématiques de la personne âgée ne sont pas suffisants. Ainsi, d'ici 2055, le nombre des plus de 60 ans dans le monde devrait au moins doubler, passant de 900 millions en 2015 à quelque 2 milliards (4).



CIS : Commonwealth of Independent states ; EU : European Union

Figure 1 : évolution de la population mondiale de plus de 65 ans depuis 1990

B. DEFINITIONS

1. La personne âgée

Il est extrêmement difficile de fixer une limite d'âge qui définirait la vieillesse mais nous ne pouvons traiter ce sujet et effectuer ce travail sans discuter la notion de la limite d'âge d'une « personne âgée » (13). En France, en 1962, est publié le rapport Laroque, document majeur et fondamentale de la politique gériatrique française. Ce rapport intitulé « Politique de la vieillesse » a été commandé par Michel Debré alors premier ministre pour mener une réflexion sur l'application de la législation de la sécurité sociale et sur la politique gérontologique. Ce rapport définit les « personnes âgées » comme les 65 ans et plus c'est à dire à l'âge du départ en retraite. En 2011, alors que l'espérance de vie moyenne a progressé de plus de 10 ans pour les hommes et pour les femmes depuis les années 1960, on est toujours, dans les statistiques officielles (INSEE, INED), défini comme « personne âgée » à partir de 65 ans, voire même à partir de 60 ans pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par les Conseils Généraux. L'INSEE dans ses statistiques continue à utiliser les deux seuils de 60 ans ou 65 ans. En effet, bien que l'INSEE reconnaisse que les statistiques centrées sur la seule variable de l'âge ne sont pas pertinentes, elle continue de le faire, sinon elle ne pourrait plus faire d'enquêtes et de comparaisons avec les enquêtes précédentes (14). Quant à elle, l'OMS a tenté de redéfinir l'âge à partir duquel on devient âgé. Dans un rapport de janvier 2000, (15) l'OMS constate que les pays occidentaux utilisent majoritairement la limite de 65 ans, correspondant le plus souvent à l'âge de départ à la retraite. Cependant cette limite ne peut pas être appliquée à l'ensemble des populations mondiales mais faute de mieux, l'OMS fixe de façon arbitraire à 60 ans l'âge à partir duquel on devient âgé pour l'ensemble du monde (16). Dans la plupart des travaux scientifiques déjà effectués à travers le monde, l'âge d'une personne âgée oscille entre 60 et 65 ans. Sur la base de données PubMed, les 30 premiers articles traitant de la maltraitance envers les personnes âgées (Elder abuse) pour lesquels l'âge est disponible, l'âge de 65 ans est représenté pour 16 articles sur 30, l'écart est étroit, mais nous utiliserons pour notre travail le seuil de 65 ans.

2. La maltraitance

Les définitions sont nombreuses et différentes selon les pays et les cultures (17). Cela entraîne d'importants problèmes tant dans la compréhension de ce qu'est la maltraitance aux personnes âgées que dans le domaine de l'analyse et de la recherche, ce qui pourrait expliquer,

en partie, la sous-évaluation du problème. Les chercheurs norvégiens définissent la maltraitance comme un « *triangle de violence* » qui comprend une victime, un agresseur et des tiers, qui observent les acteurs principaux. Dans des pays comme la Chine, où l'on insiste sur l'harmonie et le respect au sein de la société, ne pas prendre soin d'une personne âgée est considéré comme un acte de maltraitance à l'égard de cette personne. Si les membres de la famille ne respectent pas les obligations que leur confèrent leurs liens de parenté, à savoir de fournir logement et nourriture, il y a aussi acte de négligence. En Europe, comme au Canada, la plus communément retenue est celle de l'OMS qui date de 2011 (18) et qui définit la maltraitance aux personnes âgées comme : « ... *un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Comme d'autres types de violence, la maltraitance envers les aînés peut prendre diverses formes, telles que physique, mentale, émotionnelle, sexuelle. Elle peut également inclure des abus financiers ou matériels, lorsque des tiers utilisent de manière inappropriée les ressources et les biens d'une personne âgée. La maltraitance se manifeste aussi parfois par de la négligence* ».

3. Classification

Tout comme les définitions, nombreuses sont les classifications qui existent actuellement pour les maltraitements aux personnes âgées. Nous avons mentionné auparavant celle du conseil de l'Europe qui comprenait 7 grandes classes (physique, psychologique, financière, violation des droits, abandon ou négligence active, négligence passive, et violence médicamenteuse). Plus récemment, l'OMS répartissait les maltraitements aux personnes âgées en 5 classes (physique, psychologique, sexuelle, financière et négligence), cette classification a également été retenue par Lachs dans son article « Elder Abuse » publié par le New England journal of Medicine (2).

Certaines d'entre elles, plus commodes d'utilisation, scindent les actes maltraitants selon leur mode : par action ou omission. C'est notamment le cas de celle du Professeur Baccino, qui distingue (19) :

Les maltraitements par action :

- Les violences physiques, dont les violences volontaires, mais aussi les brûlures, les contentions excessives, les excès de traitement...
- Les violences psychiques qui comprennent menaces, insultes, humiliations, infantilisations (tutoiement, appel par le prénom), hurlements, et dévalorisations.
- Les exploitations financières telles que le vol, le détournement de retraite, de pension, l'imitation de signature, et les testaments suggérés...
- Ainsi que les violences sexuelles, qui sont rarement des attouchements ou des viols, mais beaucoup plus souvent une limitation ou une interdiction d'activité sexuelle, notamment en institution.

Et les maltraitements par omission :

- Les négligences physiques, qu'elles soient alimentaires ou hydriques avec la dénutrition ou la déshydratation qu'elles engendrent, vestimentaires, médicamenteuses, hygiéniques, d'appareillage (prothèse auditive, visuelle ou dentaire) ou encore de mobilisation ou d'exercice avec la grabatisation qu'elle peut engendrer.
- Les négligences psychiques, volontaires ou non, avec notamment l'isolement, l'indifférence affective ou encore l'absence de rôle social.

C. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET PREVALENCE

Dans un rapport du 8 juin 2018, l'Organisation mondiale de la Santé estime qu'une personne âgée sur dix dans le monde serait confrontée chaque mois à un acte de maltraitance et que cette donnée serait sous-estimée puisque 1 cas de maltraitance sur 24 seulement serait notifié.

Selon une méta-analyse publiée dans le « The Lancet Global Health » (21), il ressort que les sévices subis en un an par les personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde en pourcentage seraient les suivants (cf figure 2) : 16% pour les violences psychologiques, 6,8% pour les maltraitements financiers, 4,2% pour les négligences, 2,6% pour les maltraitements physiques et 0,9% pour les abus sexuels. Les hommes et les femmes seraient autant touchés. La prévalence globale annuel de la maltraitance des personnes âgées serait de 7 à 15%. En 2015, il y avait

environ 900 millions de personnes âgées de plus de 60 ans dans le monde, il y aurait donc 140 millions de personnes âgées maltraitées par an dans le monde.

Ces travaux s'appuient sur les meilleures données tirées de 52 études menées dans 28 pays de différentes régions, dont 12 pays à revenus faible ou intermédiaire.

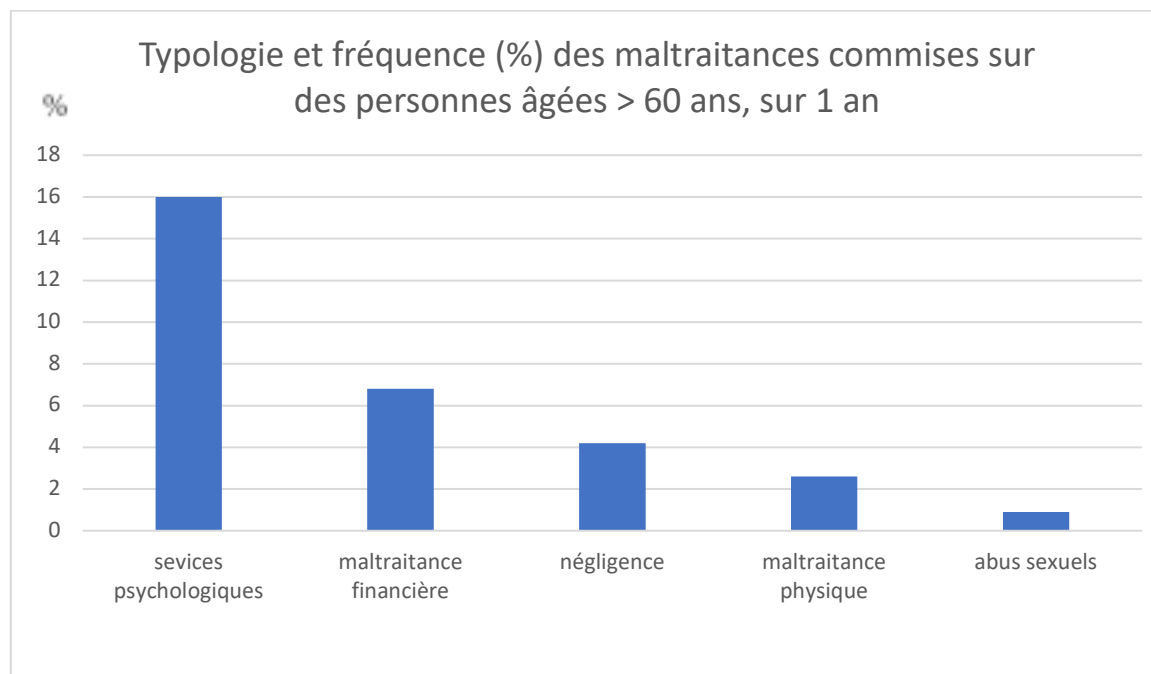


Figure 2 : représentation de la proportion des sévices subis par les personnes de 60 ans et plus dans le monde pendant 1 an.

Quelques études menées aux États-Unis retrouvent des prévalences proches (20). En effet dans une enquête auprès de plus de 4 000 personnes âgées dans l'État de New York, le taux de maltraitances envers les personnes âgées a été estimé à 7,6 % (21) ; dans un sondage national de Laumann et al. le taux était de 9 % (22) et dans une enquête téléphonique nationale d'Acierio et al., le taux était de 10 % (23).

Cependant, plusieurs éléments permettent de penser à une sous-estimation de ces résultats, notamment par la crainte qu'ont les personnes âgées de signaler les maltraitances qu'elles subissent, mais également par le fait que les personnes âgées les plus touchées par les actes de maltraitance c'est-à-dire les personnes atteintes de démence sont le plus souvent exclues de ces études, en cause le manque de fiabilité de leurs réponses et parfois même leur incapacité à répondre aux questions (19) (24) (25).

À l'échelle européenne, le rapport du projet ABUEL de 2010 (12) basé sur une étude de grande envergure incluant 4467 personnes âgées de plus de 60 ans montrait que respectivement, 19,4 %, 3,8 %, 2,7 % et 0,7 % de celles-ci avaient été victimes de violences psychologiques, d'abus financiers, de maltraitements physiques et d'abus sexuels. Dans cette étude, les hommes étaient plus souvent victimes que les femmes de maltraitance psychologique (20 % vs 18,9 %), physique (2,8 % vs 2,6 %) et financière (4,1 % vs 3,7 %). Les femmes, quant à elles, étaient plus souvent victimes que les hommes de maltraitance sexuelle (1 % vs 0,3 %) et de blessures physiques (0,9 % vs 0,4 %). Figure 3.

Table 1.1. Prevalence of abuse and injury during the past 12 months by country and gender, and estimated persons in the population experiencing abuse and injury.

Country/gender	Psychological ^a		Physical ^b		Sexual ^c		Financial ^d		Injury ^e	
	%	Persons	%	Persons	%	Persons	%	Persons	%	Persons
<i>Germany</i> (n=648)	27.1	34,442	3.3	4,249	0.9	1,040	3.6	4,618	0.4	520
Women	26.8	18,578	2.8	1,941	1.5	1,040	3.5	2,426	0.5	347
Men	27.5	15,864	4.0	2,308	0.0	0	3.8	2,192	0.3	173
<i>Greece</i> (n=643)	13.2	71,266	3.4	18,718	1.5	8,338	4.0	21,895	1.1	5,894
Women	14.7	44,912	4.6	14,054	2.5	7,638	4.8	14,665	1.7	5,194
Men	11.3	26,354	2.0	4,664	0.3	700	3.1	7,230	0.3	700
<i>Italy</i> (n=628)	10.4	3,010	1.0	269	0.5	141	2.7	757	0.0	0
Women	6.9	1,078	1.2	187	0.6	94	2.0	312	0.0	0
Men	16.5	1,932	0.7	82	0.4	47	3.8	445	0.0	0
<i>Lithuania</i> (n=630)	24.6	17,080	3.8	2,600	0.3	179	2.8	1,937	1.5	1,068
Women	25.1	11,233	4.1	1,835	0.4	179	2.4	1,074	2.0	895
Men	23.7	5,847	3.1	765	0.0	0	3.5	863	0.7	173
<i>Portugal</i> (n=656)	21.9	13,485	2.1	1,277	1.3	791	7.8	4,777	0.7	448
Women	25.4	9,489	2	747	1.6	598	6.6	2,466	1.2	448
Men	16.6	3,996	2.2	530	0.8	193	9.6	2,311	0.0	0
<i>Spain</i> (n=636)	11.5	9,011	1.4	1,101	0.3	226	4.8	3,780	0.5	441
Women	12.8	5,700	1.4	623	0.2	89	5.5	2,449	0.3	134
Men	9.7	3,311	1.4	478	0.4	137	3.9	1,331	0.9	307
<i>Sweden</i> (n=626)	29.7	106,486	4.0	14,307	0.5	1,811	1.8	6,560	0.6	2,306
Women	24.9	47,795	2.3	4,415	0.6	1,152	1.7	3,263	0.6	1,152
Men	35.6	58,691	6.0	9,892	0.4	659	2.0	3,297	0.7	1,154
<i>Total</i> (n=4467)	19.4	244,085	2.7	33,846	0.7	8,742	3.8	48,800	0.7	8,583
Women	18.9	134,013	2.6	18,436	1.0	7,091	3.7	26,235	0.9	6,382
Men	20.0	110,072	2.8	15,410	0.3	1,651	4.1	22,565	0.4	2,201

^a=e.g. undermined or belittled what you do; ^b=e.g. kicked you; ^c=e.g. touched you in a sexual way against your will; ^d= e.g. tried to make you give money, possessions or property; ^e=e.g. you passed out from being hit on the head.

Figure 3 : Prévalence des maltraitements et des violences au cours des 12 derniers mois, par pays et par sexe, et estimation de la population victime de maltraitance et de violence

En France, bien qu'il n'existe que peu d'études de prévalence, les quelques chiffres ne sont guère différents, il y aurait d'après l'ouvrage du Professeur Baccino (19) , 2 à 4 % des personnes âgées qui seraient maltraités par an, ce qui représente environ 600 000 victimes par an. Il note que cette estimation reste probablement largement en dessous de la réalité, car ne résulte que de données déclaratives notamment recueillies par ALMA.

Si l'on se réfère au dernier rapport d'activité de l'association française 3977 publié en 2016 (26), dans près de la moitié des cas, l'auteur appartient à l'entourage familial dans 55% des cas. Ces abus seraient majoritairement des maltraitements psychologiques : 57,5% suivies des violences physiques : 29%, des abus financiers : 29% et enfin les privations de citoyenneté : 25%.

D. CAUSES IDENTIFIÉES PAR LA LITTÉRATURE DE LA SOUS-DECLARATION DE LA MALTRAITEMENT DE LA PERSONNE AGÉE

1. Définitions et classifications trop nombreuses

Nous avons pu constater que nombreuses sont les définitions et classifications autour de la maltraitance de la personne âgée. Cela ne peut qu'engendrer des discordances dans l'approche, l'analyse et l'interprétation des données sur la maltraitance de la personne âgée. C'est en partie pour résoudre cette problématique que l'étude ABUEL a vu le jour en Europe.

2. Méconnaissance du sujet par les professionnels

Depuis 43 ans de nombreuses publications traitant du sujet de la maltraitance de la personne âgée sont parues, par exemple nous avons pu recenser entre 1975 et 2018 : 2748 articles sur le référentiel PubMed avec les mots clés : Elder Abuse (maltraitance de la personne âgée).

Cependant, le concept reste très récent et les connaissances des professionnels à ce sujet sont parfois encore bien insuffisantes (27). En témoigne une étude Israélienne qui a évalué et comparé les connaissances et attitudes des professionnels de santé (médecins et infirmières) à l'égard du phénomène de la maltraitance envers les personnes âgées. Il en ressortait principalement que les médecins et les infirmières avaient un faible niveau de connaissance qu'il s'agisse de la maltraitance des personnes âgées en elle-même, mais aussi des lois et procédures (28).

Dans une étude américaine de 2012 (29), ayant pour objectif de comprendre les raisons de ce sous-signalement, tous les professionnels (infirmier, médecin, travailleurs sociaux) questionnés dans cette étude ont insisté sur la nécessité d'améliorer les formations concernant la détection et le signalement de la maltraitance.

3. Autres causes

Dans l'étude israélienne de 2010 précédemment citée, même si les médecins se disent conscients à 79 % de leur responsabilité dans le signalement des cas de maltraitance, ils évoquent, dans diverses proportions, de nombreuses raisons à la non-déclaration des situations de maltraitance :

- Ne pas vouloir être impliqué légalement dans le processus (64 %) ;
- Être confrontés au refus de signalement de la victime maltraitée (49 %) ;
- Ne pas avoir identifié les mauvais traitements au moment de la visite (44 %) ;
- Le fait de ne pas savoir comment signaler les situations de suspicion de maltraitance (33 %).

Dans une étude américaine de 2012 (29), ayant pour objectif de comprendre les raisons de ce sous-signalement, les médecins évoquaient :

- Un manque de temps, qu'ils préféreraient consacrer au traitement de maladie prioritaire (mortelle) ;
- Un risque de perdre la confiance dans le maintien de la relation médecin-malade ;
- La peur du risque des déclarations abusives, car la « *suspicion ne signifie pas la certitude* » ;
- Et que cette déclaration relevait plus des travailleurs sociaux.

D'autres arguments sont évoqués dans la littérature pour expliquer cette barrière à la déclaration de situation de maltraitance envers les personnes âgées : (30) (31)

- La perte de la capacité de discernement et les troubles cognitifs de l'aîné ;
- Le refus de la personne âgée d'adopter des changements par peur de représailles ;
- La complexité des relations familiales ;
- Les dilemmes éthiques ;
- Les désaccords entre les professionnels sur le niveau d'intervention requis en fonction des évaluations des risques futurs ;
- La volonté de la personne âgée de revenir sur ses dires en dépit du risque encouru et le refus de la personne âgée de prendre des mesures adéquates ;
- L'attachement affectif et le niveau de dépendance entre la personne âgée et l'auteur de maltraitance ;
- La menace d'être placé en institution pour ceux qui sont encore au domicile.

Dans son ouvrage Le Docteur Hugonot (24) rapporte qu'en 1997 Mark Lachs et des gérontologues évoquaient des causes similaires de sous-déclaration notamment le manque de formation, le manque d'intérêt médical pour ce problème, la crainte de se tromper et le manque de temps. Une étude irlandaise datant de 2010, interrogeant 192 médecins

généralistes, révélait quant à elle que 64,5 % d'entre eux avaient été confrontés à une situation de maltraitance de personne âgée et qu'ils étaient pour la plupart prêts à s'impliquer au-delà des soins médicaux, mais 76 % dénonçaient le besoin d'une meilleure formation en ce domaine (32).

4. Place du médecin généraliste dans la problématique

Comme le souligne Kurrle Susan dans une étude réalisée en Australie (33), le rôle du médecin généraliste dans l'identification des abus est essentiel. La grande majorité des personnes âgées consultent leur médecin généraliste au moins une fois par an, et le médecin généraliste entretient une relation de longue date avec ses patients et la famille des patients. Il connaît leurs antécédents. De plus, le médecin généraliste dispose de dossiers médicaux détaillés (problèmes médicaux présents et passés, des médicaments et la situation sociale du patient). Ils sont donc idéalement placés pour identifier les mauvais traitements envers les personnes âgées.

Une étude canadienne datant de 2012 (34) fait le même constat, c'est-à-dire que les médecins de famille seraient bien placés pour voir les signes ou les symptômes révélateurs de mauvais traitements, étant donné qu'ils voient individuellement ses patients en moyenne 4 à 5 fois par année. Cette étude ajoute que les médecins sont les professionnels de santé qui signalent le moins de maltraitance de la personne âgée.

Une différence est faite par une équipe australienne qui considère que, bien que la gestion de tout problème médical incombe au médecin généraliste, des domaines tels que le conseil, l'organisation des services communautaires, la demande de tutelle ou l'organisation d'un hébergement alternatif peuvent être mieux traités par le personnel d'un service spécialisé de gériatrie. Le fait que le médecin généraliste ne s'occupe pas de ces aspects de la prise en charge du patient lui permettrait de maintenir une relation avec les deux parties dans la situation d'abus et de rester dans le rôle d'un conseiller de confiance.

E. FACTEURS DE RISQUES DE MALTRAITANCE

La maltraitance des personnes âgées est en lien avec des facteurs individuels, communautaires, sociaux et relationnels (18). De nombreuses études ont défini des facteurs de risques, dont les plus significatifs sont listés ensuite (35).

1. Facteurs de risques liés à la personne âgée victime

- Sexe féminin ;
- Veuvage récent ;
- Polypathologie et polyhandicap, en lien avec une grande dépendance ;
- Troubles cognitifs ;
- Isolement social ;
- Négligence de ses biens et de ses comptes ;
- Refus de vieillir ;
- Culpabilité d'être à charge ;
- Agressivité et dépression ;
- Vivre avec l'auteur

(24)(22)(2)(36).

2. Facteurs de risques liés à l'auteur

En ce qui concerne l'auteur, ces facteurs majorent le risque de survenue d'acte de maltraitance :(19)(24)(35)(37)

- Le fait d'être un homme dans le cas de violences physiques
- Le fait d'être une femme dans le cas de négligences ;
- Le fait de présenter un épuisement lorsqu'on est l'aidant
- Le fait de présenter une maladie psychiatrique ou une addiction
- Le fait de présenter des troubles cognitifs
- Le fait d'avoir des comportements hostiles ou agressifs
- Le fait d'avoir des problèmes financiers.
- Le fait d'être à la charge de la victime

3. Facteurs de risques spécifiques des maltraitances en institution

L'environnement joue également un rôle dans les maltraitances. En effet, comme le précise l'OMS les maltraitances existent dans toutes les institutions, elle retient comme facteurs de risques (4) (38) :

La mauvaise qualité des prestations de soins, des services de protection sociale et des établissements de soins pour les personnes âgées.

- Le personnel mal formé.
- Le personnel mal rémunéré.
- Le personnel surchargé de travail.

- Le personnel stressé.
- L'environnement matériel, disponible pour les soignants, défectueux
- Les intérêts de l'institution pris en compte au détriment de ceux des pensionnaires.

4. Facteurs protecteurs identifiés

Une étude américaine interrogeant des personnes âgées montre qu'un niveau social plus élevé chez la victime et une plus grande intégration dans un réseau social réduisent le risque de maltraitance (23). Lorsque le soutien social était faible, le risque de maltraitance augmentait fortement avec un Odd Ratio à 2,95 (1,19 ;7,30) pour les maltraitements physiques et jusqu'à 5,68 (1,30;2,44) pour les maltraitements sexuels.

F. CONSEQUENCES DE LA MALTRAITEMENT

Les violences faites aux personnes âgées entraînent de nombreux troubles et séquelles parfois graves, au premier rang desquels perte de qualité de vie, blessures physiques, mortalité prématurée, troubles psychiques et une augmentation des coûts pour la santé (2)(11) .

1. Mortalité prématurée

La mortalité des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile et victime de sévices a été évaluée par une étude américaine de cohorte rétrospective suivi sur 13 ans. Les principaux résultats retrouvent une mortalité augmentée à 13 ans d'études, 9 % des personnes âgées victime de maltraitance étaient vivantes contre 41 % des personnes âgées non-victimes de violence (39) .

De plus, ils ont démontré que les personnes âgées victimes de maltraitance physique sont trois fois plus à risque de mourir au cours d'une période de trois ans par rapport aux personnes âgées non maltraitées.

Cette mortalité augmentée chez les personnes âgées victimes de sévices est également trouvée dans une seconde étude australienne prospective sur 12 ans (40) . La mortalité était associée au fait de subir des contraintes avec un rapport de risque (HR) = 1,21, intervalle de confiance à 95% (IC) = 1,06-1,40 et à la négligence avec un rapport de risque (RR) à = 1,12, IC à 95% = 1,03-1,23.

2. Conséquences psychologiques

Un risque plus élevé d'idées suicidaires chez les personnes âgées victimes de maltraitance a été retrouvé par une étude chinoise de 2013 (41) . Les personnes âgées qui ont avoué avoir été maltraité avaient un taux d'idées suicidaires significativement plus élevé que celles sans maltraitance, chez les hommes 17,4% contre 2,4% et chez les femmes de 15,8% contre 4,0%. Une étude qualitative réalisée au Royaume uni en 2007 signalait que les conséquences psychologiques de sévices pouvaient se manifester par la perte de confiance et de l'estime de soi, par un syndrome dépressif et des pensées suicidaires et/ou automutilation (42) .

3. Augmentation de la consommation de soin et des coûts de santé

Une étude a permis de démontrer après ajustement des variables économiques, sociodémographiques, des pathologies physiques et cognitives que le taux annuel moyen de visites aux urgences était plus élevé chez les personnes âgées victimes de maltraitance (43) . Le taux annuel moyen d'hospitalisation après ajustement avec les variables sociogéographiques et socio-économiques, les comorbidités médicales, les fonctions cognitives et physiques et le bien-être psychosocial, les cas signalés de maltraitance des personnes âgées étaient plus fréquents avec un rapport de taux [RR] 2,00 [IC 95% 1,45-2,75]. Actuellement aucune étude européenne ne s'est intéressée aux coûts de santé engendrée par la maltraitance de la personne âgée, cependant le rapport de prévention de la maltraitance des personnes âgées de l'OMS estime ce chiffre à plusieurs dizaines de milliards d'euros chaque année dans le monde (18) .

G. LÉSIONS TYPIQUES ET SIGNES TROMPEURS

Lorsque la personne âgée déclare être agressée, il est plus facile de poser le diagnostic. Cependant lorsque la personne âgée est dans l'incapacité de communiquer alors le diagnostic positif résulte d'un faisceau d'arguments médicaux, sociaux et environnementaux. Certaines lésions typiques orientent les recherches et notamment (19) :

- Des alopecies traumatiques de distribution irrégulière.
- Des lésions de la cavité buccale.
- Des contusions, hématomes à la face interne des bras ou « zones de prise », à la face postérieure des avant-bras ou « lésions de défense », des plantes des pieds, ou « en forme » évoquant un agent vulnérant.

- Des saignements vaginaux, rectaux en dehors des causes classiques.
- Des fractures favorisées souvent par une ostéoporomalacie.
- Des hématomes sous-duraux.

Le Professeur Baccino attire l'attention sur les diagnostics différentiels nombreux. Il existe des signes faussement positifs tels des ecchymoses spontanées attribuées par erreur à un abus physique. Mais également des signes faussement négatifs tels que des fractures liées à un acte de violence attribué à tort à de l'ostéoporose. Les médicaments que les personnes âgées prennent en nombre important sont susceptibles de fausser le diagnostic, par exemple les traitements anticoagulants qui peuvent entraîner des ecchymoses ou des hématomes suite à des traumatismes minimes de la vie courante.

H. MOYENS DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEÉ

1. Cadre juridique et le signalement

Les articles 226-13 et 226-14 du code pénal, l'article R4127-44 du code de santé publique (44 du code de déontologie médicale) et l'article 434-3 du code pénal posent des jalons à la problématique du signalement de la maltraitance de la personne âgée.

Selon l'article 226-13 du Code pénal ¹, la divulgation de toutes les informations recueillies par des professionnels tenus au secret, par leur état ou par leur profession, est punie par la loi.

Mais il existe des dérogations légales apportées par l'article 226-14 du Code pénal ².

¹ L'article 226-13 du Code Pénal « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie de 1 an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

² L'article 226-14 du Code Pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police, du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

Ce dernier précise que l'article 226-13 n'est pas applicable :

- Aux personnes tenues au secret mais pas forcément médecin, lorsqu'il s'agit d'informer les autorités compétentes de privations ou de sévices même sexuelles subis par des mineurs ou des personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger.
- Aux médecins et aux professionnels de santé, qui signalent avec l'accord de la victime, au procureur de la république des sévices ou privations subis, ou sans l'accord de la victime si cette dernière est mineure ou dans l'incapacité à se protéger seule.

La responsabilité civile, pénale ou disciplinaire des professionnels de santé effectuant un signalement, dans les conditions citées, ne peut être engagée.

Cependant avoir le droit de signaler n'est pas une obligation de le faire, à la nuance près de l'obligation de porter secours, précisé par l'article 223-6 du code pénal ³. Le médecin, comme n'importe quelle autre personne a une obligation de porter assistance en cas de péril grave et imminent.

D'après l'article 44 du code de déontologie médicale ⁴, le médecin doit déontologiquement intervenir en cas de détections de maltraitance envers une personne âgée. Si la personne âgée victime n'est pas en mesure de se protéger le médecin doit signaler ces maltraitements aux autorités judiciaires ou administratives. Cependant, l'article 44 est nuancé, il recommande au médecin d'agir avec prudence et circonspection. Le médecin aura à peser les avantages et les inconvénients en fonction de la situation considérée.

2. Prise en charge des situations de maltraitance

Dans la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée, sont à distinguer deux situations (19) (33) :

- La première situation où la personne âgée accepte la prise en charge.
- La seconde situation, séparée en deux parties, où la victime âgée refuse la prise en charge avec des fonctions cognitives conservées ou celle où elle refuse la prise en

³ L'article 223-6 du code pénal « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. »

⁴ L'article 44 du Code de Déontologie (= article R.4127-44 du code de la santé publique) précise que « « Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. »

charge avec des fonctions cognitives altérées (victime incapable de prendre une décision).

- Lorsque la personne âgée accepte la prise en charge alors le médecin peut réaliser un signalement et l'orienter vers les services de police ou de gendarmerie pour déposer plainte. Le médecin l'informe sur les risques et dangers de récurrence de la maltraitance. Le médecin peut aider la personne âgée à organiser l'intervention de tiers à son domicile et évaluer son envie ou non de placement, même temporaire.
- Lorsque la personne âgée refuse la prise en charge, deux situations sont exposées dans la figure 4.

Patient capable de prendre une décision	Patient incapable de prendre une décision
Informé sur les conséquences de récurrence des violences.	Signalement judiciaire et administratif.
Assurer à la victime un soutien continu et une assistance en cas de besoin.	Mesure de protection (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle)
Information sur les associations en charge de la maltraitance tel le réseau 3977.	Information sur les associations en charge de la maltraitance tel le réseau 3977.
Proposer l'intervention de tiers aidants au domicile.	Proposer l'intervention de tiers aidants au domicile, voire des services de police en cas d'infraction grave.
	Évaluation complète cognitive et physique en hospitalisation pour envisager ou non un placement.

Adapté de l'ouvrage « Médecine légale clinique » du Professeur Baccino

Figure 4 : Prise en charge d'une situation de maltraitance d'une personne âgée

3. La prise en charge multidisciplinaire comme modèle

Plusieurs articles ont analysé la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée. Ils préconisent, pour une intervention efficace, l'utilisation d'équipes multidisciplinaires, que ce soit à l'hôpital, dans des services d'urgences ou en ville (44)(2)(45). Comme le précise Lachs dans l'article « Elder Abuse » du New England Journal of Medicine, la réponse la plus adaptée à

la nature complexe des cas de maltraitance des personnes âgées serait le développement d'équipes multidisciplinaires, composées de médecins, de travailleurs sociaux, de membres des forces de l'ordre, d'avocats et d'autres participants communautaires travaillant de manière coordonnée. Le médecin généraliste devrait jouer le rôle de catalyseur pour la formation de telles équipes. Une étude canadienne a recensé les articles pouvant « *détecter la maltraitance et les options qui existent pour réagir en cas de soupçons de maltraitance* ». Elle conclut que pour la gestion des situations de maltraitance, les médecins devraient prendre contact avec les services sociaux ou de protection des adultes ou encore des agents des forces de l'ordre formés dans l'évaluation de la maltraitance (34).

Dans un article publié dans le New England Journal of Medicine en 2015 (2), l'auteur propose un tableau d'intervention en fonction du type de maltraitance détecté : (figure 5)

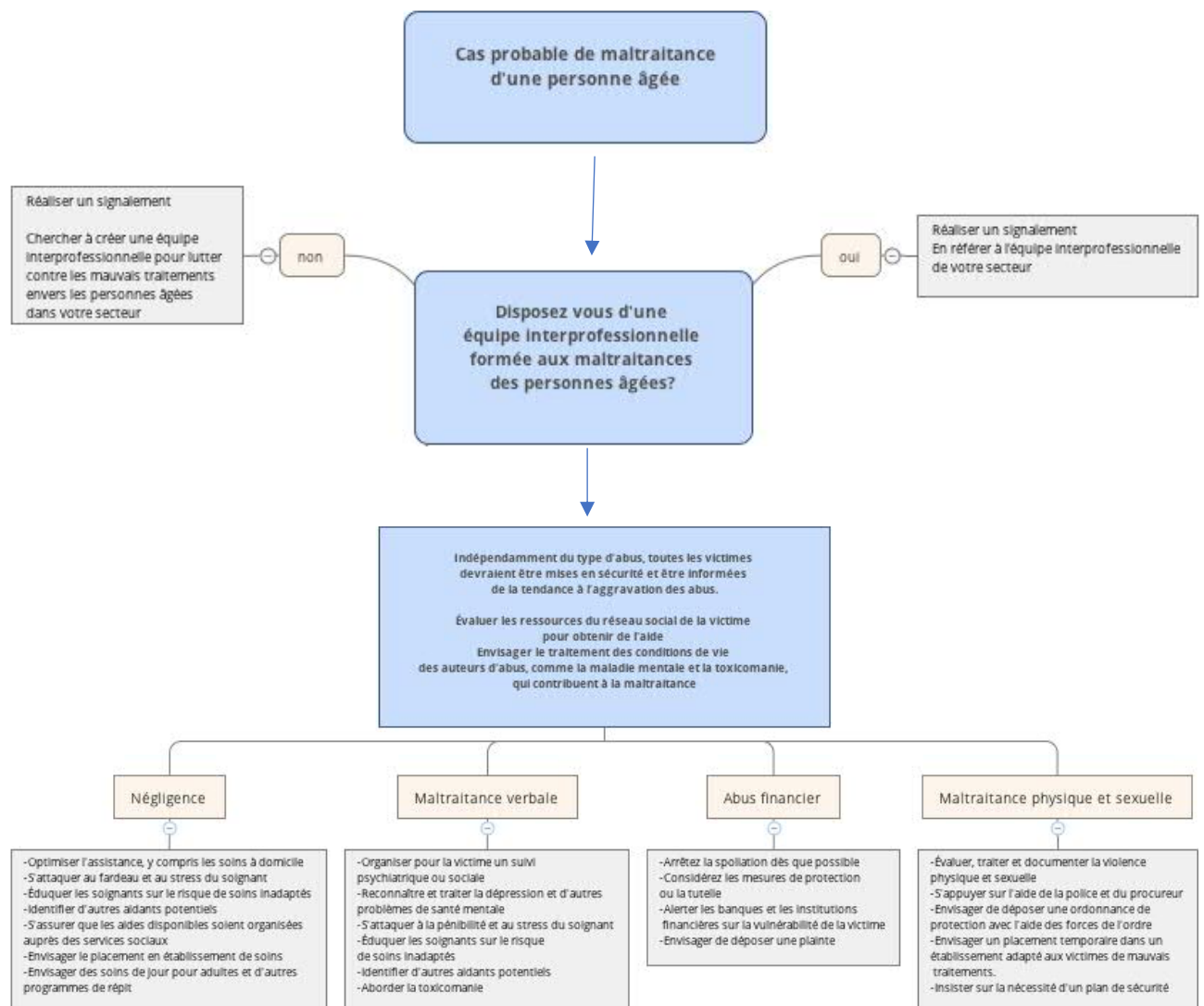


Figure 5 : Recommandation de prise en charge, pour les médecins, en cas de suspicion de maltraitance d'une personne âgée. (Adapté de « Elder Abuse », New England Journal of Medicine 2015).

En cas de suspicion de maltraitance, l'intervention d'une équipe multidisciplinaire est mise au premier plan. L'auteur préconise de réaliser ensuite une information globale pour la victime, la prise en charge des facteurs de risque et une évaluation de l'environnement social de la personne âgée. Puis plusieurs propositions d'interventions sont données pour chaque type de maltraitance, (assistance et formation pour les soignants et les aidants pour la négligence et la maltraitance verbale ; protections des biens et tutelle pour la maltraitance financière ; signalement, intervention policière et placement d'urgence en cas de maltraitements physique ou sexuelle).

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. POPULATION ETUDIÉE ET RECUEIL DES DONNÉES

Pour cette étude nous avons interrogé des médecins généralistes ayant été en contact avec la maltraitance de la personne âgée. Nous avons utilisé les dossiers de l'association ALMA Hérault pour contacter des médecins généralistes de l'Hérault et du Gard. Aléatoirement sur les années 2015, 2016 et 2017 des dossiers étaient lus pour connaître la situation de maltraitance et récupérer le nom du médecin traitant de la victime. De ces dossiers, ont été renseignés : le genre de la personne âgée, son âge, le type de maltraitance subie, le nom du médecin généraliste et ses coordonnées, le numéro du dossier et la date de traitement par l'association ALMA. Les médecins ont tous été contactés initialement par téléphone. Nous avons au total 44 coordonnées. Les entretiens ont été réalisés de mars à juillet 2018 par un seul examinateur. Au fur et à mesure des appels, nous avons eu 10 refus dont la raison principale invoquée était l'absence de temps à nous consacrer. Nous avons réalisé 11 entretiens : 9 dans le cabinet médical des médecins et 2 par téléphone.

B. TYPE D'ÉTUDE : APPROCHE QUALITATIVE THÉMATIQUE

Tous les entretiens ont été retranscrits par écrit sur un support informatique. L'analyse a été effectuée selon une analyse thématique (46)(47). Cette analyse défait la singularité des discours et découpe les entretiens en verbatim les uns après les autres, pour rechercher une

cohérence thématique inter-entretiens (48). On repère ainsi des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents. Ce type d'analyse est cohérent dans la recherche de représentation ou de modèles explicatifs (49).

Comme le suggèrent les articles concernant la recherche qualitative (50) (51), nous avons utilisé une procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats, elle a pour but d'obtenir un échantillonnage dit raisonné.

Le sujet de la maltraitance pouvant renvoyer à des situations difficiles et compliquées, nous avons privilégié l'entretien en tête à tête. Le recueil des données a été fait par entretiens semi-directifs utilisant un questionnement phénoménologique centré sur le vécu.

C. ASPECT ETHIQUE

Le décret n° 2017-884 du 9 mai 2017, a exempté les études observationnelles dans le champ des Sciences Humaines et Sociales de passage au Comité de Protection des Personnes (CPP).

D. GUIDE D'ENTRETIEN

Un premier guide d'entretien a été réalisé puis proposé à l'expertise du Docteur Agnès Oude Engberink-Isambert, qualifiée dans le domaine de la recherche qualitative (52) qui a eu la gentillesse de nous apporter son aide. Grâce à ses conseils, nous avons pu améliorer notre guide d'entretien.

Notre guide d'entretien (Annexe 1) est composé de questions ouvertes et relances qui ont permis aux médecins généralistes de nous livrer leur expérience sur la maltraitance de la personne âgée.

La version finale comprenait :

- Une première partie de données épidémiologiques permettait d'ouvrir le dialogue et de mieux connaître le médecin.
- Une deuxième partie reprenait les connaissances globales du médecin sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée.

- La troisième partie en 5 items s'attachait à la pratique personnelle du médecin. Notamment son attitude envers les personnes âgées venant au cabinet, son ressenti à la découverte de la maltraitance d'un de ses patients et surtout les obstacles qu'il avait pu rencontrer à la détection de situation de maltraitance et à leur prise en charge. Un quatrième item interrogeait le médecin sur d'autres cas de maltraitance au sein de sa patientèle, cela nous permettait de connaître les différents rôles qu'il avait pu jouer.
- Finalement, en fin d'entretien, nous demandions s'ils avaient un commentaire sur le sujet ou sur un point non évoqué précédemment.

E. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE

Chaque entretien était enregistré sur Smartphone, anonymisé, téléchargé sur disque dur externe sécurisé puis détruit après retranscription. Un seul entretien non numéroté a été reproduit en annexe pour cause de confidentialité et de respect de l'anonymat des médecins.

(Annexe 2)

Nous avons réalisé une retranscription mots à mots au fur et à mesure des entretiens permettant de garder en tête les points importants pour les médecins, mais également les expressions non verbales (retranscrites entre parenthèses dans les entretiens).

L'analyse thématique sur les bases de la théorie ancrée, au fur et à mesure des entretiens, selon une méthode inspirée des travaux de P. Paillé (49) a été réalisée sur tableau Excel.

(Exemple en Annexe 3)

Nous sommes arrivés à saturation des données, (c'est-à-dire au moment où l'analyse n'apporte pas de nouvelles informations), à l'entretien 9, par sécurité nous avons donc effectué 2 entretiens supplémentaires qui ne nous ont pas apporté de nouvelle information. En effet, on peut arrêter le recueil de données quand les idées deviennent récurrentes et qu'il n'y a pas de nouvelles idées qui surgissent comme le préconisent les travaux en recherche qualitative (49).

Une analyse verticale de chaque entretien a été faite :

- Recherche des verbatim au sein de l'entretien.
- Codification des verbatim.
- Regroupement en sous-catégories.
- Regroupement en catégories.

- Regroupement final en thème.

Ensuite, une analyse transversale de l'ensemble des entretiens a été réalisée.

L'analyse nous a permis de faire ressortir des thèmes répondant aux objectifs de notre travail.

La multiplicité des verbatim regroupés en sous-catégorie, puis catégories nous a conduits à évoquer les différents thèmes détaillés ensuite. En effet, plus il y avait de médecins exprimant la même idée plus le thème nous paraissait important, cependant comme le précise Pierre PAILLET et Alex MUCCHIELLI (49), la répétition d'une idée pour seulement un participant (pour nous : les médecins) suffit à donner une importance conceptuelle à cette idée.

Il n'a pas été effectué de triangulation. La triangulation correspond à la réalisation par un autre examinateur de l'analyse des mêmes données, pour évaluer si les résultats retrouvés dans cette seconde analyse sont concordants avec la première. Cela permet de minimiser la subjectivité individuelle et cela ajoute une validité au travail.

Nous avons modélisé chaque thème en arbre thématique grâce au logiciel Xmind 7.5 puis regroupé l'ensemble des thèmes en un arbre général (Annexe 4).

III. RÉSULTATS

A. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES

Pour cette recherche nous avons interrogé des médecins généralistes aux profils variés et avons pu, comme décrits précédemment, obtenir un échantillonnage raisonné. (Tableau récapitulatif Annexe 5)

- 10 médecins exercent dans l'Hérault et 1 dans le Gard.
- 6 femmes et 5 hommes
- Âge compris entre 41 et 65 ans
- Lieu d'exercice : 5 urbain, 5 semi-rural et 1 rural
- Proportion de personnes âgées estimée dans la patientèle de 20 à 65 %
- 3 médecins avaient fait un stage d'interne en gériatrie, 1 femme a le DU de médecin coordinateur de maison de retraite, 1 médecin organise des formations sur la personne âgée en EHPAD, 1 médecin avait une formation pédiatrique.
- Aucun médecin n'avait de formation spécialisée concernant la maltraitance de la personne âgée ou la médecine légale.

La durée des entretiens a été comprise entre 14 minutes 43 secondes et 59 minutes 37 secondes avec une moyenne de 29 minutes.

B. OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN VILLE A LA DETECTION DE LA MALTRAITANCE DE LA PERSONNE AGEE.

1. Obstacles liés à la personne âgée

Les médecins ont souligné **le vieillissement de la population** et donc de leur patientèle, mais également l'augmentation des situations de maltraitance qui en découlera.

Les médecins sont conscients que ces situations **seront de plus en plus fréquentes** et qu'ils y seront de plus en plus confrontés.

E8 : « La population ne va faire que vieillir. Le sujet va se présenter de plus en plus »

E8 : « Ça va être très important qu'il y est des aidants bien formés. Mais également de soignants bien formés. »

E10 : « La maltraitance c'est un truc qui va être malheureusement encore plus d'actualité. »

E10 : « D'autant plus que démographiquement ça va exploser »

a) La personne âgée elle-même :

Les médecins considèrent **les personnes âgées comme « un frein »** à la détection de la maltraitance qu'elles subissent.

E 5 : « Le principal obstacle c'est le patient lui-même »

E1 : « des obstacles qui seront inhérents à la personne âgée elle-même »

E10 : « le premier obstacle c'est la personne elle-même que la personne ne soit pas en capacité de l'évoquer »

E11 : « La personne âgée sinon ne vous dira rien »

b) Les facteurs de risques de maltraitance :

Les médecins généralistes ont évoqué de **nombreux facteurs de risques de maltraitance** liés à la personne âgée parmi ceux cités en introduction. On peut constater par cette analyse que ces facteurs sont aussi **des facteurs de blocage à la détection** des situations de maltraitance.

Les personnes âgées avec « **un mauvais caractère** » et qui **refusent toutes aides** entraînent des blocages dans la détection des sévices dont elles pourraient être victimes.

E7 : « *Cette mamie un fort caractère, mais elle a 95 ans. Il faut savoir la prendre* ».

E7 : « *Quand ils ont mauvais caractère.* »

E7 : « *je lui ai dit de la prendre avec des pincettes, il faut savoir la prendre.* »

E5 : « *Mais est-ce qu'on peut le reprocher à la famille lorsque la personne âgée a été infâme toute sa vie.* »

E3 : « *le vieux qui a fait un peu chier tout le monde, et qu'il y a une "vengeance"* »

Obstacle par l'**altération de leur état de santé : troubles cognitifs, le handicap physique, les troubles psychiatriques, pathologies somatiques :**

E1 : « *Un monsieur qui se balade sur deux cannes très, très handicapé* »

E2 : « *on se rend compte que c'est des délires* »

E3 : « *Là j'ai une très très vieille* »

E4 : « *une personne âgée qui te répète 150 fois la même chose c'est compliqué* »

E10 : « *le premier obstacle c'est la personne elle-même que la personne ne soit pas en capacité de l'évoquer* »

E6 : « *Les personnes âgées n'appellent jamais toutes seules.* »

c) Ambivalence de la personne âgée

Les médecins ont repéré que les personnes âgées étaient **ambivalentes**, entre **rester à domicile** en étant maltraitées plutôt que **d'être institutionnalisées**.

E1 « *Elle est dans la vraie vie des personnes pour qui c'est plus précieux d'être chez eux, donc ils sont tous les deux dans l'histoire* »

E4 : « *"mais je n'aimerais pas aller en maison de retraite"* »

E5 : « *Il a peur de se retrouver seul, il a peur de se retrouver en institution alors il va faire en sorte que ça ne se voit pas trop* »

E8 : « *Elle habitait un logement tout à fait inadapté, mais elle ne voulait pas aller en maison de retraite* »

E8 : « *Ils préfèrent mourir tout seuls dans une mare de sang plutôt que de devoir quitter leur domicile.* »

Malgré des situations parfois très difficiles, les personnes âgées se trouvent dans des **situations d'équilibre de vie**, elles sont « habituées » si on peut dire à ces situations. Pour maintenir cette homéostasie à domicile, **elles préfèrent cacher les situations de maltraitance ou bien minimiser les faits.**

E3 : « désorientation rapide de la personne âgée lors des changements d'habitats »

E3 : « Mais pour les vieux c'est difficile, tu les mets dans un endroit 15 jours qu'ils ne connaissent pas, vous n'êtes pas sûr de les récupérer à peu près comme ils étaient. »

E5 : « Il va être complice de son maltraitant »

E4 : « Je lui ai dit pourquoi vous ne divorcez pas pourquoi vous ne partez pas. Elle me disait toujours "il me bouscule il ne me bat pas" »

E8 : « la personne ne veut pas que l'on change son environnement ».

E9 : « Mais ce sera probablement de la maltraitance parce que lui il vit très bien. Il accepte la situation, cet environnement conflictuel. »

E9 : « et si on le sort de cet équilibre. Finalement on le déracine de tout et on aggrave encore plus la situation ».

E 11 : « Après la personne âgée minimise parfois »

On peut penser que la personne âgée est **prise en otage par cette situation de maltraitance** où l'auteur de la maltraitance est l'aidant principal. Alors que le souhait de la personne âgée est de rester à son domicile, elle ne peut pas envisager d'action punitive à l'encontre de l'auteur/aidant au risque de devoir être institutionnalisée.

d) Proximité avec l'auteur

Nous avons vu précédemment que les auteurs de maltraitance envers la personne âgée sont le plus souvent un membre de la famille. Cette situation implique **une réticence de la personne âgée à déclarer les actes de maltraitance commis par un membre de sa famille.**

E1 : « on refuse de faire quelque chose, on veut une aide plus discrète, que de faire quelque chose d'aussi radical, car c'est leur fils »

E1 : « Ils sont dans une attitude un peu sacrificielle à leur fils de toute façon ils ne vont pas le mettre dehors il n'a pas de travail pas de revenu il est violent, je pense qu'ils sont dans la culpabilité »

E1 : « Ils recueillent leur fils pour pas qu'il soit à la rue, qu'il fume des joints, qu'il boit, qu'il n'est pas dans une situation professionnelle solide, dès qu'il a un emploi il se fâche avec l'employeur »

E1 : « Qu'ils avaient recueilli parce qu'il était maltraitant auprès de sa compagne, heu... enfin violent, des violences conjugales »

e) Isolement :

Comme nous l'avons vu précédemment, les victimes âgées ne déclarent pas leur situation de maltraitance, il faut donc compter sur des tiers pour agir. Mais sans passages de personnel soignant ou aidant, la personne âgée est isolée.

Les médecins ont relevé cet **obstacle de l'isolement**. Cette cause est revenue fréquemment dans la plupart des entretiens.

E6 : « Je n'allais pas la voir en visite chez elle. À partir de là je ne l'ai plus vue ».

E4 : « Il n'y a personne pour mettre en place des auxiliaires de vie, la télé alarme je ne pourrai pas l'avoir, car elle n'a pas de famille »

E4 : « Les conditions de vie ça joue aussi, l'isolement »

E3 : « mais si personne ne s'en occupe, c'est pas terrible non plus »

E3 : « vous voyez, pas séquestré, mais... »

E3 : « Les gens qui disent "mes gosses ne viennent pas me voir" ça oui »

E10 : « qu'il n'y est aucun entourage proche ou pas de personnel soignant ou famille. »

E11 : « Elle n'a pas de famille, car la famille est loin. »

E8 : « La personne est maintenant très fâchée envers sa famille, qui était pourtant les seuls aidants »

E8 : « L'isolement, le fait d'être loin, de ne pas avoir de famille à côté »

E7 : « Quand la famille n'est pas là. On ne s'en occupe pas. »

2. Obstacles liés au médecin

Dans ce chapitre nous verrons les obstacles détectés par les médecins interrogés concernant **leur propre pratique courante et leurs expériences**.

a) Le manque de temps

Chez les médecins interrogés dans notre travail, un obstacle est retenu par dix d'entre eux et répété : le manque de **temps**.

E11 : « Ce serait sûrement le temps »

E10 : « pour moi c'est le manque de temps »

E9 : « On n'a pas le temps d'approfondir sur tout »

E8 : « c'était lors d'une grosse journée pour moi. J'ai manqué de temps ».

E7 : « nous n'avons pas assez de temps »

E6 : « Par le biais du manque de temps, il est compliqué de détecter la maltraitance. »

E5 : « Le temps fait partie des paramètres »

E4 : « Notre temps déjà. Le temps des consultations »

E2 : « surtout un obstacle de temps »

E1 : « Je dirai toujours l'obstacle c'est le temps »

Le temps dans leurs expériences s'exprime de différentes manières :

Ils évoquent le manque de temps passé en consultation avec les patients, **de ne pas voir suffisamment les personnes âgées** pour pouvoir détecter des situations de maltraitements. Les consultations sont **trop courtes et trop rares** pour pouvoir dépister efficacement une situation de maltraitance.

E11 : « c'est le fait qu'on ne les voit qu'un quart d'heure. »

E10 : « il faudrait éventuellement voir les gens plus souvent »

E4 : « Notre temps déjà. Le temps des consultations »

Les médecins pensent que la **recherche de maltraitance chez le sujet âgé est une mission très chronophage** et qu'ils ne peuvent pas se permettre cette « perte de temps » par rapport à la prise en charge des autres pathologies, souvent multiples et jugées « plus importantes » des personnes âgées.

E6 : « Par le biais du manque de temps, il est compliqué de détecter la maltraitance. »

E10 : « Ce serait une énième tâche en plus. »

E10 : « parce qu'on n'a pas le temps soit parce qu'on n'a pas envie »

E10 : « on est surbooké ou bouffé par beaucoup de tâches pour moi »

E11 : « C'est le temps finalement qui vous est imparti de passer avec la personne âgée »

E2 : « On perd de l'énergie »

b) Les visites à domicile :

Pour certains médecins, **la visite à domicile est primordiale**. Elle permettrait d'appréhender l'environnement des patients, l'hygiène du logement et du patient, les relations intrafamiliales, l'intervention des professionnels paramédicaux et des aides à domiciles.

Elles permettent de rentrer dans **l'intimité des patients**.

E9 : « Mais c'est plus quand on va à domicile ou sur place qu'on voit et qu'on sent certaines choses »

E8 : « Pour moi c'est plutôt à domicile ou en maison de retraite »

E1 : « aucune salubrité elle était dans ses excréments »

E1 : « quand je fais des visites à domicile, la plupart du temps on y passe du temps »

E1 : « quand je vais à domicile je n'ai pas l'impression qu'il y a la moindre maltraitance »

E11 : « Moi j'appelle ça faire des visites actives »

E11 : « On sent qu'à la maison il doit y avoir quelque chose. »

E3 : « Je faisais beaucoup de visites à domicile donc ça me permet quand même de se rendre compte un peu de la place de la personne âgée dans sa maison. »

La principale limite de détection des visites à domicile demeure dans **leurs programmations**. En effet, les visites sont pour la plupart prévues avec le patient, il est rare que les médecins fassent des visites « surprises ». Cela peut entraîner une modification des comportements habituellement maltraitants et ainsi cacher la situation au médecin.

E9 : « les problèmes d'hygiène. Mais comme ils viennent et que c'est volontaire, ils font souvent attention »

Mais certains médecins pointent **la réduction du nombre de visites** faites.

E6 : « Je n'allais pas la voir en visite chez elle. À partir de là je ne l'ai plus vue »

E4 : « Mais se déplacer chez les gens ça prend du temps »

E3 : « Après cela va s'aggraver avec le fait que les médecins se déplacent de moins en moins »

E3 : « On les verra d'autant moins qu'on fera moins de visites à domicile. »

E11 : « Parfois certains médecins, ce que je vais dire est un peu péjoratif, mais certains serrent la main et puis repartent »

E4 : « Les obstacles dans le fait de refuser à se déplacer à la maison »

Les médecins **se déplacent de moins en moins au domicile** et cela accentue donc l'isolement des patients.

c) Manque de formation et d'information :

Les médecins considèrent la maltraitance de la personne âgée comme **un sujet vaste**. Ils ne nous ont d'ailleurs **pas donné de définition précise** de la maltraitance de la personne âgée.

E2 : « très vaste »

E11 : « Ce serait peut-être la non-bienveillance »

E6 : « C'est très complexe »

E8 : « la définition de la maltraitance c'est assez large »

E8 : « C'est très large effectivement »

E5 : « C'est vaste »

E3 : « est-ce que c'est vraiment de la maltraitance ? »

E2 : « Ça peut être de la maltraitance en fait, la mamie elle serait mieux en maison de retraite. »

Les médecins signalent **leur manque de formation et d'information** concernant la maltraitance de la personne âgée :

E6 : « En médecine il y a beaucoup de domaines où on se forme sur le tard. »

E9 : « Quand on ne sait pas quoi faire avec un problème, on préfère ne pas le voir »

E10 : « J'avoue que je ne sais pas trop. Je ne sais pas »

E8 : « Parce que je ne suis pas assez formé »

E8 : « La formation des médecins pourrait être améliorée carrément ! »

E7 : « Nous ne sommes pas assez sensibilisés »

E5 : « Alma, je ne savais même pas qu'ils existaient. »

E4 : « Je pensais que cette association c'était que pour les personnes maltraitées, mais que nous ne pouvions pas appeler. »

E4 : « Quelles sont nos armes ???? »

E3 : « La négligence, c'est vrai que moi personnellement je suis moins alerté par ça »

E1 : « Non, je ne me dis jamais est ce que j'ai des critères de maltraitance de cette personne »

E4 : « Il manque de la formation et des informations aussi. »

On a pu constater lors de l'analyse des entretiens **une grande inégalité de connaissances** sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée chez les différents médecins interrogés.

Les médecins **ne pensent simplement pas à la maltraitance** lorsqu'ils abordent une consultation avec une personne âgée.

Lorsqu'ils détectent des signes pouvant évoquer des sévices, les médecins cherchent des causes somatiques, mais **n'évoquent pas une possible maltraitance**.

E10 : « Mais chez la personne âgée, ce n'est pas un truc qui est évoqué. »

E8 : « Au cabinet j'y pense peu sauf si la personne me relate des faits précis »

E7 : « Je n'évoque pas forcément la maltraitance quand je vois une personne âgée. »

E5 : « Au cabinet cela ne m'est jamais arrivé de me dire qu'une personne pourrait être maltraitée. C'est peut-être parce que je ne suis pas assez bien formée »

E11 : « C'est vrai que la perte de poids on pourrait y penser ».

E11 : « moi une personne âgée, qui maigrit pour de multiples causes. Je pense à autre chose plutôt qu'à la maltraitance »

E10 : « Mais c'est vrai que la maltraitance ce n'est pas le premier truc auquel on pense ».

Les connaissances des médecins concernant la maltraitance de la personne âgée se portent sur les **facteurs de risques, les auteurs des sévices, les types de maltraitance, les signes de maltraitance et la complexité des situations de maltraitements**.

(Nous avons réalisé un aperçu des informations données par les médecins pour étayer cette information).

Facteurs de risques :

E5 : « lui-même était alcoolique »

E5 : « lorsqu'il y a un relationnel qui implique de l'argent, s'il y a un héritage »

E4 : « l'isolement des personnes âgées est un facteur de risque »

E4 : « quelqu'un de dément »

E3 : « dès qu'il a une perte cognitive, c'est beaucoup plus fragile »

E3 : « le vieux papi qui les a bien fait chier, mais qui maintenant ne peut plus trop se défendre »

E3 : « ce monsieur qui était âgé pas trop costaud »

E1 : « Les toxicomanies en tout genre pour la personne maltraitée pour l'entourage c'est des faits vraiment importants »

E1 : « les gens qui ont beaucoup d'argent aussi, il y a aussi un risque »

E2 : « toutes les histoires de famille »

E2 : « C'est le fils qu'il l'emmène, ils habitent ensemble. »

Auteurs des sévices :

E4 : « Maltraitance psychologique c'est très souvent dans le cadre familial. »

E4 : « C'était une violence dans le couple avec un mari qui avait une pathologie psychiatrique non suivie »

E6 : « Ça peut être de la part de l'entourage, par des soignants y compris les médecins d'ailleurs »

E3 : « avec des gens qui sont relativement proches, les enfants, des trucs comme ça »

E2 : « des enfants qui étaient maltraitants »

E2 : « elle se faisait maltraiter par son mari »

E9 : « Cela peut être l'entourage immédiat ou l'entourage professionnel »

E9 : « Maltraitance aussi : c'est les auxiliaires de vie qui viennent via les associations »

E10 : « ça peut venir de l'entourage. De la famille aussi. »

Types de maltraitance :

E5 : « C'est de demander aux médecins une prescription d'anxiolytiques ou de sédatifs au lieu d'aller leur tenir la main parce qu'ils crient »

E5 : « c'est de ne pas lever les gens au petit déjeuner le matin, c'est de leur poser un plateau devant eux sans les aider à petit déjeuner. »

E5 : « C'est aussi de les tutoyer alors que je ne pense pas que ce soit une génération que l'on tutoie »

E4 : « il y a aussi la maltraitance médicamenteuse, donner 50 gouttes de théralène »

E4 : « de la violence verbale »

E3 : « des gens (...) avaient vidé les comptes »

E1 : « il n'est pas entendu dans ses désirs, il est renié dans ses désirs »

E2 : « c'était insalubre, elle était dans les excréments »

E9 : « c'est aller à l'encontre des besoins de la personne âgée »

E9 : « la prise en charge de manière agressive »

E9 : « C'est naturel qu'il arrive à cet acte-là parce qu'il était lui-même dans un état de difficulté »

E10 : « ce sont des soins qui ne sont pas appropriés, ou des soins non faits »

E11 : « ça peut être aussi une maltraitance de spoliation »

Signes de maltraitance :

E6 : « Il y a des signes physiques de maltraitance : des hématomes, des trucs, des factures, etc. »

E3 : « les vrais coups, les coups, les blessures et tout ça je n'en ai jamais eu »

E3 : « Si je vois des traces de coups, de blessures ou de dénutrition, »

E11 : « c'est son état physique elle était enroulée sur elle-même »

E11 : « C'est vrai que la perte de poids on pourrait y penser »

E5 : « des hématomes comme signe de maltraitance... »

Complexité des situations :

E6 : « Ce sont des situations complexes avec la famille notamment et c'est compliqué de le détecter, mais aussi d'intervenir. »

E5 : « Je pense qu'à la maison c'est très compliqué »

E5 : « À la maison c'est compliqué, comment agir sur l'aidant ou sur la famille c'est un peu compliqué »

E4 : « Le plus dur pour moi c'est la maltraitance psychologique, tu ne peux pas faire grand-chose et c'est difficile de la prouver chez la personne âgée »

E3 : « Une sorte de maltraitance à bas bruit dont personne ne se plaint parce qu'en fait on a l'habitude de se parler comme ça »

E1 : « des histoires de famille assez importantes »

E2 : « Mon associé ne savait pas faire la part des choses du coup il m'a demandé mon avis »

Mais cette connaissance semble superficielle et incomplète :

- Peu évoquent les **maltraitements financiers**.
- Aucun médecin n'évoque spontanément **les maltraitements sexuels**.
- Nombreuses **fausses idées** (par exemple le fait que pour certains médecins la maltraitance ne serait que physique ou psychique ou bien qu'elle serait principalement en institution).
- Ils ne nous ont pas parlé spontanément **des conséquences de la maltraitance**.
- **Les signes de maltraitance** ont peu été décrits malgré nos demandes.

E5 : « Cette maltraitance institutionnalisée c'est la plus grave, »

E4 : « physique et psychologique elle se situe sur deux plans »

E6 : « La maltraitance, ça peut être physique ça peut être moral ça peut être les deux. »

E6 : « Mais eux peuvent m'en parler »

E10 : « le premier truc qui me venait à l'esprit c'est, c'est en institution. Que ce soit à l'hôpital ou en maison de retraite »

d) Rôle compliqué du médecin

Les médecins prennent à cœur **d'aider leurs patients** en trouvant des **solutions** à des situations difficiles à domicile et en restant **vigilant**.

E10 : « Donc moi je lui ai dit : « écoutez, vous pouvez dire à la fille que le fait de crier dans la maison de retraite ça gêne les autres personnes en dehors du fait d'agresser son père » »

E11 : « Il a fallu que je les menace de non-bienveillance et là j'ai été mal accueilli »

E11 : « parler avec le médecin coordinateur »

E11 : « je leur dis je passe, mais je veux qu'il y ait une auxiliaire de vie ou une infirmière qui soit présente »

E11 : « je fais ce que je peux et ce que je pense être le moins nuisible à la personne âgée »

E8 : « J'ai déjà eu recours à une hospitalisation »

E8 : « pour mettre en place des aides à domicile que je fais appel aux assistantes sociales »

E7 : « Pour améliorer la situation des patients, j'essaye de voir avec les infirmières. Mais aussi les aides ménagères et les kinés, la famille »

E5 : « J'avais trouvé que cette dame était craintive par rapport à l'aidante »

E6 : « Dans un premier temps je proposerai une hospitalisation pour mettre les choses à plat »

E3 : « Et j'ai réussi à introduire les infirmières puisque moi elle ne voulait plus me voir »

E1 : « Mais disons que la famille peut m'alerter donc moi tout de suite j'enregistre ce que vient me rapporter la famille »

E2 : « Je fonctionne pas mal au feeling. »

E9 : « comme j'ai pas mal de personnes âgées, je les adresse assez facilement à Antonin Balmes »

Malgré l'implication dont font preuve les médecins, certains blocages existent concernant leur place dans la détection. Les médecins considèrent leur **place** dans la gestion des situations de maltraitance comme **complexe et difficile**.

E10 : « On a tellement de choses à gérer »

E8 : « C'est un peu traumatisant. C'est compliqué ».

E8 : « C'est très compliqué, car les soignants on les connaît bien. Et c'est difficile de leur donner des consignes ».

E5 : « À la maison c'est compliqué, comment agir sur l'aidant ou sur la famille c'est un peu compliqué »

E4 : « il y a une part de ressentie là-dedans. Il y a des faciès chez les personnes âgées (...) on voit la peur. »

E3 : « On est vite intrusif sur des choses comme ça »

E1 : « qu'est-ce qu'on fait on aide les gens sans les aider ce n'est pas évident »

E9 : « Ne pas chercher certains troubles du comportement je pense que c'est peut-être parce que ça réveille en nous certaines histoires »

E9 : « Elle est venue me voir, là on est pris pour un fusible dans ces histoires familiales »

E11 : « Il faudrait être inquisiteur aussi, et poser trop de questions indiscretes et ça vous ne pouvait pas le faire »

D'ailleurs certains **ignorent quel rôle ils doivent jouer** et jusqu'où ils doivent aller pour détecter la maltraitance avec la **crainte de se tromper**.

E6 : « il faut savoir faire la part des choses, de qui vient la maltraitance. Qui croire, lui, elle ? Il faut avoir les deux sons de cloche »

E2 : « c'est pas notre rôle ».

E2 : « mais ce n'est pas nos oignons à nous »

E11 : « Après, où était la maltraitance ? Je n'en sais rien ».

E11 : « Mais je ne suis pas sûre »

E3 : « il n'y avait pas de signe extérieur. »

E3 : « les vrais coups, les coups, les blessures et tout ça je n'en ai jamais eu »

E2 : « Mon associé ne savait pas faire la part des choses du coup il m'a demandé mon avis »

E4 : « la distinction entre des signes de maltraitance ou des lésions liés à l'âge ou aux médicaments c'est compliquée »

E4 : « Ce n'est pas si évident que ça, ce n'est pas souvent des coups ou des "je te secoue" »

E4 : « Le plus dur pour moi c'est la maltraitance psychologique, tu ne peux pas faire grand-chose et c'est difficile de la prouver chez la personne âgée »

3. Obstacles liés à l'entourage

a) Manque de Formation et d'information

Dans cette analyse, les médecins interrogés ont constaté **un manque de formation et d'information des familles** et plus généralement **des aidants intervenant** auprès des personnes âgées.

E3 : « Elles s'en occupent, mais ce n'est pas la maltraitance c'est qu'elles ne savent pas faire »

E9 : « elles n'ont aucune formation »

E8 : « Je suis confronté le plus à des personnes qui subissent leur dépendance avec des soignants ou des entourages qui font ce qu'ils peuvent »

E8 : « Il faudrait une obligation pour les aidants familiaux et les soignants de faire des formations sur la bientraitance »

E8 : « j'ai déjà discuté avec des familles pour leur expliquer que si elle réagit comme ça c'est à cause de la maladie »

E11 : « Ils ne comprennent pas le truc de travailler ensemble »

E11 : « de la maltraitance non ressentie ou non voulue par la famille »

E1 : « un manque d'éducation des fois des personnels autour »

E1 : « je dis oui, mais à chaque fois qu'elle se lève elle fait la grimace donc la forcé à marcher pour la stimuler à 99 ans et demi ce n'est pas obligatoire »

E3 : « J'ai réexpliqué à la famille »

b) Approche de la dépendance

C'est notamment **l'approche de la dépendance** que les familles ont du mal à accepter, dans **les besoins** de la personne âgée et dans leur réponse à ces besoins.

E7 : « qu'elle ne peut pas voir que son père ou sa mère est diminué »

E7 : « C'est trop douloureux pour eux de voir leurs parents comme ça. »

E8 : « les conjoints soient inconscients du niveau de dépendance de leurs conjoints ».

E8 : « Mais ces personnes peuvent être en proie à des difficultés face à ça. Inadaptées par rapport à la dépendance »

E11 : « Il y a parfois des familles qui ne se rendent pas compte de l'état »

E11 : « c'est lorsque les familles ne se rendent pas compte ».

E3 : « Les gens la plupart du temps ne se rendent pas compte, nous on peut dire aux gens "il faudrait la sortir un peu" : ils la sortent »

c) Altération de la capacité d'alerte

Les médecins de notre étude ont constaté que les aidants étaient parfois dans **l'incapacité d'alerter** en cas de situations difficiles à domicile. Les médecins ont remarqué que **l'épuisement des aidants** était responsable de maltraitements, mais aussi **responsable d'obstacles** dans la recherche de la maltraitance.

E9 : « Ce qu'il a refusé au départ. Cela voulait dire qu'il devait s'astreindre à une autorité extérieure, un regard extérieur sur sa vie, et une perte de pouvoir. »

E9 : « ce qui me fait m'alerter c'est des plaintes itératives de l'aidant »

E9 : « Parce qu'il était lui-même fragilisé »

E9 : « prendre conscience que lui aussi il fallait qu'on le prenne en charge »

E8 : « Il y a également l'épuisement des aidants »

E8 : « l'entourage peut être malade »

E5 : « Quand vous êtes l'aidant principal (...) ce sera à vous de le faire. »

E5 : « De le faire tous les jours »

La **présence des familles ou de proches** en permanence avec la personne âgée empêche le médecin de rechercher efficacement des situations de maltraitance. Ce **surinvestissement** crée **une distance entre la personne âgée et le médecin**, source d'obstacle à la détection de la maltraitance.

E4 : « quand les personnes âgées sont accompagnées, c'est beaucoup plus compliqué »

E4 : « pour voir la mamie seule, c'était compliqué »

E11 : « elle était toujours accompagnée par son gendre et elle était apeurée »

E5 : « Je ne l'ai jamais abordée directement avec les patients ça se fait plutôt avec des signes évocateurs, car la personne n'est jamais vraiment seule »

E5 : « J'avais trouvé que cette dame était craintive par rapport à l'aidante »

E6 : « Elle était très invasive »

E7 : « C'était trop voilà. Elle l'étouffer un peu ».

E9 : « C'est le surinvestissement de l'aidant. Ou la surprotection »

E3 : « Et même par rapport au docteur, elles donnent des consignes "docteur marqué lui ça", c'est des personnalités un peu comme ça. »

Certains médecins nous ont parlé de **la prise en charge des aidants**, justement pour **faire des proches des alliés à la détection** et non des freins.

E6 : « Ce serait la famille qui alerte plus souvent. »

E9 : « Et on fait le point avec l'aidant qui est obligé d'accompagner »

E10 : « la famille elle peut dénoncer des maltraitements du personnel soignant et inversement »

E1 : « Mais disons que la famille peut m'alerter donc moi tout de suite j'enregistre ce que vient me rapporter la famille »

d) Intervenants à domicile

Les **intervenants au domicile** tels les auxiliaires de vie, les infirmières, kinésithérapeutes, sont pour les médecins interrogés des alliés dans la détection de situations à risques ou avérées de maltraitance. Cependant, les médecins pointent également **le manque de temps des professionnelles paramédicales** ce qui a une répercussion sur leur capacité à détecter et déclarer des situations de maltraitance.

E4 : « on fait confiance à une équipe d'IDE »

E4 : « Et même les filles à domicile elles manquent de temps et de moyens »

E11 : « C'est quand même par l'infirmière que l'on sait s'il y a des soins d'hygiène »

E11 : « Mais c'est difficile de trouver un moment où tout le monde est réuni »

E5 : « c'est les auxiliaires de vie qui passent et qui ne vont pas prendre la peine de laver les gens correctement »

E5 : « ils n'ont pas de temps et pas de temps d'être avenants envers le patient. »

E5 : « nous on n'a pas le temps de le lever, on n'a pas le temps de machin »

e) Actes intentionnels

Le **côté involontaire des obstacles** à la détection de la maltraitance par l'entourage a été envisagé par les médecins, mais également **la dissimulation intentionnelle** des sévices.

E4 : « Une fois la femme de la famille d'accueil a refusé que mon associé passe en visite, c'est interdit et c'est bien stipulé dans les contrats ».

E11 : « À domicile il y a des familles qui nous cachent des choses »

E11 : « parfois les accompagnants vous mentent ».

E1 : « les médecins à l'hôpital ils font des ordonnances de six mois donc une famille qui ne veut pas que le médecin vienne c'est facile, super pratique à faire »

E3 : « une personne âgée qui est soumise à des maltraitances ce n'est pas obligé qu'on l'amène voir le docteur »

Lorsque le médecin tente d'intervenir auprès des familles lors de situations difficiles, il n'est pas rare que ces derniers **rompent le suivi avec le médecin**, ils **isolent donc la personne âgée** de l'aide médicale. Le médecin perd alors de vue la personne âgée.

E4 : « On ne pouvait pas parler avec elle. Je n'ai rien dit, et après elle a changé de médecin. »

E8 : « Mais avant ils ont trouvé un autre médecin pour s'occuper d'elle. »

E8 : « Et cette personne je n'ai donc pas continué à la voir »

E1 : « les médecins à l'hôpital ils font des ordonnances de six mois donc une famille qui ne veut pas que le médecin vienne c'est facile, super pratique à faire »

E2 : « Ils ont aussi changé de médecin »

E2 : « Avec certains patients, ils m'ont jeté »

E11 : « sa famille vous quitterait immédiatement »

E3 : « une personne âgée qui est soumise à des maltraitances ce n'est pas obligé qu'on l'amène voir le docteur »

4. Obstacles liés aux moyens

Les moyens humains, financiers et matériels mis en œuvre, par le gouvernement, pour la maltraitance de la personne âgée, en ville et en institution sont, pour les médecins interrogés, bien **insuffisants**.

a) Manque de ressources humaines :

En matière de ressources humaines, les médecins constatent que **le manque de personnel aidant** en ville et en institution crée des situations difficiles parfois maltraitantes. Les **intervenants deviennent auteurs** de maltraitances. Les médecins ne peuvent donc pas compter **sur des équipes dépassées** pour rechercher des signes de maltraitances et discuter des situations difficiles.

E8 : « il faudrait avoir des auxiliaires de vie qui soient mises en place, »

E8 : « Plus de passage infirmier. »

E8 : « Il faudrait qu'il y ait rapidement des fonds, de l'argent alloué pour mettre en place des aidants. Ou des aides-soignantes de nuit par exemple »

E8 : « les moyens humains qui sont alloués à la dépendance qui ne sont pas assez importante »

E8 : « la possibilité qu'il y ait des aidants pour soulager les familles »

E7 : « Les aides à domicile, les assistantes sociales c'est dur à mettre en place et d'avoir cela rapidement. »

E4 : « Il y a un manque de personnel ».

E5 : « lorsqu'il y a une surcharge de la part des soignants »

E5 : « Il y a un manque de personnel qui est flagrant »

E10 : « les aides-soignantes qui ne sont pas assez nombreuses ou les infirmières pas assez nombreuses »

E11 : « Le manque de personnel »

E11 : « Parler autour d'une table, très honnêtement parler autour d'une table je crois que ça ne m'est jamais arrivé »

b) Manque de ressources financières et matérielles

Les médecins interrogés signalent avoir besoin de l'aide de structures pour **détecter des situations de maltraitance**. Mais ils considèrent que **les structures censées les aider ne sont pas en capacité** de le faire, en cause le manque de moyens financiers.

E7 : « Plus de moyens pour tout le monde »

E4 : « Sous couvert d'un manque de place on met un couvercle sur tout ça »

E4 : « Et le conseil général n'a pas été d'un très grand secours »

E4 : « Même quand on essaye de faire quelque chose en ville, c'est très compliqué, je n'arrive à avoir personne »

E4 : « J'ai appelé les assistantes sociales pour trouver une solution de logement »

E5 : « Il faut savoir que dans les 500 plus grosses fortunes françaises il y a cinq dirigeants de gros groupe de maison de retraite. Quand on sait que le personnel soignant des maisons de retraite est payé par l'ARS, donc avec notre argent »

E2 : « pas les moyens d'enquêter ».

E2 : « Il faut demander une enquête. Autant je vais la demander pour un enfant alors que pour une personne âgée... Je l'ai fait une fois pour une personne âgée. Mais on le fait moins facilement. »

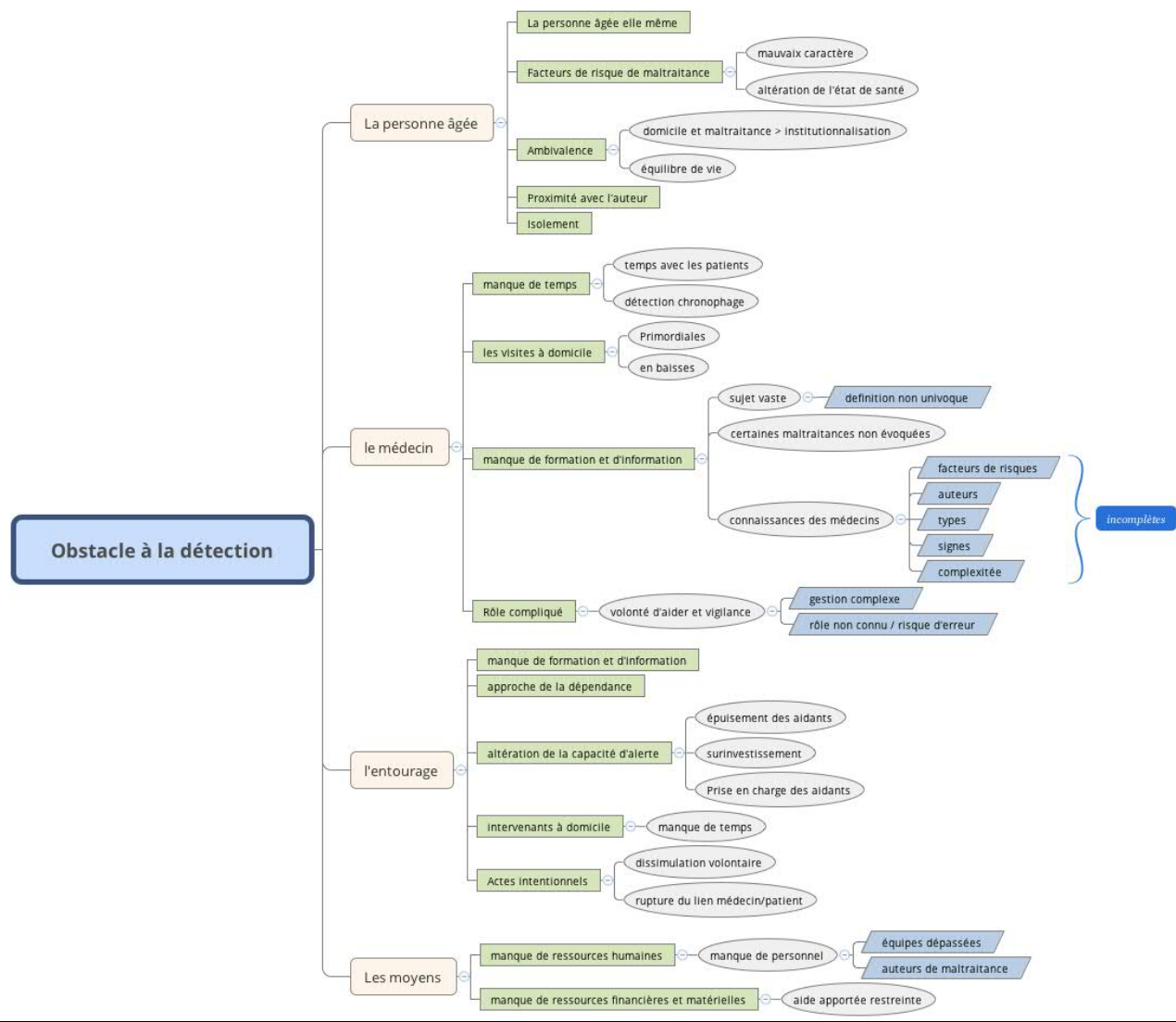
E1 : « la dame que je vous cite elle est restée 1 heure 20 ici pour 25 euros, ben il faut qu'il y ait écrit bibi pour faire si long sinon on n'a pas envie d'entendre on se dit : non »

E1 : « c'est vrai qu'on pourrait se dire que ça pourrait être valorisé »

E10 : « Ce qui s'est passé c'est que le personnel de la maison de retraite a remarqué »

E9 : « Comme elles n'ont pas de formation, elles sont payées à coup de lance-pierre »

E8 : « des moyens financiers qui ne sont pas à la hauteur »



Arbre thématique n° 1 : Obstacles rencontrés par les médecins généralistes à la détection de la maltraitance de la personne âgée

C. Obstacles rencontrés par les médecins généralistes en ville pour la prise en charge des situations de maltraitance.

1. Obstacles liés à la personne âgée :

Certaines personnes âgées refusent toute prise en charge de leurs situations de maltraitance par **peur des conséquences** lorsque l'auteur fait partie du cercle intime.

E1 : « on refuse de faire quelque chose, on veut une aide plus discrète, que de faire quelque chose d'aussi radical, car c'est leur fils »

E1 : « Ils sont dans une attitude un peu sacrificielle à leur fils de toute façon ils ne vont pas le mettre dehors il n'a pas de travail pas de revenus il est violent, je pense qu'ils sont dans la culpabilité »

Ils ont parfois **peur des représailles**.

E1 : « les gens ils avaient très peur voilà »

E1 : « et eux ils ont peur comme dans les violences conjugales ils ont une peur bleue de leur fils »

2. Obstacles liés aux médecins et à l'entourage :

a) Manque de formation et d'information

La **connaissance** des médecins concernant **la prise en charge** de situations de maltraitances est **très inégale**.

Certains sont à l'aise avec **un réseau de soutien local** (infirmières, assistantes sociales, kinésithérapeutes, etc.), **l'hôpital, les équipes multidisciplinaires et le signalement**.

E11 : « j'ai dû mettre trois passages infirmiers par jour. »

E11 : « J'ai vu des aidants, des infirmiers, des personnes de compagnie qui était au contraire très vigilante »

E9 : « On arrive à équilibrer cette négligence intra familial, lorsqu'il y a des intervenants extérieurs »

E9 : « Il y a une plate-forme d'aide professionnel au niveau régional qui est géré par Antonin Balmes »

E9 : « une partie de la réponse qui a été mise en place depuis maintenant un an avec la plateforme PAERPA »

E9 : « Ça veut dire qu'il faut s'appuyer sur un réseau. Un réseau de professionnels que ce soit infirmiers, kinés... »

E9 : « comme j'ai pas mal de personnes âgées, je les adresse assez facilement à Antonin Balmes »

E9 : « Quand on pointe un problème chez une personne il y a tellement de ramifications, on ne peut pas gérer seul »

E6 : « Dans un premier temps je proposerai une hospitalisation pour mettre les choses à plat »

E7 : « Pour améliorer la situation des patients, j'essaie de voir avec les infirmières. Mais aussi les aides ménagères et les kinés, la famille »

E7 : « J'appellerai une assistante sociale. »

E10 : « des personnes soient la plus souvent, plus souvent que nous, que ces personnes sonnent l'alarme »

E5 : « Cela m'est arrivé très rarement de faire un signalement au procureur de la République. »

E5 : « Moi j'ai hospitalisé le monsieur. Cela a permis un éloignement ».

E5 : « L'autre jour, j'ai fait un signalement pour une personne de 80 ans »

E11 : « Je connais cette association par le docteur Pellegrin qui était l'associé du Médecin que j'ai succédé »

E8 : « J'ai déjà eu recours à une hospitalisation »

E8 : « j'avais fait un signalement. En tout cas, j'avais fait une information préoccupante ou quelque chose comme ça »

E8 : « pour mettre en place des aides à domicile que je fais appel aux assistantes sociales ».

E2 : « On leur conseille de contacter le juge des tutelles »

E2 : « c'est moi qui ai contacté les services sociaux »

À l'inverse certains sont **dépassés à l'idée de prendre en charge** une personne âgée maltraitée.

E9 : « On a peur, je pense, de ne pas savoir comment le gérer. »

E6 : « Je n'ai pas de réseau »

E6 : « Je n'ai jamais utilisé les infirmières ou les assistantes sociales »

E9 : « j' imagine qu'il y a un système de signalement »

E9 : « J'avoue que je ne sais pas trop. Je ne sais pas ».

E9 : « il faudrait que je recherche un peu ce que je pourrais faire »

E9 : « Je n'ai pas encore été confronté »

E2 : « Il faut demander une enquête. Autant je vais la demander pour un enfant alors que pour une personne âgée... Je l'ai fait une fois pour une personne âgée. Mais on le fait moins facilement. »

E2 : « savoir à qui s'adresser. »

E10 : « encore une fois je ne sais pas comment ça marche »

E10 : « j'imagine qu'il y a un système de signalement »

E10 : « le manque aussi de se sentir soutenu ou seul »

On peut noter que les médecins qui ont une **meilleure connaissance des ressources** de prise en charge sont aussi ceux qui ont une **meilleure connaissance du sujet de la maltraitance**.
L'information est malheureusement insuffisante chez la plupart des médecins.

E3 : « J'ai eu du mal à trouver le numéro, mais bon avec Internet maintenant »

E4 : « Si je constate qu'il y a une maltraitance qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je contacte le procureur, le conseil général, les assistantes sociales, cette association ? »

E10 : « il faudrait que je recherche un peu ce que je pourrais faire »

E3 : « J'ai eu du mal à trouver le numéro, mais bon avec Internet maintenant »

b) Les conséquences de la prise en charge

Tout comme les personnes âgées, les médecins ont **peur des représailles** suite à la prise en charge d'actes de maltraitance. Ils soulignent le problème du **signalement non anonyme**.

E8 : « J'ai eu une grosse vacherie de la personne en question. »

E8 : « Quand elle a appris que le signalement venait de notre cabinet. Cela est une grosse difficulté que l'on peut avoir. »

E4 : « En plus une fois que tu fais les lettres le fils il sait que c'est toi et là le fils il t'attend à la sortie »

E4 : « Nous sommes dans une société de plus en plus procédurière »

E4 : « Qu'est ce qu'on peut faire sans que ça nous retombe dessus ? »

E4 : « tu n'appelles personne, tu ne déclenches rien sinon ça te retombe dessus »

E11 : « Si on fait de la délation, un signalement, est-ce qu'on ne risque pas des représailles de la famille ? »

Crainte des médecins à **signaler** des cas de maltraitance par **peur de perdre de vue la personne âgée** victime. Les médecins préfèrent **agir de façon plus silencieuse** pour maintenir ce lien avec la personne âgée et améliorer les situations difficiles.

E8 : « Le fait que le signalement ne soit pas anonyme peut entraîner des ruptures de lien thérapeutique »

E8 : « Le fait de se fâcher avec des familles alors qu'on a été là pour eux !

E5 : « À la maison c'est compliqué, comment agir sur l'aidant ou sur la famille c'est un peu compliqué »

E3 : « parler d'un cas sans déclencher »

E1 : « on refuse de faire quelque chose, on veut une aide plus discrète, que de faire quelque chose d'aussi radical, car c'est leur fils »

E11 : « Il y a la question de savoir comment instaurer des aides ou la venue d'une association sans risquer le refus de la famille »

3. Obstacles liés aux moyens

Tout comme la détection des situations de maltraitance, les médecins interrogés pensent que la prise en charge de la maltraitance nécessiterait **plus de moyens humains, financiers et matériels**.

E4 : « Le problème c'était d'arriver à trouver un logement à la dame »

E4 : « Je bataille un peu pour qu'ils acceptent de la prendre et de lui faire un bilan »

E4 : « Tout cela à cause du manque de place, il n'y a pas de place pour les personnes âgées »

E3 : « Pour la maison de retraite, on est obligé de vendre la maison »

E9 : « les aides-soignantes qui ne sont pas assez nombreuses ou les infirmières pas assez nombreuses »

E11 : « En EHPAD je pense que l'attente est liée au manque de personnel. Manque de personnel sur les changes. »

E9 : « les gens qui pourraient avoir ses compétences font autre chose de leur profession »

E7 : « Plus de moyens pour tout le monde »

E7 : « Les aides à domicile, les assistantes sociales c'est dur à mettre en place et d'avoir cela rapidement. »

E8 : « Il faudrait qu'il y ait rapidement des fonds, de l'argent allouer pour mettre en place des aidants. Ou des aides-soignantes de nuit par exemple »

E8 : « Plus de passage infirmier. »

E5 : « On pourrait améliorer l'accueil ponctuel pour libérer les aidants »

E5 : « Si on soulageait les aidants à la maison par des semaines de repos »

E5 : « lorsqu'il y a une surcharge de la part des soignants »

E4 : « On a des moyens très limités »

E4 : « Il y a un manque de personnel. »

E4 : « Tout cela à cause du manque de place, il n'y a pas de place pour les personnes âgées »

Bien que ce travail se concentre sur les obstacles rencontrés par des médecins généralistes de ville, à la détection et à la prise en charge des situations de maltraitance de la personne âgée, il nous semble intéressant de rapporter des **idées et souhaits d'amélioration envisagés par les médecins**. Il est question surtout d'une **meilleure formation**, plutôt lors de leur pratique et non pendant les études où le manque d'intérêt pourrait nuire à l'enseignement.

Ils souhaiteraient **plus d'informations**, de façon plus régulière et plus précise sur la gestion des cas de maltraitance et le **réseau disponible** dans leurs lieux d'exercices.

Ils souhaiteraient **l'augmentation des moyens humains** à disposition pour faire appel plus facilement et rapidement aux personnels paramédicaux.

Ils appellent de leurs vœux **l'augmentation des moyens financiers** dédiés à l'ensemble des structures et personnes prenant en charge les personnes âgées afin d'éviter les situations de maltraitance et le cas échéant **pouvoir les détecter et prendre en charge plus facilement et rapidement**.

E11 : « Ce sera aussi la possibilité de se mettre autour d'une table avec la famille, les infirmiers, le kiné, en médecine de ville »

E9 : « Ou un numéro de téléphone de signalement »

E9 : « si un flyer sur 10 permet de sensibiliser ou éveiller un petit truc à chez un médecin c'est toujours mieux que ne rien faire »

E9 : « Il faut qu'on ait bien sûr de la formation »

E11 : « Ce sera aussi la possibilité de se mettre autour d'une table avec la famille, les infirmiers, le kiné, en médecine de ville »

E9 : « Elles pourraient accompagner la personne à manger au lieu de simplement lui préparer le repas. »

E6 : « Mettre des caméras dans certains lieux de vies »

E8 : « Concernant l'information, une personne qui viendrait nous voir pour discuter de ce qui existe : dans notre secteur surtout »

E8 : « Pourquoi pas des clips vidéo passés en pub ? Pour que les soignants, les familles sachent à qui s'adresser quand ils sont perdus. »

E6 : « ce serait une bonne chose d'avoir plus de formation et d'information »

E7 : « Plutôt une formation quand on exerce. »

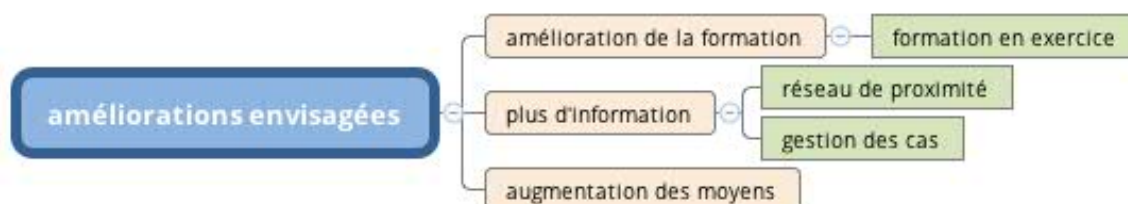
E7 : « En amont on ne voit pas l'intérêt, je pense. Quand on fait nos études, je ne pense pas. »

E8 : « La formation des médecins pourrait être améliorée carrément ! »

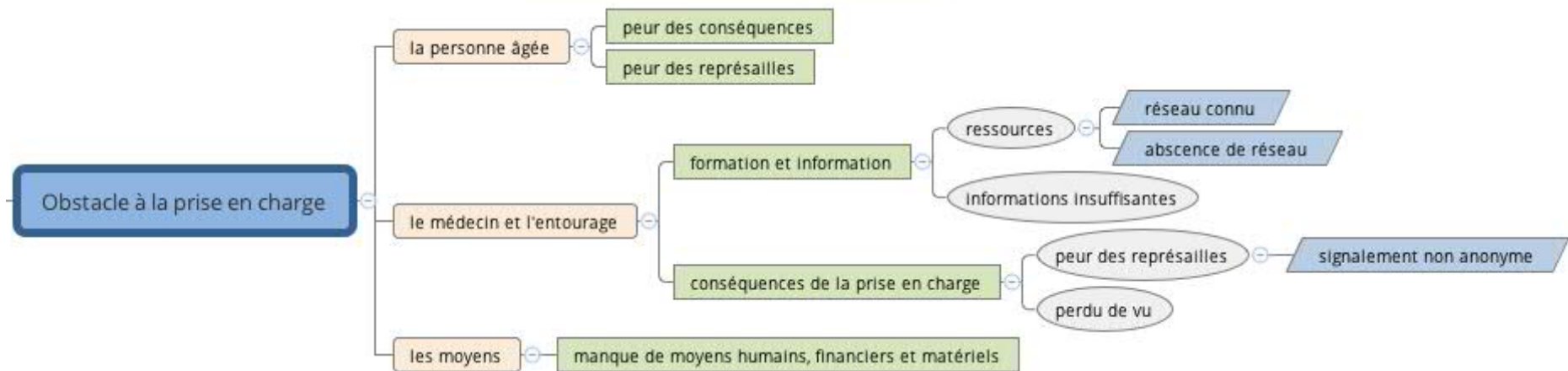
E8 : « Il y a également un manque d'informations. Il faudrait une heure d'information, une mise à jour. On oublie ».

E8 : « Je pense que pour nous en tant que médecin en exercice, ce serait chouette de faire de la formation. Pour la détection, et puis comment mettre en place au maximum des réseaux d'aide »

E1 : « c'est vrai qu'on pourrait se dire que ça pourrait être valorisé »



Arbre thématique n°2 : Idées exprimées par les médecins pour améliorer leur détection et leur prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.



Arbre thématique n° 3 : Obstacles rencontrés par les médecins généralistes à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

IV. DISCUSSION :

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. Liées au sujet d'étude

La maltraitance de la personne âgée est considérée comme prioritaire dans la politique de santé nationale actuelle en termes de signalement, de prévention et de développement de la bientraitance (7). Notre travail s'inscrit dans cette démarche. Le recueil des expériences auprès des acteurs de terrain que sont les médecins généralistes, pourra nous l'espérons, permettre des pistes d'amélioration de la gestion globale de la maltraitance faite aux personnes âgées.

2. Liées au choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative semblait parfaitement adaptée pour explorer le vécu des médecins généralistes face à la maltraitance de la personne âgée. En effet, cette méthode permet d'analyser finement les idées et les ressentis exprimés par chacun des participants. Cette recherche qualitative nous a permis d'analyser le plus fidèlement possible le parcours des différents médecins généralistes. Cependant les données collectées ne sont que du vécu et des paroles rapportées, on ne peut pas vérifier que les personnes interrogées font ce qu'elles disent.

3. Liées à l'élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien que nous avons soigneusement élaboré repose sur le choix de thèmes identifiés après une recherche approfondie de la littérature. L'aide apportée par le Docteur Agnès Oude Engberink-Isambert, qualifiée en recherche qualitative, nous a permis d'améliorer ce guide. Le guide d'entretien doit être structuré lors d'entretien semi-dirigé et nous avons volontairement choisi de l'organiser en débutant sur les généralités pour se concentrer ensuite sur l'expérience des médecins. Bien que cette recherche ait été la plus exhaustive possible, certains thèmes n'ont peut-être pas été abordés. A l'inverse, l'utilisation d'un guide d'entretien a pu faire émerger des réponses que les médecins n'auraient pas évoquées spontanément.

4. Liées à la taille de l'échantillon

Nous avons recueilli les témoignages de 11 médecins généralistes. S'agissant d'une étude qualitative, la saturation des données a été obtenue après 9 entretiens témoignant d'une richesse d'information suffisante. Nous avons effectué deux entretiens supplémentaires afin de corroborer cette saturation.

5. Liés à la sélection des médecins participants

Les médecins interrogés ont été contactés, car ils avaient été impliqués dans la gestion d'une situation de maltraitance envers une personne âgée. Cela peut entraîner un biais de sélection. Cependant, comme nous avons pu le voir en introduction, il existe une sous-déclaration de la part des médecins. Si nous avions interrogé des médecins aléatoirement il y aurait eu un risque qu'ils n'aient jamais été confrontés à la maltraitance de la personne âgée. Or pour rechercher les obstacles à la détection et à la prise en charge, il faut avoir déjà été confronté à ces situations.

Les médecins exercent tous en cabinet de ville. La variété de lieux d'exercices (urbain, semi-rural et rural) est une force. Les médecins qui exercent en activité régulière en région Languedoc-Roussillon en 2015 sont âgés en moyenne de 52 ans, concernant notre étude la moyenne d'âge est de 50,74 ans. La répartition en région Languedoc-Roussillon en 2015 était 58 % d'hommes et 42 % de femmes. Cette répartition est légèrement inversée pour notre étude avec 54 % de femmes et 45 % d'hommes. Par ailleurs, on peut noter un biais de recrutement puisque nous avons eu dix refus.

6. Liés au recueil des données

Lors d'interviews il existe toujours le risque d'orienter les réponses du participant. Afin de limiter ce biais, nous avons posé un maximum de questions ouvertes et adopté une écoute bienveillante neutre. Nous avons également voulu maintenir une souplesse dans le suivi du guide d'entretien pour permettre aux médecins interrogés d'enrichir les thèmes de leur choix.

7. Liés à l'analyse des données

Comme dit précédemment une analyse verticale puis une analyse transversale ont été faites par l'examineur pour chaque entretien. Cependant il n'a pas été réalisé de triangulation entraînant de ce fait un biais, car l'interprétation a pu être faussée par la subjectivité de l'examineur. De plus, il s'agissait de la première étude de ce type réalisée par l'examineur.

B. DISCUSSION PAR THEME

Nos résultats s'articulent pour les obstacles à la détection de la maltraitance de la personne âgée autour des thèmes suivants : obstacles liés à la personne âgée, liés aux médecins, liés à l'entourage et liés aux moyens.

Concernant les obstacles à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée les thèmes sont : obstacles liés à la personne âgée, liés aux médecins et à l'entourage et liés aux moyens.

1. Obstacles à la détection de la maltraitance de la personne âgée.

L'idée du vieillissement de la population et le risque d'augmentation de la maltraitance envisagé par les médecins interrogés sont cohérents avec les estimations. Concernant le vieillissement, l'Observatoire des Territoires précise que la part des personnes de 65 ans et plus serait de 28,5 % en 2050 soit une augmentation de près de 10 points de pourcentage par rapport à 2016 (53).

Comme il est indiqué dans l'aide-mémoire de l'OMS concernant la maltraitance de la personne âgée « Si la proportion de personnes âgées victimes de maltraitance reste stable, le nombre de personnes touchées va rapidement augmenter en raison du vieillissement de la population et elle atteindra 320 millions en 2050 » (4).

a) Obstacles liés à la personne âgée

➤ La personne âgée elle-même

Pour les médecins interrogés, la personne âgée représente elle-même un frein à la détection de la maltraitance. Nous n'avons pas trouvé d'étude précisant spécifiquement que la personne âgée représentée un obstacle, mais plutôt que les ressentis, les besoins et le vécu des personnes âgées représentées des limites à la détection de la maltraitance qu'elles subissent.

➤ Les facteurs de risque de maltraitance

Pour rappel les facteurs de risques de la personne âgée sont :

- Veuvage récent,
- Sexe féminin ;
- Polypathologie et polyhandicap, en lien avec une grande dépendance ;

- Troubles cognitifs ;
- Isolement social ;
- Négligence de ses biens et de ses comptes ;
- Refus de vieillir ;
- Culpabilité d'être à charge ;
- Agressivité et dépression ;

Dans notre travail certains facteurs de risque précédemment cités ont été décrits comme des obstacles à la détection des situations de maltraitance. Les médecins interrogés ont constaté que le mauvais caractère des personnes âgées, l'isolement et l'altération de santé de quelque nature qu'elle soit, étaient considérés comme des obstacles à la détection de la maltraitance. L'isolement ayant une place importante a été placé dans un paragraphe à part.

Dans un article de 2015, publié par Lachs dans le New England Journal of Medicine (2) ce dernier considère que les victimes peuvent être incapables de déclarer des sévices subis en raison de troubles cognitifs et que les maladies chroniques chez les personnes âgées sont sources d'obstacles ce qui corroborent nos résultats. L'institut national de santé publique du Québec a publié un rapport de recherche en juin 2013 (54) qui rejoint nos résultats. Les obstacles retrouvés étaient :

- Les personnes qui subissent de la maltraitance dévoilent rarement spontanément la violence qu'elles subissent.
- L'aîné peut nier la situation vécue ou, tout simplement, ne pas considérer que les comportements commis sont abusifs
- Les personnes peuvent avoir de la difficultés à formuler une demande d'aide
- La crainte de se retrouver en établissement d'hébergement
- La présence de troubles cognitifs peut rendre difficile la collecte d'information auprès de la personne âgée

En plus de ces éléments, les auteurs précisent qu'il existerait un malaise ou une honte pouvant faire en sorte que la personne âgée ne révèle pas les comportements maltraitants.

➤ Ambivalence de la personne âgée

Pour les médecins de notre étude, l'ambivalence de la personne âgée se manifeste par la volonté de rester au domicile au risque de subir des maltraitances. La personne âgée est dans

un équilibre de vie qu'elle-même va privilégier en minimisant des actes de maltraitance et en cachant des situations difficiles. En effet, elle est prise en otage avec la menace d'être placée en institution en cas de déséquilibre de son environnement de vie.

Un article de la revue médicale bruxelloise de 2005 (55) revient sur cette minimisation et négation par la personne âgée des actes de maltraitance qu'elle subit par un membre de sa famille. Comme le précise en 2014, un article de Daniel Carre (56) l'aidant est la clé de voute du maintien à domicile et qu'il doit donc être considéré comme un acteur qui doit être intégré à l'équipe soignante et d'accompagnement. La personne âgée a donc compris l'importance de l'aidant, mais on comprend d'un autre coté ses motivations pour cacher les maltraitances qu'elle subit et préserver cet aidant. Dans un article de Dong X dans The Gerontologist publié en 2014 (25), il précise que les médecins ont identifié comme blocage le déni de la victime.

➤ Proximité avec l'auteur

Pour les médecins interrogés dans notre travail, la proximité entre l'auteur des maltraitances et la victime serait une cause de non-divulgation par la personne âgée, par la crainte de conséquences pour l'auteur. L'institut national de santé publique du Québec (54), précédemment cité, précise que les conséquences pour l'auteur des maltraitances préoccupent les victimes. Cette recherche fait aussi référence à une étude réalisée auprès de femmes âgées victimes de violences conjugales qui a révélé comme barrière à la recherche d'aide, la crainte des conséquences pour le conjoint violent. Cette proximité auteur/victime est paradoxale, car elle est à la fois un facteur de risque de maltraitance, mais aussi un atout, car l'auteur est le plus souvent l'aidant principal.

➤ Isolement

Comme vu précédemment, l'isolement de la personne âgée est considéré comme un facteur de risque de maltraitance. Dans notre étude, il est également noté en tant qu'obstacle à la détection de la maltraitance. Les statistiques de la fédération 3977 (57) concernant la déclaration des maltraitances retrouvent que ce sont les proches aidants qui appellent le plus. En 2013 dans son rapport d'activité, ils retrouvaient que 46 % des déclarations de maltraitance provenaient des familles, notamment des enfants. Dans 21 % des cas, c'est l'entourage de la personne âgée qui donnerait l'alerte puis vient les professionnels de santé avec 17 % des appels. Deux centres d'appels (58), l'un Wallon et l'autre Québécois ont trouvé respectivement que les familles étaient les premiers appelants dans respectivement 41,12 % et 33,22 % des cas.

Les pourcentages d'appel émis par l'entourage étaient de 12,56 % pour l'étude wallon et de 9,59 % pour celle québécoise et ceux des professionnels étaient de 18,89 % pour l'étude wallon et de 4,53 % pour celle québécoise. Dans un rapport statistique de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2014 (59), l'aide de l'entourage pour la gestion des problèmes de santé dans l'Hérault était de 24 % après 60 ans. Dès lors une personne âgée isolée aura moins de contact avec des tiers pouvant détecter des situations de maltraitance. Les personnes qui déclarent le plus les actes de maltraitements sont les familles et les proches des personnes âgées. Dans ce contexte, il est aisé de comprendre qu'un isolement familial donne moins de chance aux personnes âgées de découvrir la maltraitance dont elles sont victimes. Il convient de maintenir un maillage familial et social fort autour des personnes âgées, limitant de la sorte l'isolement de la personne âgée, les risques de maltraitance et favorisant leurs détections si besoin.

b) Obstacles liés aux médecins :

➤ Le manque de temps

Dans ce travail nous avons constaté que les médecins manquaient de temps, ils précisaient ne pas voir assez souvent les personnes âgées et de ne pas les voir assez longtemps. De plus, concernant la maltraitance de la personne âgée, sa détection est jugée chronophage par les médecins. Nos résultats sont en accord avec la littérature, puisque le manque de temps comme obstacle à la détection de la maltraitance est fréquemment retrouvé (29) (28).

Comme le précisent les médecins dans notre étude, le temps de consultation des personnes âgées paraît long. Il est vrai que la prise en charge des personnes âgées est chronophage, en cause leurs pathologies multiples et compliquées (60). On peut donc penser que la recherche de signes de maltraitance nécessiterait du temps supplémentaire que les médecins pensent ne pas avoir. En effet, les statistiques concernant les médecins (61) estiment la répartition de leur temps d'activité entre : « temps médical » 61 %, « autres activités de diagnostic et de soins » 19 %, « temps administratif » 12 % et 8 % de « formation et entrevues avec des visiteurs médicaux ».

La diminution des charges administratives permettrait vraisemblablement de redonner du temps aux médecins. L'amélioration des connaissances sur le sujet permettrait également de réduire le temps passé à la gestion de situations de maltraitance.

➤ Diminution des visites à domicile :

Pour plus de la moitié des médecins interrogés, les visites à domicile sont reconnues comme importantes pour la détection des situations de maltraitance. Le passage au domicile permettant, selon eux, de mieux appréhender la vie quotidienne du patient. Cependant, les médecins interrogés déplorent le faible nombre de visites faites et leurs diminutions d'année en année. Ces idées reflètent bien la réalité de l'exercice médical puisqu'un rapport de février 2016 effectué par la DREES (62) rapportait que les visites représentent seulement 10 % de l'activité du médecin généraliste, une part qui est en forte diminution depuis une dizaine d'années, puisqu'elle était de 14 % en 2005. Puisque les situations de maltraitance ont lieu au domicile de la victime dans plus de 70 % des cas (57), on peut se demander si les visites à domicile ne semblent pas nécessaire à la détection de la maltraitance. La présence du médecin lors des visites, diminuant ainsi l'isolement des personnes âgées, pourrait avoir un rôle dans la détection de la maltraitance des personnes âgées.

➤ Manque de formation et d'information des médecins généralistes

Les médecins interrogés ont conscience de leur manque de formation sur la maltraitance de la personne âgée et leur formation est très inégale. Leurs connaissances se portent sur les facteurs de risques, les types, les auteurs, les signes et la complexité des situations de maltraitance mais elles semblent superficielles et incomplètes. Les médecins interrogés souhaiteraient une amélioration de la formation dans ce domaine, que ce soit lors des études médicales initiales, mais également lors de formations médicales continues (FMC). Deux études précédemment citées confirment nos résultats concernant le manque de connaissance des professionnels de santé sur la maltraitance de la personne âgée (27) (28).

Ce manque de connaissances serait lié à la fois à un manque de formation initiale, mais aussi à des lacunes en terme de formation continue. C'est ce que précise une étude réalisée aux États-Unis et plusieurs rapports français de la DREES :

- Une étude réalisée en 2005 (63) aux États-Unis a interrogé sous forme de questionnaire 500 médecins concernant leurs connaissances sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée. Il en ressort que presque tous les médecins (98 %) ont déclaré que la formation des médecins devait être améliorée concernant la maltraitance de la personne âgée. Cette étude précise que plus de 80 % des personnes interrogées estimaient qu'elles n'avaient pas été formées à diagnostiquer les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. En comparaison, 79 % avaient déclaré avoir suivi une

formation sur la violence conjugale et 94 % avaient indiqué avoir suivi une formation sur la violence faite aux enfants pendant leurs études. Un tiers des médecins interrogés dans ce travail précisait que la formation reçue lors de leurs études était utile pour la gestion des cas de maltraitance de la personne âgée. De plus cette étude précise que le pourcentage de médecins ayant déclaré avoir suivi une formation médicale continue (FMC) sur la maltraitance des personnes âgées pendant leur carrière était de 9 %, ce qui était nettement inférieur au pourcentage de personnes ayant déclaré avoir suivi des cours sur la violence conjugale (44 %).

- En France, un rapport de 2014 de la DREES précisait qu'au cours de leur exercice 75 % des médecins déclaraient avoir suivi au moins une séance de formation médicale continue sur les patients âgés, mais seulement 18 % des médecins interrogés déclaraient avoir suivi une séance sur la maltraitance des personnes âgées. Parmi les praticiens n'ayant pas suivi cette formation, 20 % ont indiqué qu'elle les intéressait fortement (64).

Alors que la formation initiale semble des plus importante pour apprendre à dépister et à mettre en œuvre les stratégies les plus adaptées lors d'une situation de maltraitance de la personne âgée, force est de constater l'absence d'item spécifique aux examens classant nationaux concernant la maltraitance de la personne âgée (65).

Comme en témoignent les résultats retrouvés dans une revue de la littérature publiée dans le *Journal of Elder Abuse and Neglect* datant de 2009 (66), la formation continue en matière de maltraitance des aînés, faiblement suivie par les professionnels, apparaîtrait comme un facteur facilitant la recherche de cas.

Le manque de sensibilisation des médecins au sujet de la maltraitance de la personne âgée ressort dans notre travail. La plupart des médecins ne pensent simplement pas à la maltraitance lorsqu'ils consultent des personnes âgées. Malgré des signes pouvant faire évoquer une maltraitance, les médecins chercheront une autre cause. L'absence de message de prévention et d'informations dans le paysage médiatique actuel corrobore ce manque de sensibilisation. Cependant comme le précise un rapport du ministère des Solidarités et de la santé du 17 décembre 2015 sur les orientations prioritaires de la politique nationale en matière de maltraitance (7) un des axes prioritaires est : « *Informer et sensibiliser le public et les professionnels pour améliorer le signalement et la connaissance des faits de maltraitance* ». Des

ambitions du même type sont formulées par l'Organisation mondiale de la Santé. On peut donc espérer une amélioration future de l'information apportée aux populations et aux médecins.

➤ Rôle compliqué du médecin

Les médecins ont rapporté être impliqué auprès de leurs patients et maintenir une vigilance constante sur leur santé globale. De plus, ils considèrent que leur position dans la gestion des situations de maltraitance est complexe et difficile. Ils signalent que leur rôle n'est pas clairement défini, les limites sont floues quant aux actions qu'ils doivent faire entre secret médical et signalement.

Si on se réfère au Serment d'Hippocrate, prononcé par les médecins lors de la soutenance de leur thèse, il est question d'aider les personnes vulnérables, dont font partie les personnes âgées victimes de maltraitance. Rôle qu'ont les médecins généralistes auprès de leurs patients en restant vigilants au quotidien. Le Serment impose aussi de « *taire les secrets* », cependant le médecin en déclarant les maltraitances romprait ce serment en divulguant les secrets acquis au sein des familles et « *tromperait alors leur confiance* ». Fort heureusement, les lois modernes comme vues précédemment en introduction permettent de déroger à ce secret professionnel avec comme idée, le bien de la personne victime. On peut imaginer qu'un médecin, pour qui le secret médical est important, peut être gêné à l'idée de divulguer ce secret.

Les médecins généralistes, comme le précise l'organisation mondiale des médecins de famille et des médecins généralistes (WONCA), jouent un grand nombre de rôles (67). Ils doivent prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé en contexte de soins primaires, communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage, prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude, exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale, entreprendre des actions de santé publique, assurer leur formation continue, éduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et la gestion de sa maladie, évaluer leur pratique, travailler en équipe lors des situations complexes, assurer la continuité des soins, appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques et enfin assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale. Comment savoir alors où leur champ d'action commence et où il s'arrête, dans la gestion si complexe des maltraitances de la personne âgée ? De plus, les médecins interrogés craignent de se tromper en diagnostiquant une maltraitance a tort. Ce ressenti est également éprouvé par d'autres médecins, en témoigne une étude américaine précédemment citée (29). Cette crainte est par ailleurs fondée puisque les risques

d'erreurs sont réels comme le précise le Professeur Baccino dans son ouvrage « Médecine légale clinique » (19).

Lachs dans un article publié dans le New England Journal of Medicine (2), préconise que le rôle du médecin généraliste doit s'inscrire dans des actions multidisciplinaires. Cela permettrait ainsi de décharger le médecin de certaines obligations et de recueillir toutes les informations nécessaires à la gestion des cas de maltraitance.

c) Obstacles liés à l'entourage :

➤ Manque de formation et d'information :

Les médecins interrogés ont constaté un manque de connaissance global des acteurs intervenants auprès des personnes âgées, que ce soit la famille, les proches et les professionnels. Notamment l'approche de la dépendance par les proches qui serait mal vécue et mal comprise entraînant alors des maltraitances involontaires et des blocages à la détection de situation de maltraitance par le médecin.

Une étude interrogeant 235 infirmières hospitalières constate que les participantes avaient un faible niveau de connaissance des problèmes liés à la maltraitance des personnes âgées et des lois et réglementations. Cependant dans les services de gériatrie les infirmières avaient de meilleures attitudes et connaissances sur la maltraitance de la personne âgée que des infirmières d'autres services (27). Concernant les aidants non professionnels, une synthèse nationale organisée par l'union nationale des associations familiales concernant la place des aidants précise que 60 à 75 % des aidants interrogés dans les différentes études analysées estimaient avoir eu « *assez d'information pour organiser les aides nécessaires à la personne dépendante* ». Mais cette étude souligne tout de même une connaissance parcellaire des aidants quant aux ressources disponibles (68). La formation des aidants est aussi abordée dans la revue « Vie sociale » publiée en 2012 (69). Ils précisent que « *la confrontation quotidienne avec un proche qui décline sur les plans psychologique et/ou physique et la méconnaissance de certaines manifestations de la vieillesse ou de pathologies spécifiques placent l'aidant familial dans des situations difficiles à gérer* ». Certains pays ont mis au point un programme de formation, comme en Irlande par exemple, qui propose 14 semaines de cours ou comme en Italie, ou sont proposés des cours relatifs aux compétences fondamentales. La politique française actuelle et l'orientation politique sanitaire mondiale (OMS) vont dans le sens d'une amélioration de l'information et de la formation des aidants et des intervenants (70)(13)(11).

Comme nous avons pu le voir pour le médecin généraliste, le manque de connaissances et d'informations des aidants sur la maltraitance de la personne âgée est un frein à sa détection. On pourrait imaginer que l'accroissement des FMC pour les médecins sur le terrain et une amélioration de la formation médicale initiale sur la maltraitance de la personne âgée entraîneraient par effet « boule de neige » une sensibilisation de l'ensemble de la population et des intervenants professionnels. Les politiques actuelles incitant la formation des personnes gravitant autour des personnes âgées est un point positif pour les prises en charge futures.

➤ Altération de la capacité d'alerte :

- Épuisement de l'aidant :

Certains médecins interrogés dans notre étude ont conscience de l'importance des aidants dans la détection des maltraitances mais constataient parfois l'incapacité des aidants à alerter en cas de situations difficiles du fait de leur épuisement personnel. Cette place impose de telles contraintes que les proches aidants sont dépassés. Dans la littérature on retrouve cette notion d'épuisement (69) (54). Pour pallier à cela, les médecins veulent également prendre en charge l'aidant pour qu'il joue au mieux son rôle avec la personne âgée. De nombreuses mesures sont envisagées pour aider ces aidants, préconisant un suivi et un soutien continu. L'aide à leur apporter doit toucher toutes les sphères : sociale, familiale, professionnelle, santé, temps de répit, vacances (71).

Un rapport de l'OMS de 2011 (18) , précise que les programmes qui visent à offrir un soutien psychologique aux personnes qui prennent soin de personnes âgées permettent de diminuer le stress et le fardeau de l'aidant, particulièrement lorsqu'ils ont une composante psychologique ou éducationnelle. De plus, pour soulager les aidants, il existe aussi des solutions de répit (72), on peut citer : le congé de soutien familial, l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, la plateforme d'accompagnement et de répit. Malheureusement ces solutions sont peu connues et peu utilisées.

- Surinvestissement :

Les médecins interrogés précisent que les familles sont parfois trop impliquées auprès de leur proche. Ce surinvestissement empêche le médecin de rechercher efficacement des situations de maltraitance et crée une distance entre la personne âgée et son médecin. Comme le rapporte l'institut national de la santé publique du Québec, la présence de l'entourage de la personne âgée et/ou de l'auteur potentiellement maltraitant est source de complication pour le médecin qui interroge la personne âgée (54).

Un article paru en 2014 dans l’American Family Physician (73) rapporte que certaines personnes âgées sont tellement dépendantes des aidants et prestataires de soins qu’elles ne consultent jamais seules. Les auteurs précisent qu’un aidant qui interrompt souvent le patient pour répondre aux questions est un signe potentiel de maltraitance.

C’est pourquoi, pour éviter ce blocage lié à la présence des aidants le médecin se doit d’interroger séparément la personne âgée et l’aidant lors du dépistage des mauvais traitements envers les aînés, c’est d’ailleurs une recommandation formulée dans cet article. Cette recommandation est également formulée dans un article de Lachs paru dans le New England Journal of Medicine en 2015 (2) qui précise que des entrevues distinctes peuvent révéler des différences entre les explications du patient et celles du parent ou du soignant en ce qui concerne les constatations physiques ce qui augmente la probabilité de détecter des abus. On peut se demander si les consultations des personnes âgées ne devraient pas se dérouler systématiquement en deux temps, dont l’un avec la personne âgée seule.

➤ Manque de temps des intervenant à domicile :

Les médecins participant à notre travail ont conscience de l’importance des intervenants à domicile (prestataires de santé, travailleurs sociaux et professionnels paramédicaux) pour la détection de situation de maltraitance. De plus, les médecins sont en contact avec ces intervenants quotidiennement ce qui permet des discussions multidisciplinaires en cas de situations compliquées. Ces intervenants sont considérés comme des atouts par les médecins. Comme semblent indiquer les chiffres de la déclaration d’actes de maltraitance, les intervenants auprès des personnes âgées signalent près de 5,16 % des maltraitances à domicile selon la revue médicale bruxelloise (55). Pour la fédération 3977, ce chiffre est de 8 %. (Cette différence s’explique possiblement par la définition plus ou moins large des intervenants à domicile) (57). Ils sont après les familles, les personnes qui signalent le plus. Cependant comme tous les professionnels travaillant auprès des personnes âgées, les intervenants manquent eux aussi de temps. C’est ce que précise un travail réalisé en EHPAD à l’aide d’interrogatoire du personnel soignant : « *La principale conséquence des évolutions du public et des modes d’organisation durant la période récente est l’intensification des cadences qui apparait, sans augmentation importante des moyens, comme la seule possibilité pour effectuer l’ensemble des tâches imparties aux soignants* », « *il s’agit de travailler vite, en ayant en tête la prochaine tâche ou le prochain résident, sans prendre le temps de « bien » travailler, mais aussi de s’interroger sur la manière optimale ou adéquate de réaliser tel ou tel acte pour chacun des*

résidents » (74) . Le fait que les équipes soignantes soient dépassées est retrouvé dans une étude interrogeant des médecins, infirmières et travailleurs sociaux aux États-Unis en 2012 (29). Elle rapporte que les infirmières estimaient « *qu'elles avaient tant d'autres tâches à accomplir qu'il n'y avait pas assez de temps pour s'attaquer aux mauvais traitements envers les personnes âgées* ».

Comme pour les médecins, les intervenants à domicile manquent de temps pour détecter de façon optimale la maltraitance de la personne âgée. Nous n'avons cependant pas trouvé d'étude similaire réalisée auprès du personnel à domicile.

On peut se demander si l'augmentation des effectifs des intervenants à domicile permettrait de donner plus de temps pour la détection de la maltraitance des personnes âgées aux intervenants déjà en place.

➤ Obstacles intentionnels

Comme vu précédemment, les médecins de notre travail ont rapporté des obstacles à la détection liés aux manques de formations et d'informations, à l'épuisement et à la représentation négative du vieillissement par les proches des personnes âgées. Ces éléments ont comme point commun le fait d'être involontaires. Mais les médecins ont aussi rapporté des obstacles intentionnels de la part des familles notamment mensonges, demande de renouvellement sans voir la personne, suivi semestriel voire rupture de suivi. Comme par exemple dans l'entretien E4 lorsque le médecin a tenté d'intervenir auprès de la famille lors d'une situation supposée de maltraitance, le suivi a été interrompu par la famille et le médecin a perdu de vue la personne âgée. Ce phénomène est aussi évoqué dans un article de la revue médicale de Liège paru en 2014 (58). De plus, un aidant qui a la main mise sur l'ensemble de la vie de la personne âgée dépendante peu facilement cacher aux restes des intervenants des situations maltraitantes. Bien que certaines attitudes de blocages de la part des proches puissent être intentionnels, la majorité des obstacles en lien avec les familles sont plutôt de nature involontaire.

d) Manque de moyens humains et financiers

➤ Les moyens humains

Les moyens mis en œuvre pour la maltraitance de la personne âgée sont, pour les médecins interrogés, bien insuffisants. Les médecins constatent que le manque de personnel crée des situations difficiles parfois maltraitantes. Les intervenants deviennent auteurs de maltraitances.

Les chiffres concernant les auteurs de maltraitements de la fédération 3977 datant de 2016 (26) montrent que les maltraitements ont lieu à domicile dans 73 % des cas. En institution, deux tiers des soignants disent qu'ils ont vu ou fait des actes de maltraitance selon les statistiques de l'association ALMA datant de 2002. Une revue belge de médecine générale (55) publie des chiffres similaires datant de 2013, montrant que 73,48 % des maltraitements auraient lieu à domicile, que les professionnels de santé seraient responsables de 16,86 % des maltraitements en institution et de 5,16 % à domicile. Rapporté au pourcentage de maltraitance en fonction du lieu, on peut estimer à environ 4 % le nombre de maltraitements par les professionnels de santé non médicaux.

La part de maltraitance par les professionnels intervenant auprès des personnes âgées semble relativement faible à 4 %, mais rapporté au nombre de personnes âgées maltraitées estimé à 600.000, ce chiffre serait de 24.000 maltraitements par an en France soit la population entière de Lunel dans l'Hérault. Nous avons évoqué le fait que les médecins puissent communiquer avec les intervenants auprès des personnes âgées, mais comment compter sur des équipes dépassées pour rechercher des signes de maltraitements et discuter des situations difficiles.

➤ Les moyens financiers

Concernant les moyens financiers et matériels, le constat des médecins est le même que pour le personnel. Les structures d'accueil seraient insuffisantes en nombre et elles ne seraient pas aptes à accueillir correctement les personnes âgées. Les ressources disponibles pour aider les médecins à la détection de la maltraitance n'auraient pas la capacité d'agir efficacement.

Comme le souligne le Professeur Baccino dans son ouvrage « Médecine légale clinique », force est de constater qu'à tous les niveaux (politique, médiatique, médical et paramédical) il est difficile de se motiver pour la maltraitance de la personne âgée et de ce fait les aides et structures y sont moins performantes. Cependant, on peut noter que les politiques françaises actuelles vont dans le sens de plus de moyens humains et financiers et dans la reconnaissance des problématiques liées aux personnes âgées (11) (13)(70). Cela permettra peut-être une amélioration des actions entreprises par les différentes structures et par les différents intervenants.

Selon une étude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la Santé (DREES), les dépenses représentent 30 milliards d'euros en 2014, correspondant à 1,40 point du PIB de la France, et à 3 fois le PIB du Monténégro. En

France, plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros, soit 1,11 point de PIB) sont financés par les pouvoirs publics. Mais selon cette étude, la dépense publique en faveur des personnes dépendantes augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, et la dépense totale doublerait presque à 2,78 points de PIB. Ces chiffres correspondent aux dépenses, de prise en charge des personnes âgées dépendantes, à l'heure actuelle. Ces dépenses nécessaires, comme nous venons de le voir, vont augmenter de façon très importante. Mais au vu de nos recherches, il manque actuellement des ressources humaines et financières. Malgré les solutions futures prétendues des politiques françaises en termes d'amélioration des services auprès de la personne âgée l'avenir semble incertain et des doutes perdurent.

2. Obstacles à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée

a) Obstacles liés à la personne âgée

Les médecins participants à notre étude évoquent le fait que certaines personnes âgées refuseraient toute prise en charge de leurs situations de maltraitance par peur des conséquences lorsque l'auteur fait partie du cercle intime. Ils auraient parfois peur des représailles. Un article de la revue médicale de Liège publié en 2014 (58), précise que « *le souci de perdre des relations qui comptent, la crainte d'un éventuel abandon, la peur de créer un scandale au sein de la famille, voire au sein de l'institution, la crainte de subir des représailles* » sont des obstacles évoqués par les personnes âgées à la divulgation de leur maltraitance. C'est également ce que précise une méta-analyse réalisée par l'institut national de santé publique du Québec en 2013 (54). Leurs recherches ont mis en évidence, elles aussi, qu'une des réticences des personnes âgées à la divulgation de la maltraitance qu'elles subissent viendrait de la peur des conséquences d'un tel dévoilement. La peur des représailles de la part du proche aidant, la crainte de se retrouver en établissement d'hébergement ainsi que les conséquences envisagées pour la personne maltraitante seraient des obstacles à la divulgation par les personnes âgées victimes. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les personnes âgées se sentent prises en otage au sein de la relation auteur/victime. C'est pourquoi le médecin doit agir avec tact pour éviter que les craintes de la personne âgée se réalisent, mais en empêchant la poursuite des sévices.

b) Obstacles liés aux médecins et à l'entourage

➤ Manque de formation et d'information

Les médecins interrogés évoquent une formation insuffisante concernant la maltraitance de la personne âgée aussi bien dans la détection que dans la prise en charge. Sur les onze médecins interrogés de notre étude, nous avons constaté que les médecins qui connaissaient le mieux les moyens de détections de la maltraitance de la personne âgée sont aussi ceux qui connaissaient le mieux les différents moyens de prise en charge en cas de maltraitance. Ces derniers sont à l'aise, dans leurs relations avec les réseaux de soutien locaux (infirmières, assistantes sociales, kinésithérapeutes, etc.), l'hôpital, les équipes multidisciplinaires et le signalement permettant une prise en charge plus optimale. Comme semblent le montrer certains articles, la plupart des médecins ignorent les ressources disponibles pour prendre en charge une personne âgée victime de maltraitance (27)(28). Comme nous avons pu en discuter précédemment, les médecins interrogés ne se sentaient pas assez sensibilisés aux problématiques de la maltraitance de la personne âgée.

➤ Crainte des conséquences de la prise en charge

Cette peur des représailles suite à la prise en charge d'actes de maltraitance touche aussi les médecins que nous avons interviewés. Ils soulignent le problème du signalement non anonyme comme obstacle à la prise en charge de la maltraitance. Nous le précisions précédemment, il existe une réelle crainte des médecins à signaler des cas de maltraitance par peur de perdre de vue la personne âgée victime. Les médecins préfèrent agir de façon plus silencieuse pour maintenir ce lien avec la personne âgée et améliorer les situations difficiles.

Nous avons trouvé une étude qualitative interrogeant 20 médecins californiens publiés dans *Annals of Family Medicine* en 2006 (75), qui témoigne de cette même problématique qu'ont les médecins avec leurs patients. Ils considèrent comme « *difficile de créer une relation de confiance avec la personne âgée et avec sa famille* » que le signalement pourrait rompre. Les médecins de l'étude américaine cherchaient aussi des preuves plus précises de maltraitance avant d'effectuer un signalement lorsque le lien médecin-patient était fort. Le signalement non anonyme est pointé du doigt. En France, une thèse de médecine réalisée à Brest en 2017 (76), interrogeant aussi des médecins généralistes retrouve également ce problème de signalement non anonyme. Par contre, nous n'avons pas trouvé de référence bibliographique dans la littérature concernant la peur de représailles que peuvent avoir les médecins suite à un

signalement de maltraitance. Pour expliquer cela, il faut envisager le fait que cette idée émerge pour la première fois dans notre étude ou bien qu'elle soit considérée comme mineur et donc non citée dans les autres études.

Les médecins souhaitent prendre en charge les situations difficiles que rencontrent leurs patients âgés. Ils ont l'air de préférer des actions régulières et moins « bruyantes » que de réaliser des signalements considérés comme trop à risques pour eux et leurs patients. Les législations futures devraient peut-être prendre en considération ces limites pour adapter le signalement à la pratique et aux besoins des médecins.

3. Améliorations envisagées par les médecins

Les médecins interrogés durant notre travail se disent avoir été moins sensibles au sujet de la maltraitance lors de leurs études et souhaitent une formation plus approfondie du sujet sous forme de formation médicale continue. En effet, c'est au cours de leur pratique quotidienne de médecine générale qu'ils sont confrontés à des cas concrets de maltraitance et qu'ils souhaitent se former pour mieux prendre en charge leur patient victime de maltraitance. Les pouvoirs publics ainsi que les enseignants et toutes les personnes qui gravitent autour de la personne âgée doivent se mobiliser pour informer et sensibiliser les jeunes générations de médecins qui devront détecter et prendre en charge encore plus de personnes âgées à risque de maltraitance. Cela passe bien évidemment par des décisions politiques, mais aussi au sein des universités, en intégrant par exemple un item aux examens classant nationaux de fin d'externat et en mettant en place des cours dédiés lors de la formation à l'internat.

Les médecins ont envie de connaître les ressources de proximités, ils veulent une aide concrète pour gérer les cas de maltraitance de la personne âgée. Pour améliorer cela, une médecin interrogée nous a dit suivre une formation concernant les ressources locales pour la prise en charge de ses patients âgés. Un des médecins, lui, nous a dit utiliser régulièrement le système PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) mis en place récemment au sein de l'hôpital de Montpellier. Le système PAERPA est constitué d'une équipe multidisciplinaire rattachée au CHU de Montpellier permettant de réaliser des audits lors de situations jugées difficiles à domicile par le médecin. Plusieurs médecins utilisent aussi l'expertise des services de gériatrie en cas de situations compliquées à domicile. Les équipes multidisciplinaires doivent être encouragées. C'est ce que préconise Lachs dans son article « Elder Abuse » publié dans le *New England Journal of Medicine* en 2015 (2), mais aussi dans de nombreux autres travaux, comme celui de l'OMS et de l'institut national de santé publique du Québec (55)(54)(18). Cette

préconisation vient du fait que la maltraitance de la personne âgée est très complexe et ne peut pas être gérée par une seule personne. La multiplicité des intervenants, aux domaines professionnels divers, permet de couvrir l'ensemble des problématiques de la personne âgée. Les services de gériatrie de Montpellier, que nous avons contacté, nous ont expliqué se mettre en relation avec le médecin généraliste des personnes âgées hospitalisées, a fortiori quand il y a une suspicion de maltraitance, permettant ainsi de faire bénéficier les médecins de ville du soutien d'une équipe hospitalière.

Bien entendu, les médecins souhaiteraient que plus de moyens humains et financiers soient alloués à la personne âgée dans sa globalité, permettant des prises en charge plus humaines, centrées sur la personne âgée et ses besoins. Ils pensent que cela serait possible si les intervenants à domicile ou en institution le faisaient sans contrainte de temps, de moyens ou d'argent. Il faudra compter sur les politiques de santé publique et l'investissement des médecins pour améliorer les choses.

V. CONCLUSION

Cette étude montre que les obstacles à la détection et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée sont bien identifiés par les médecins généralistes. Notre étude nous a permis de constater que les obstacles sont imputables à l'ensemble des personnes qui gravitent autour de la personne âgée, du médecin traitant, à l'entourage familial, aux professionnels paramédicaux en passant par la personne âgée elle-même. Cela traduit la complexité de la détection et de la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

Parmi les obstacles rencontrés par les médecins généralistes interrogés, le manque de temps et le défaut de formation et d'informations semblent être des facteurs majeurs de limitation pour la détection et la prise en charge de la maltraitance touchant aussi les autres professionnels de santé.

La complexité de la lutte contre la maltraitance de la personne âgée réside aussi dans l'ambivalence des victimes et l'intimité qu'il existe avec l'auteur des maltraitances. Les personnes âgées sont parfois contraintes de cacher et minimiser les sévices subis au potentiel risque d'être institutionnalisées, de subir les représailles de l'auteur ou de porter la responsabilité des sanctions contre un membre de leur famille.

Nos recherches bibliographiques mettent en évidence que les politiques, les sociétés savantes de gérontologie et de médecine légale, les associations de lutte contre la maltraitance ont, elles aussi, connaissance de l'ensemble de ces obstacles.

Or, la sous-déclaration ne semble pas reculée tout comme le nombre de cas de maltraitance. On peut se demander dans ce contexte, comment améliorer concrètement la détection et la prise en charge de la maltraitance.

Dans notre étude les médecins interrogés semblent nous apporter un début de réponse. Actuellement les moyens mis en œuvre sont certes existants, mais insuffisamment répartis dans tous les secteurs qui touchent la personne âgée. Les médecins souhaitent une meilleure formation, plus de sensibilisation au quotidien, des accès facilités aux ressources de terrain (sociales, médicales et administratives) et l'augmentation des moyens humains et financiers alloués à la lutte contre la maltraitance de la personne âgée.

Cette instauration de mesures concrètes, englobant l'ensemble des domaines en lien avec la maltraitance, serait un enjeu majeur pour la lutte contre la maltraitance de la personne âgée. Le développement d'équipes multidisciplinaires organisées autour du médecin généraliste permettrait de prendre en charge, dans leur ensemble, les personnes âgées victimes. De façon concomitante, les médecins souhaitent une prise en charge spécifique de l'aidant. Il serait intéressant de recontacter les médecins interrogés lors de notre travail, dans quelques années pour évaluer l'impact que nous avons pu avoir en matière de sensibilisation à la maltraitance de la personne âgée.

Bibliographie

1. la maltraitance, fédération 3977 [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: http://www.le3977.info/wp-content/uploads/2017/06/RA_3977_2016_web.pdf
2. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. Champion EW, éditeur. N Engl J Med. 12 nov 2015;373(20):1947-56.
3. Bulletin d'information de l'ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre des médecins Mars-Avril 2013,28,22-27 [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS28.pdf
4. Organisations Mondiales de la santé. Maltraitance des Personnes âgées. [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
5. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. Lancet 2004 ;364 :1263-72.
6. Burston GR. Letter: Granny-battering. Br Med J. 6 sept 1975;3(5983):592.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Orientations prioritaires de la politique nationale [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale>
8. Keikelame, M.Ferreira. Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape flats [Internet]. 2000. Disponible sur: <http://www.hsrc.ac.za/en/research-data/view/2842>
9. Alma Paris. Alma Paris, 20 ans d'histoire [Internet]. Disponible sur: <http://www.alma-paris.org/association/notre-histoire.php>
10. Busby Françoise. Alma, à l'écoute de la maltraitance des personnes âgées [Internet]. www.inpes.sante.fr. 2017. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/389/05.htm>
11. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio, éditeur. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
12. Joaquim J.F. Soares and A.Abuse and health among elderly in Europe, Kaunas, 2010 [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <https://hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/1353629590366/ABUEL.pdf>
13. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, OMS, 2016 [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
14. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? At what age are we old? Age categorisation:social

segregation and reification of individuals. *Gérontologie Société*. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):127-42.

15. OMS - 2000 - Information needs for research, policy and action [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageing_mds_report_en_harare.pdf

16. OMS. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. World Health Organization. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

17. Podnieks E, Anetzberger GJ, Wilson SJ, Teaster PB, Wangmo T. WorldView Environmental Scan on Elder Abuse. *J Elder Abuse Negl*. janv 2010;22(1-2):164-79.

18. Dinesh Sethi, Sara Wood, Francesco Mitis, Mark Bellis, Bridget Penhale, Isabel Iborra Marmolejo, Ariela Lowenstein, Gillian Manthorpe & Freja Ulvestad Kärki. European report on preventing elder maltreatment. OMS; 2011.

19. Baccino E. Médecine légale clinique Médecine de la violence Prise en charge des victimes et agresseurs. 2em édition. Elsevier Masson; 2006.

20. 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*. 1 sept 2015;63(9):1906-12.

21. Peterson JC, Burnes DPR, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Wells MT, et al. Financial Exploitation of Older Adults: A Population-Based Prevalence Study. *J Gen Intern Med*. déc 2014;29(12):1615-23.

22. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder Mistreatment in the United States. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. juill 2008;63(4):S248-54.

23. 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.

24. Hugonot R. La vieillesse maltraitée. 2e édition. Paris: DUNOD; 1998.

25. Dong X. Elder Abuse: Research, Practice, and Health Policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award Lecture. *The Gerontologist*. avr 2014;54(2):153-62.

26. Rapport Annuel 2016 de la fédération 3977.pdf [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: http://www.le3977.info/wp-content/uploads/2017/06/RA_3977_2016_web.pdf

27. Almogue A, Weiss A, Marcus E-L, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr*. août 2010;51(1):86-91.

28. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. 1 juin 2015;63(6):1214-38.

29. Schmeidel AN, Daly JM, Rosebaum ME, Schmuck GA, Jogert GJ. Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl.* 2012;24(1):17-36.
30. PhD LJ, MSW SP. Responding to a "Window of Opportunity": The Detection and Management of Aged Abuse in an Acute and Subacute Health Care Setting. *Soc Work Health Care.* 19 oct 2009;48(7):702-14.
31. PhD MJF, PhD SBH. Elder Abuse: Factors Related to Perceptions of Severity and Likelihood of Reporting. *J Elder Abuse Negl.* 30 déc 2010;23(1):1-16.
32. O'Brien JG, Riain AN, Collins C, Long V, O'Neill D. Elder Abuse and Neglect: A Survey of Irish General Practitioners. *J Elder Abuse Negl.* 27 mai 2014;26(3):291-9.
33. Susan Kurrle, Elder Abuse, Reprinted from *Australian Family Physician* Vol 33, No 10, October 2004 [Internet]. [cité 18 août 2018]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afpbackissues/2004/200409/20040930kurrle.pdf>
34. Yaffe MJ, Tazkarji B. Comprendre la maltraitance des aînés en pratique familiale. *Can Fam Physician.* déc 2012;58(12):e692-8.
35. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing.* 1 mai 2013;42(3):292-8.
36. Amstadter AB, Cisler JM, McCauley JL, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Do Incident and Perpetrator Characteristics of Elder Mistreatment Differ by Gender of the Victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *J Elder Abuse Negl.* janv 2011;23(1):43-57.
37. Mark S Lachs, Karl Millemer. Elder abuse. *Lancet.* 2004;364: 1263–72.
38. Foued Makhoulouf, Virginie Scolan. Maltraitance personnes âgées [Internet]. *medileg.fr.* 2015. Disponible sur: <http://www.medileg.fr/Maltraitance-personnes-agees>
39. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA.* 5 août 1998;280(5):428-32.
40. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of Self-Reported Elder Abuse: A 12-Year Prospective Investigation. *J Am Geriatr Soc.* 1 mai 2013;61(5):679-85.
41. Wu L, Shen M, Chen H, Zhang T, Cao Z, Xiang H, et al. The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* oct 2013;21(10):1020-8.
42. Mowlam A, Relief C. UK study of abuse and neglect of older people: qualitative findings [Internet]. King's college london. 2006. Disponible sur: <https://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/sshm/geront/research/natcenresearchfindings.pdf>
43. Dong X, Simon MA. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons.

JAMA Intern Med. 27 mai 2013;173(10):911-7.

44. 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.
45. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. *PLOS ONE*. 30 janv 2013;8(1):e54856.
46. Division santé mentale, Organisations Mondiales de la santé,. Extrait de Hudelson, Recherche qualitative pour les programmes de santé, Division de la santé mentale, , Rocare [Internet]. Disponible sur: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/annexea.php>
47. Jean-Paul Canévet, Jean-Loup Rouy. La recherche qualitative en médecine générale a besoin de références scientifiques diversifiées. 24(109).
48. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz,, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. Volume 19 N° 84.
49. Paille Pierre et Mucchielli Alex. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Armand Colin; 2016.
50. Lepcam. Elaborer un protocole. Recueil de données en recherche qualitative . [Internet]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
51. Laurent Letrilliart, Isabelle Bourgeois, Anne Vega, Jacques Cittée, Matthieu Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative deuxième partie: de « Maladie » à « Verbatim ». 2009;(88:106-12.).
52. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Rev Fr Médecine Générale*. 2013;24(105).
53. L'Observatoire des Territoires. Le vieillissement de la population et ses enjeux. [Internet]. ministère de la cohésion des territoires. 2018. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
54. Laforest J, Maurice P, Beaulieu M, Belize L, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Recherche des cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne [Internet]. 2013 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/239203>
55. La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société. *Elderly abuse* N. Berg, A. Moreau et D. Giet S344, *Rev Med Brux* - 2005.

56. Carre D. Personnes âgées. Aidants et maintien à domicile [Internet]. Effiscience - Portail de l'Autonomie. 2014. Disponible sur: <http://www.lamaisondelautonomie.com/aidants-et-maintien-a-domicile/>
57. Le 3977 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/le-3977>
58. N. Berg, M. Beaulieu, M. Oudewater, D. Langhendries. la maltraitance envers les personnes âgées: quelques éléments pour la pratique médicale. Rev Méd Liège. 2014;5-6(69):382-9.
59. Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014: Résultats départementaux [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/061016.pdf>
60. La durée des séances des médecins généralistes. Drees N° 481 avril 2006 [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
61. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
62. Portrait des professionnels de santé février, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2016 [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: http://www.paps.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/PDF/2016-02-11_DREES-portraits-PS.pdf
63. Kennedy RD. Elder Abuse and Neglect: The Experience, Knowledge, and Attitudes of Primary Care Physicians. Fam Med. 2004;37(7):5.
64. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>
65. Haute Autorité de Santé - UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement (115-141) [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608453/fr/ue-5-handicap-vieillesse-dependance-douleur-soins-palliatifs-accompagnement-q115-141
66. Campbell Killick PhD, Brian J. Taylor PhD. Professional Decision Making on Elder Abuse: Systematic Narrative Review. J Elder Abuse Negl. 16 juill 2009;21(3):211-38.
67. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecin de famille. World Fam Dr. 2002;52.
68. Vivre la dépendance d'un proche : l'avis des familles [Internet]. (UNAF - Union nationale des associations familiales|textebrut). [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/spip.php?article6599>
69. Gimbert V, Malochet G. Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées

dépendantes ? Un tour d'horizon international, How can carers of the dependant elderly be supported? An international survey. *Vie Soc.* 2012;(4):129-45.

70. Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>

71. Campéon A, Bihan-Youinou BL. Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : une démarche d'investissement social ? *Inf Soc.* 19 déc 2016;(192):88-97.

72. Prévenir l'épuisement de l'aidant. France Alzheimer 2016 [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://aides.francealzheimer.org/wp-content/uploads/2016/07/Pr%C3%A9venir-l%C3%A9puisement-de-laidant-BD.pdf>

73. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *Am Fam Physician.* 15 mars 2014;89(6):453-60.

74. Rémy Marquier, Thomas Vroylandt; Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; septembre 2016; N°5 [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

75. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory Reporting of Elder Abuse: Between a Rock and a Hard Place. *Ann Fam Med.* sept 2006;4(5):403-9.

76. Déborah Evain; Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile. 2017 thèse de doctorat en médecine [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690779/document>

ANNEXE 1 : Guide d'Entretien

Guide d'entretien :

Je suis interne en médecine générale et je réalise une thèse pour comprendre les obstacles rencontrés par les médecins généralistes au dépistage de la maltraitance des personnes âgées.

Vous avez été contacté, car l'association ALMA Hérault 3977 est intervenue auprès de l'un de vos patients qui a été victime d'un acte de maltraitance.

Ce guide se compose de cinq questions. Je vous remercie beaucoup de votre participation, ce qui m'intéresse est vraiment votre expérience en la matière. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse et vous êtes libre à tout moment de ne pas répondre ou d'interrompre l'entretien.

Je vous rappelle que la retranscription de l'entretien est anonyme et que seules les informations telles que votre âge, votre durée d'installation, votre sexe, votre type de lieu d'exercice, les formations gériatriques et concernant la maltraitance que vous pourriez avoir faites apparaîtront dans mon travail de thèse.

Formulaire de consentement signé.

Questions relatives aux médecins généralistes interrogés :

- Sexe
- Âge
- Années d'installations
- Lieu d'exercice actuel et antérieur (rural, semi-rural ou urbain)
- Formation en gériatrie
- Formation concernant la maltraitance de la personne âgée.
- Proportion de personnes âgées dans la patientèle.

Question relative à l'état des connaissances sur le sujet de la maltraitance (MT) :

1. Qu'est-ce que pour vous la maltraitance à personne âgée ? (*Signes de maltraitance Types de MT. Facteurs de risques de MT. Échelle d'évaluation des risques de maltraitance ?*)

Questions relatives à la pratique personnelle du médecin interrogé :

2. De façon générale, lors d'une consultation d'une personne âgée au cabinet, comment évoquez-vous la maltraitance ? (*Il y a-t-il des conditions particulières pour que vous y pensiez ?*)
3. À propos de votre patient qui a été pris en charge par ALMA Hérault, comment avez-vous réagi suite à l'annonce de maltraitance via l'appel téléphonique d'un membre de l'association ? (*Émotions ressenties ? Actions entreprises ?*)
4. ***Et selon vous, fort de cette expérience, quels sont les obstacles à cette détection ?***(*Signes non connus, situations complexes, manque de formation sur le sujet, manque de temps auprès du patient, manque de documentation, manque de formation en droit, manque d'information sur les possibilités de recours, peur de prendre seul en charge ce problème...*)
5. Vous souvenez-vous d'un(e) autre patient(e) âgé(e) pour lequel vous avez pu évoquer une maltraitance ? (*Prenez le temps si besoin. Que s'est-il passé ? Qu'est-ce qui vous alerté ? Comment avez-vous fait pour le détecter ? Quelles actions avez-vous entreprises ? Quel rôle avez-vous joué : détection, prévention, signalements, protection physique ou juridique, soutient écoute certificats médicaux, suivis post factuel...*)
6. À partir de ce que vous m'avez dit, selon vous, quels sont les progrès à faire dans ce domaine ou quels seraient vos besoins pour améliorer les choses ?
7. Avez-vous un dernier commentaire sur le sujet ?

ANNEXE 2 : Exemple de retranscription d'entretien

Question relative à l'état des connaissances sur le sujet de la maltraitance (MT) :

I : La première question qu'est-ce que pour vous la maltraitance de la personne âgée ?

M8 : C'est très large effectivement. Pour moi la définition de la maltraitance c'est assez large. Tout ce qui fait violence à la personne dans son intégrité. Les signes de maltraitance, ce serait des signes anxio-dépressifs, des signes physiques qui peuvent se manifester sur le plan somatique. Des syndromes dépressifs avec le refus d'alimentation, petit à petit une évolution plus rapide vers une fin de vie. Comme facteur de risque, il peut y avoir les comorbidités psychologiques. Quand il y a une maladie psychiatrique, il peut y avoir beaucoup d'agressivité qui peut se manifester de la part de l'entourage. L'isolement, le fait d'être loin, de ne pas avoir de famille à côté. La maltraitance, ça peut être aussi de ne pas respecter les rythmes naturels de la personne. Le fait de la réveiller à des heures qui ne lui correspondent pas. Lorsqu'on la couche trop tôt. Le fait de n'avoir aucun plaisir à manger parce que les aliments ne sont pas bons. Ou bien des aliments inadaptés. Il y a aussi le contact physique par les personnes de l'entourage. Notamment les soignants, comment ce contact est fait lors des soins ? Est-ce que les gestes sont doux et ont tendance à être indolores ? Ou bien cela peut être brutal, un peu brusque. Il peut y avoir le conjoint, les enfants. Cela peut arriver que les conjoints soient inconscients du niveau de dépendance de leurs conjoints. « C'est quoi cette feignasse qui ne veut pas marcher » j'ai vu plusieurs personnes pour qui s'est arrivé. La démence également est un facteur de risque. Il y a également le fait que l'entourage peut être malade. Cela peut être des maladies psychiatriques ou bien des démences. Des syndromes paranoïaques par exemple.

Questions relatives à la pratique personnelle du médecin interrogé :

I : De façon générale, lors d'une consultation d'une personne âgée au cabinet, comment évoquez-vous la maltraitance ?

M8 : En cabinet, ce n'est pas des gens que je vois au cabinet cela. C'est plutôt ceux que je vois au domicile, c'est un facteur de risque. C'est vraiment les gens dépendants, la dépendance. Au cabinet j'y pense peu sauf si la personne me relate des faits précis. C'est peut-être la seule chose qui me fait penser à ça. Pour quelqu'un qui ne va pas verbaliser, comment m'y faire penser ? Je ne sais pas. Je n'ai pas tellement de soucis avec les personnes âgées qui viennent au cabinet ou avec leur famille. Pour moi c'est plutôt à domicile ou en maison de retraite. Au niveau du rythme, il y a des gens qui restent au lit et qui aimeraient pourtant changer de lieu. Je suis confronté le plus à des personnes qui subissent leur dépendance avec des soignants ou des entourages qui font ce qu'ils peuvent. Avec un manque de disponibilité, une brusquerie. Mais ces personnes peuvent être en proie à des difficultés face à ça. Inadaptées par rapport à la dépendance. Il y a également l'épuisement des aidants.

I : À propos de votre patient qui a été pris en charge par ALMA Hérault, comment avez-vous réagi suite à l'annonce de maltraitance via l'appel téléphonique d'un membre de l'association ?

M8 : C'était un vécu « persécutoir » de plein de choses. Cependant je ne me rappelle pas précisément de ce qui s'est passé avec l'association. J'ai des personnes, j'ai des situations de conjugopathies. Cela ne nécessite pas de prise en charge spécifique, mais il faut discuter avec les personnes, discuter avec les personnes autour. Je vois ce que je peux mettre en place. Je connais une situation, une patiente de mon associé, ou c'était compliqué. Cela s'est résolu par le déménagement et le placement dans un logement adapté. Et également mise à distance du conjoint. Tout cela est très difficile à faire. On fait un travail avec les infirmiers, service de soins infirmiers à domicile le SSIAD. C'est plutôt pour mettre en place des aides à domicile que je fais appel aux assistantes sociales. Je n'ai pas de situation où j'ai dû les faire intervenir. Je me rappelle d'une fois où il y a assez longtemps j'ai dû faire un signalement. C'est une situation particulière, c'est un monsieur qui avait accueilli chez lui une de ses vieilles connaissances, qu'il avait perdue de vue depuis des années. Il avait retrouvé, mais elle était en fin de vie, elle avait un cancer évolué. Cette personne je ne sais plus pourquoi n'était plus chez elle, elle était veuve récemment. Il l'avait accueilli dans une sorte de préfabriqués chez lui. Ce n'était pas extrêmement confortable et manifestement cette personne avait beaucoup de moyens. La personne malade avait beaucoup de moyens. La personne en face, je trouvais que c'était un peu limite du confort de l'accueil et ses motivations me semblait un peu troubles. Je ne sais

plus comment ça s'était fait, mais je m'étais préoccupé de cette personne et j'avais fait un signalement. En tout cas j'avais fait une information préoccupante ou quelque chose comme ça. J'ai eu une grosse vacherie de la personne en question. Quand elle a appris que le signalement venait de notre cabinet. Parce que si on fait des signalements ça peut rompre le lien thérapeutique éventuel. C'est très difficile de dire aux gens il y a des choses pas normales qu'il se passe « je vais faire un signalement ». Ça, c'est très dur. Et cette personne je n'ai donc pas continué à la voir. Je sais qu'elle est décédée. Mais avant ils ont trouvé un autre médecin pour s'occuper d'elle.

Et selon vous, fort de cette expérience, quels sont les obstacles à cette détection ?

I : Vous souvenez-vous d'un(e) autre patient(e) âgé(e) pour lequel vous avez pu évoquer une maltraitance ?

M8 : Oui, vu avant

I : Avez-vous déjà été confronté à des personnes ayant pu frapper des personnages et vous les voler financièrement ?

M8 : Je n'ai jamais été confronté à cela, mais j'ai déjà discuté avec des familles pour leur expliquer que si elle réagit comme ça c'est à cause de la maladie. La maladie d'Alzheimer qui fait que ce n'est pas vraiment son caractère. J'ai beaucoup communiqué avec des gens sur ce sujet-là. Je discute plus facilement avec des familles que les soignants. Pour les soignants je discute plus pour savoir comment on peut aménager au mieux autour de la personne âgée, pour être dans la bientraitance. Plutôt pour rester dans le respect des sous et des personnes. C'est très compliqué, car les soignants on les connaît bien. Et c'est difficile de leur donner des consignes. Intel est réputé pour être brusque, mais je ne vais pas aller lui dire. Certaines personnes se plaignent de sa brusquerie. Mais malheureusement ça ne se dit pas. C'est compliqué.

I : À partir de ce que vous m'avez dit, selon vous, quels sont les progrès à faire dans ce domaine ou quels seraient vos besoins pour améliorer les choses ?

M8 : Souvent le blocage vient de l'inertie du fait que la personne ne veut pas que l'on change son environnement. Et ça, c'est assez courant. Qu'est-ce qu'il y a comme autre obstacle ? Le fait que le signalement ne soit pas anonyme peut entraîner des ruptures de lien thérapeutique. En plus c'est surtout des situations où on s'est beaucoup impliqué pour faire toutes ces démarches. Le fait de se dire et bien voilà on va plus occuper d'eux. Ça, c'est assez douloureux en fait. Le fait de se fâcher avec des familles alors qu'on a été là pour eux ! Le temps n'est pas un obstacle, je le prends, ça me coûte cher en vie de famille. Mais je prends toujours le temps par exemple je viens de passer avec une dame en fin de vie pour voir avec elle ce qu'elle voulait. Donc le temps n'est pas un problème. Il faudrait par compte des moyens financiers qui ne sont pas à la hauteur, les moyens humains ne sont pas à la hauteur non plus. Par exemple quand on voudrait plus de passage infirmier. Cela ne suit pas, car les pauvres n'ont pas la possibilité de le faire. Ça, c'est les moyens humains qui sont alloués à la dépendance qui ne sont pas assez importants. Ce n'est pas suffisant. Dans l'état actuel des moyens qui sont possibles, le maintien à domicile n'est pas toujours la bonne solution. Mais je trouve que c'est un constat d'échec on devrait pouvoir garder tout le monde à la maison. Mais pour cela il faudrait avoir des auxiliaires de vie qui soient mises en place, avec des possibilités de prise en charge. Avec cela je pense qu'on pourrait résoudre beaucoup de problèmes.

Il faudrait une obligation pour les aidants familiaux et les soignants de faire des formations sur la bientraitance. Ça serait chouette. Il faudrait aussi la possibilité qu'il y ait des aidants pour soulager les familles. Des aidants qui viennent les remplacer. Cela pour que les aidants puissent souffler. Plus de passage infirmier.

La formation des médecins pourrait être améliorée carrément ! Ce serait bien, car il y a plein de choses qui devraient me mettre la puce à l'oreille. Parce que je ne suis pas assez formé. Je pense qu'il faudrait une formation pendant nos études. Notamment au début du deuxième cycle. Ça serait super que les étudiants en médecine et conscience très tôt de ce qui est de la maltraitance et ce qui n'en est pas. Je me rends compte que je trouvais ça normal quand j'étais en troisième année quand on arrive à 50 dans une chambre, enfin j'exagère, et qu'on fasse des touchers pelviens comme ça juste parce qu'il fallait apprendre l'examen clinique. C'est des

choses, je me dis comment je ne me suis pas révolté contre ça. Je pensais que c'était normal. Je me rends compte qu'il y en a d'autres qui ont conscience de ça beaucoup plus tôt. Et on devrait réagir face à ça. Ce n'est pas normal de traiter des gens comme des objets d'étude. Et ça, il faut que ce soit ancré très tôt dans nos têtes d'étudiant. J'offre souvent aux étudiants médecine qui viennent en stage le petit bouquin de Jadot. C'est une jeune médecin qui pendant toutes ses études a pris des notes. D'ailleurs, elle parle de visite magistrale, professorale, elle avait détecté tout de suite des choses qui n'étaient pas normales. Et certaines attitudes de malade qui se révoltent. Je pense que pour nous en tant que médecin en exercice, ce serait chouette de faire de la formation. Pour la détection, et puis comment mettre en place au maximum des réseaux d'aide, comment faire pour soulager les aidants. Comment faire pour éviter la souffrance des aidants et des maltraités ? Il faudrait aussi allouer des moyens. Je ne me rappelais même pas pour cette association qui est intervenue pour cette femme. Comment se rappeler, qui appeler ? Il y a également un manque d'informations. Il faudrait une heure d'information, une mise à jour. On oublie. J'ai déjà eu recours à une hospitalisation. Récemment, cela a été douloureux. Une dame que je suis depuis pas mal d'années. Elle habitait un logement tout à fait inadapté, mais elle ne voulait pas aller en maison de retraite. Il a fallu l'hospitaliser en urgence parce qu'elle faisait des chutes à répétition. Elle avait une démence avec un déni complet. Suite à une mauvaise chute, il a fallu l'hospitaliser en urgence. Pour la dame et pour la famille, cela était très douloureux. En plus, c'était lors d'une grosse journée pour moi. J'ai manqué de temps. C'est un appel en catastrophe de la famille. Je leur ai dit on va l'hospitaliser. J'ai appelé quand même l'hôpital pour qu'il accueille. Mais c'est la famille qui était là auprès d'elle et qui s'est fait pourrir. La personne est maintenant très fâchée envers sa famille, qui était pourtant les seuls aidants. C'est une catastrophe. C'est un peu traumatisant. C'est compliqué, on projette beaucoup de nous, de ce qu'on n'aimerait pas. Mais je comprends après coup, il y a des gens qui préfèrent faire des chutes dans la maison. Ils préfèrent mourir tout seuls dans une mare de sang plutôt que de devoir quitter leur domicile. Et surtout vivre leurs dernières années dans un établissement qu'ils ne connaissent pas. On devrait peut-être apprendre à respecter cela. Pour nous c'est intolérable, mais peut-être que pour eux vivre en EHPAD avec des couches c'est plus intolérable encore. On devrait peut-être apprendre nous aussi à prendre du recul par rapport à ses placements. C'était intolérable pour cette famille de penser que leur maman n'était pas en sécurité. Mais finalement cette dame aurait probablement préféré. Malgré un jugement perturbé par sa démence.

Concernant l'information, une personne qui viendrait nous voir pour discuter de ce qui existe : dans notre secteur surtout. Peut-être les assistantes sociales ou les médecins du conseil général pourraient venir voir les médecins en disant voilà ce qui existe. Si vous êtes dans telle ou telle situation, vous avez mon numéro. Si vous avez des difficultés avec une personne âgée qui ne vit pas dans les conditions psychologiques qu'elle devrait. Appelez-moi, on va voir ce qu'on peut mettre en place. Ce serait pas mal. Pourquoi pas des clips vidéo passés en pub ? Pour que les soignants, les familles sachent à qui s'adresser quand ils sont perdus. Il faudrait qu'il y ait rapidement des fonds, de l'argent allouer pour mettre en place des aidants. Ou des aides-soignantes de nuit par exemple. Que cela puisse être rapidement déclenché. Mais pas à la charge des familles ou du patient. Une formation ou une soirée pour les médecins ce serait bien aussi.

Avez-vous un dernier commentaire sur le sujet ?

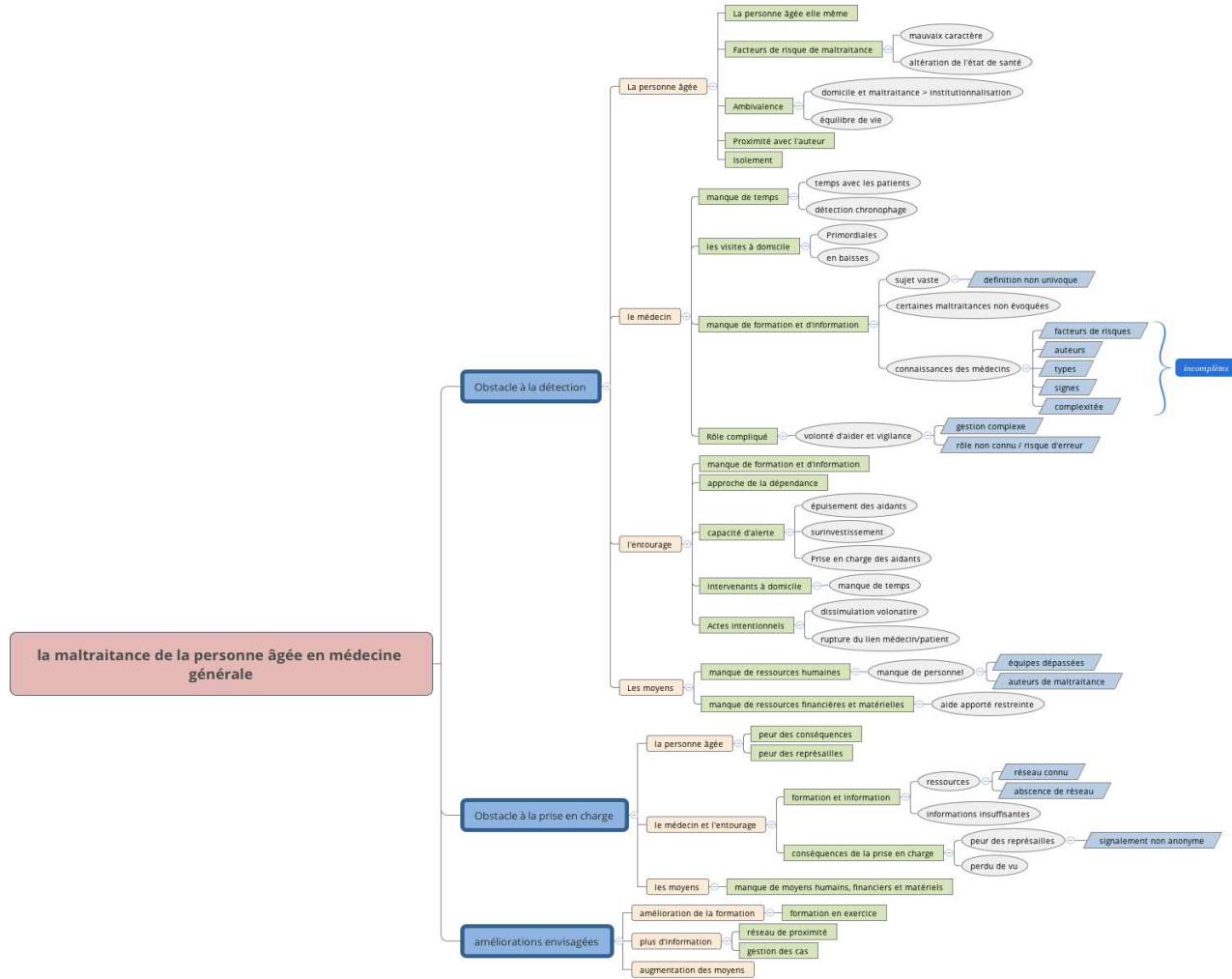
M8 : C'est un sujet important, ce sont des orientations politiques budgétaires qui vont permettre d'améliorer la problématique. La population ne va faire que vieillir. Le sujet va se présenter de plus en plus. La proportion entre les personnes âgées et les personnes plus jeune va s'inverser. Ça va être très important qu'il y est des aidants bien formés. Mais également de soignants bien formés.

ANNEXE 3 : Exemple d'analyse thématique de l'entretien précédemment annexe

catégorie	sous-catégorie	codification	verbatim
définition non intuitive	soit vague	la définition de la MT n'est pas connue	C'est très large et vague et la définition de l'antidépresseur c'est assez large
signes de MT	dépresseurs et troubles alimentaires	dépresseurs et troubles alimentaires font toujours la MT	plusieurs dépressifs ont le refus d'alimentation
	dépendance et maladie	la PA, victime d'un malade et très dépendante	je suis en fin de vie, elle avait une cancer ovaire
	richesse financière	la PA, victime d'un des resources financiers	cette personne avait beaucoup d'argent
	isolement	la PA, à part de la famille, on avait l'époux	l'isolement, le fait d'être seul dans une maison de famille à côté
	mauvaise qualité de vie	refus d'inviter, car elle n'a pas	le fait de recevoir aucun invité à manger parce que les choses ne sont pas bonnes
	époux malades	l'époux n'est pas content avec l'un de la PA	le bien des enfants malades
Mutualité mal formés et informés	incertitude difficile de la dépendance par la famille	les familles n'acceptent pas la perte d'autonomie de leurs proches	les comptes sont mauvais, au niveau de dépendance et de comptes
	mauvaise gestion de la dépendance par les adultes	la dépendance est mal gérée par les adultes au début de la PA	ils ne sont pas prêts à laisser les personnes qui subissent la dépendance avec le soutien ou les encouragements de la part de la parent
fonctionnement des adultes	mauvaise gestion de la dépendance par les adultes	les adultes ont déposé par les besoins de leur proche et leurs propres malades	Mais ces personnes peuvent être en proie à des difficultés, font les choses par rapport à la dépendance
	patients dépressifs	les adultes ont déposé	il y a également l'époux malade
patients de MT	comportement	signes de MT chez des composites	le fait d'être malade de ses proches
	comportement et culture	comportement et culture peuvent être les signes de la MT	il y a aussi le fait de compter, les enfants
	opressifs, pas signalement	signes de MT chez des composites	il y a aussi des signes de signes de personnes en position
	opressifs, pas signalement	opressifs, pas signalement	Quand c'est après que le signalement vient de leur cabinet. C'est une grosse difficulté pour l'un par un
conséquence de la lutte contre la MT	engagement pas signalement	engagement de la PA par les proches	le fait de signer et de signer pour continuer les signes de la dépendance
	engagement de la PA	la famille fait signer la PA par un autre médecin	Mais quand on voit un autre médecin, ça change de rôle
	engagement de la PA	la famille fait signer la PA par un autre médecin	le fait de signer et de signer les familles, ça change de rôle
	impair thérapeutique pas prise en charge de la MT	difficile d'être vu après les signaux connus du médecin	C'est très compliqué et les signaux de la connaissance, c'est difficile de les donner des signaux
obstacles à la lutte contre la MT	communié d'un médecin signant difficile	difficile d'être vu après les signaux connus du médecin	C'est très compliqué et les signaux de la connaissance, c'est difficile de les donner des signaux
tracé complexe du médecin	prise d'engagement de la PA	difficile pour la médecine d'intervenir sans risque de perdre de vue la PA, obligé par l'autorité	Parce que son fait des signalements ça peut compliquer le fait de signer et de signer
conséquence de la MT	mauvaise psychologie de la MT	signes et dépressions sont des signes de MT	ce sont des signes de signes de personnes
	présentation dans la fin de vie	présentation de la PA malade dans la fin de vie	mais c'est plus rapide, ça change de rôle
	MT psychologique et physique	signes professionnels de la PA malade dans la fin de vie	quand on arrive à l'hôpital, ça change de rôle
type de MT	mauvaise MT dégradée de la PA	signes professionnels de la PA malade dans la fin de vie	Tout ça fait signer la personne dans son intégrité
	MT physique	signes professionnels de la PA malade dans la fin de vie	il y a aussi des signes de signes de personnes
le temps	le temps de prise en charge	le temps de prise en charge	le fait de signer et de signer, ça change de rôle
	conséquence familiale du temps consacré à la MT de la PA	le médecin perd le temps de faire les choses au début de la fin de vie	le temps de signer et de signer, ça change de rôle
importance actuelle du sujet	importance des signes physiques	signes physiques de la PA malade dans la fin de vie	le fait de signer et de signer, ça change de rôle
	population âgée éprouve	la démographie de la PA malade dans la fin de vie	la population ne va pas signer et de signer, ça change de rôle
	MT en déclin	le médecin évite la MT malade dans la fin de vie	pourquoi c'est difficile de signer et de signer, ça change de rôle
	la MT de la PA est difficilement évitée	le médecin ne signe pas la MT, on considère et évite comment faire pour améliorer les choses	il faut signer et de signer, ça change de rôle
manque de formation	la MT de la PA est difficilement évitée	le médecin ne signe pas la MT, on considère et évite comment faire pour améliorer les choses	comment ça, faire signer et de signer, ça change de rôle
	mauvaise formation des médecins	le médecin ne signe pas la MT, on considère et évite comment faire pour améliorer les choses	Parce que le fait de signer et de signer, ça change de rôle

	les aidants peuvent être touchés par le malade		les aidants peuvent être touchés par le malade		l'enjeu peut être malade
	le PA ne pouvant pas venir au chevet son plus à risque		le PA ne pouvant pas venir au chevet son plus à risque		C'est plutôt ce qui se voit au domicile, c'est un facteur de risque
	la dépendance		la dépendance entraîne des risques de MT		C'est vraiment les gens dépendants
	facteurs de risques de MT		les troubles psychologiques sous-jacents sont des facteurs de risques de MT		les comorbidités psychologiques
	troubles psychologiques		les troubles psychologiques de la PA peuvent entraîner une violence de la part des aidants		Quand il y a une maladie psychiatrique, il peut y avoir beaucoup d'agressivité qui peut se manifester de la part de l'entourage
	dépendance		la PA doit détenir		Etre avec une dépendance avec un déni complet
	la dépendance		les éléments ont plus de risques d'être maltraités		La dépendance également est un facteur de risque
	plus de personnel soignant à domicile		nécessité d'augmentation du nombre d'aideurs de ve		Il faudrait avoir des aidesurs de ve qui soient mieux payés,
	plus de personnels soignants à domicile		augmentation du nombre d'infirmières à domicile		Plus de passage infirmier
	mise en relation avec des structures aidantes proches		soutien d'une information sur les ressources disponibles localement		Concernant l'information, une personne qui voudrait nous voir pour discuter de ce qui est en jeu, dans notre secteur surtout
	information des personnes autour des PA		publicités télévisuelles pour informer les proches et intervenants auprès des PA		Pour participer de cette vidéo pas en fait ? Pour que les signaux, les familles sachent à quel adresse quand ils sont perclus.
	augmentation des budgets pour la PA		nécessité d'une augmentation rapide des moyens financiers et humains disponibles		Il faudrait qu'il y ait un règlement des fonds, de l'argent alloué pour mettre en place des aidants. Ou des aides signifiantes de fait par exemple
	soutenir les aidants par plus de personnel		mise en place de personnel pour éviter l'épuisement des aidants		la possibilité qu'il y ait des aidesurs pour soutenir les familles
	plus d'argent		augmentation des ressources financières attribuées à la PA		Il faudrait aussi allouer des moyens
	formation médicale continue		formation continue pour éviter les oublis		Il y a également un manque d'information. Il faudrait une base d'information, une mise à jour. Ou plutôt
	formation médicale améliorée au 2e cycle		intérêt d'une formation durant l'interna de médecine		Je pense qu'il faudrait me former pour avoir nos outils. Notamment au début de notre cycle.
	formation médicale améliorée et réseau		le médecin est intéressé par une formation continue pour améliorer sa sélection et avoir un réseau d'intervenant		le fait que pour nous en fait que médecin en exercice, ce serait intéressant de faire de la formation. Pour la détection, et puis comment mettre en place au maximum des réseaux d'aide
	formation médicale améliorée		nécessité d'une meilleure formation médicale		La formation des médecins pourrait être améliorée certainement!
	formation des intervenants		nécessité de former les intervenants		Il faudrait une obligation pour les aidants, familiaux et les signaux de faire des formations sur la bienveillance
	formations des intervenants		nécessité de bonne formation pour le personnel et les aidants		C'est vraiment important qu'il y ait des ateliers bien formés. Mais également de signaux bien formés.
	hospitalisation		prise en charge d'une MT par hospitalisation		Il a déjà eu recours à une hospitalisation
	hébergement		hébergement de la PA par un hébergement		par l'hébergement et le placement dans un logement adapté
	signalement par le médecin		le médecin a raté des signaux, c'est-à-dire au moment		Il nous fait un signalement. En fait nous fait une information précoce ou un peu plus tardive comme ça
	communication et médiation du médecin		problème de communication et de médiation du médecin après des proches et intervenants		Cela ne nécessite pas de passer en charge spécifique, mais à faire discuter avec les personnes, discuter avec les personnes autour
	VAO par le médecin		le médecin fait des visites à domicile		C'est plutôt ce qui se voit au domicile, c'est un facteur de risque
	travail en équipe avec les paramédicaux		Il est difficile, mais nécessaire de travailler avec infirmières et paramédicaux à domicile		Il ne faut pas être difficile à faire. On fait un travail avec les infirmières, service de soins infirmiers à domicile
	travail en équipe avec services sociaux		les services sociaux sont utiles pour avoir des intervenants à domicile		pour mettre en place des aides à domicile que je fais appel aux assistants sociaux
	signalement par le médecin		le médecin a déjà fait un signalement		il a déjà fait un signalement
	discussion médecin-famille		information et communication des proches sur l'état de la PA		il a déjà discuté avec des familles pour être en contact que s'il se réveille comme ça c'est à cause de la maladie
	surveillance du médecin sur l'environnement de la PA		le médecin est resté vigilant sur l'accueil et l'intérêt de l'aidant		c'est un peu limite de contrôler le confort et les motivations me semblait un peu trop
	être membre de l'hospitalisation par le PA et l'isolément		la PA après de partir en hospitalisation est en contact avec sa famille		La personne est maintenant très bien avec sa famille, qui était pourtant les seuls aidants
	obstacle de la PA, ambivalence		la PA refuse toute modification de son équilibre de vie		la personne ne veut pas que l'on change son environnement
	le domicile est préféré, quels que soient les risques		la PA refuse le placement en EHPAD malgré une inadéquation de son logement		Ella habite un logement tout à fait adapté, mais elle ne veut pas aller en maison de retraite
	le domicile est préféré, quels que soient les risques		les PA préfèrent rester à leur domicile malgré un risque vital important		ils préfèrent mourir tout seuls dans une maison de sang plutôt que de devoir quitter leur domicile.
	soifrance psychologique du médecin à placer une PA		situation de placement complexe et mal vécu par le médecin		C'est un peu traumatisant. C'est compliqué
	recherche de neutralité lors des décisions		il faudrait que notre volonté personnelle n'intervienne pas dans nos décisions		On devrait peut-être apprendre nous aussi à prendre du recul par rapport à nos placements.
	manque de moyens		ressources financières insuffisantes dans le domaine de la MT de la PA		des moyens financiers qui ne sont pas à hauteur
	manque de personnel pour la dépendance		ressources humaines insuffisantes dans le domaine de la MT de la PA		les moyens humains ne sont pas à hauteur non plus
	pas de matériel à domicile, si pas de moyen		responsabilité de garder à domicile certaines PA par manque de moyen		les moyens humains qui sont alloués à la dépendance qui ne sont pas assez importants

ANNEXE 4 : Arbre thématique générale des obstacles rencontrés par les médecins généralistes de ville à la détection et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.



ANNEXE 5 : Tableau récapitulatif des données quantitatives liées aux médecins interrogés

Entretien	Genre	Âge	Année d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Patientèle âgée
E1	Femme	43 ans	2001	Hérault	urbain	non connu
E2	Femme	50 ans	1993	Hérault	semi-rural	non connu
E3	Homme	65 ans	1981	Hérault	semi-rural	beaucoup
E4	Femme	42 ans	2004	Hérault	urbain	peu
E5	Homme	57 ans	1992	Hérault	rural	50 %
E6	Homme	59 ans	1994	Gard	Urbain	40 %
E7	Femme	46 ans	2013	Hérault	semi-rural	50 %
E8	Femme	41 ans	2009	Hérault	semi-rural	45 %
E9	Homme	58 ans	1997	Hérault	urbain	60 %
E10	Homme	43 ans	2011	Hérault	semi-rural	non connu
E11	Femme	54 ans	2006	Hérault	urbain	35 %

Entretien	Formation en gériatrie	Formation sur la maltraitance de la personne âgée	Durée de l'entretien
E1	non	non	25'46
E2	non	non	19'18
E3	non	non	27'08
E4	non	non	46'24
E5	stage interne gériatrique	non	21'09
E6	stage interne gériatrique	non	14'43
E7	non	non	16'27
E8	stage interne A. BALMES	non	26'28
E9	formateur en gériatrie en EHPAD	non	59'37
E10	non	non	25'19
E11	DU médecin coordinateur	non	38,21

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé :

Objectif : Identifier les obstacles à la détection et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée rencontrées par des médecins généralistes en ville afin de mieux appréhender la sous-déclaration relevée dans les études.

Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Échantillon de 11 médecins généralistes exerçant en cabinet de ville dans l'Hérault et le Gard. Méthode qualitative thématique permettant une analyse sémio pragmatique du verbatim.

Résultats : Notre étude a permis de constater que selon les médecins interrogés, les obstacles à la détection et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée sont imputables à l'ensemble des personnes qui gravitent autour d'elle, du médecin traitant, à l'entourage familial, aux professionnels paramédicaux en passant par la personne âgée elle-même. Parmi les obstacles, le manque de temps et le défaut de formation et d'informations sont au premier plan. Ils concernent l'ensemble des acteurs. Le manque global de moyens humains et financiers alloués à cette problématique est également souligné par les médecins. L'ambivalence des victimes et l'intimité qu'il peut exister avec l'auteur des maltraitances est un dernier obstacle identifié clairement par les médecins. Les médecins estiment que le dépistage et la prise en charge de la maltraitance gagneraient en efficacité avec une meilleure formation, et une meilleure sensibilisation à la problématique, avec des accès facilités aux ressources matérielles et humaines de terrain. Ils jugent indispensable d'augmenter les moyens humains et financiers alloués à la lutte contre la maltraitance de la personne âgée.

Conclusion : Notre étude met en évidence la complexité de la détection et de la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée par les médecins généralistes, confrontés à de multiples obstacles. L'instauration de mesures concrètes englobant l'ensemble des domaines en lien avec la maltraitance serait un enjeu majeur pour la lutte contre la maltraitance de la personne âgée.

Mots clés : personne âgée, médecine générale, maltraitance, détection, prise en charge, obstacle, qualitatif, Languedoc-Roussillon.