



HAL
open science

Elder abuse, identification and prevention in primary care's context: qualitative analysis among general practitioners in Nouvelle-Aquitaine

Lucile Garra

► **To cite this version:**

Lucile Garra. Elder abuse, identification and prevention in primary care's context: qualitative analysis among general practitioners in Nouvelle-Aquitaine. Human health and pathology. 2021. dumas-03456836

HAL Id: dumas-03456836

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456836v1>

Submitted on 30 Nov 2021

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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse n° 113

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2021 par

Lucile GARRA

Née le 10 janvier 1993 à Courbevoie

**La maltraitance des personnes âgées, repérage et prévention en
contexte de soin primaire : étude qualitative auprès de médecins
généralistes de Nouvelle-Aquitaine**

Sous la direction du Docteur David CHAURY

Jury

Professeur Nathalie SALLES.....Présidente
Docteur Christèle Blanc-Bisson.....Juge
Professeur Christophe ADAM.....Rapporteur et Juge
Docteur David CHAURY.....Directeur et Juge

Résumé

Titre : La maltraitance des personnes âgées, repérage et prévention en contexte de soin primaire : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine.

Contexte. Dans le monde entier, nous assistons à une préoccupation croissante à l'égard des droits de l'homme, de la violence familiale et du vieillissement de la population. Cependant, en France, nous bénéficions de peu de données au sujet de la maltraitance des aînés, peu de médecins sont informés des structures en place et se retrouvent isolés face à ce problème complexe. Pourtant, ces mauvais traitements sont relativement fréquents et ont un impact majeur en termes de morbi-mortalité et sur le plan économique.

Objectifs. Recueillir le vécu et les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis de la maltraitance des personnes âgées, le rôle qu'ils se donnent et les limites qu'ils rencontrent afin d'explorer les leviers à mettre en place pour prévenir, repérer et résoudre les problèmes de maltraitance de l'âgé.

Méthode. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes libéraux de Nouvelle Aquitaine de novembre 2020 à mars 2021. Après obtention de la suffisance des données, une analyse du verbatim intégralement retranscrit a fait émerger des catégories significatives.

Résultats. Entretiens avec 15 Médecins Généralistes : connaissance partielle du sujet du fait d'un manque de formation tant initiale que continue des médecins traitants en France. Leurs connaissances sont en effet souvent extraites de leur expérience personnelle. Les facteurs de risque de maltraitance rapportés par les médecins dans notre étude sont en accord avec la littérature. Rôle du médecin généraliste : anticipation, repérage, protection, communication, formation, recherche et promotion de la bientraitance. Limites rencontrées par les médecins traitants : défaut de communication, solutions de repli limitées, place délicate du médecin de famille, isolement du médecin, défaut de formation, méconnaissance des structures existantes et de la loi, surmenage et manque de temps, crainte d'intervenir à tort et enfin médecin parfois juge et partie.

Conclusion. La maltraitance de l'âgé est un sujet sensible et d'actualité. Les médecins généralistes représentent souvent la source d'information principale pour les patients et leurs proches. Dans ce contexte, il faut replacer la lutte contre la maltraitance dans un exercice coordonné, facile d'accès, s'appuyant sur une formation élaborée des soignants et une éducation thérapeutique des aidants.

Mots-clés. Maltraitance des personnes âgées - Repérage - Médecine préventive - Médecin généraliste

Abstract

Title : Elder abuse, identification and prevention in primary care's context : qualitative analysis among general practitioners in Nouvelle-Aquitaine.

Background. Around the world we are witnessing growing concern for human rights, domestic violence and an aging population. However, in France, we have few data on elder abuse, few doctors are informed of the existing organisations and find themselves isolated in front of this complex problem. Although, these mistreatments are relatively frequent and have a major impact in terms of morbi-mortality and on the economic level.

Goals. Collect the experience and knowledge of general practitioners concerning the elderly's mistreatment, the role they give themselves and their limits in order to explore the levers to prevent and identify elder abuse or support the victims.

Method. Qualitative analysis through half-directed interviews of self-employed general practitioners from Nouvelle Aquitaine between November 2020 and March 2021. Once all the data were theoretically collected, an analysis of the entirely transcribed verbatim account revealed meaningful categories.

Results. Interviews with 15 General Practitioners : partial knowledge of the subject due to a lack of both initial and continue training of physicians in France. Their knowledge is indeed often taken from their personal experience. The mistreatment's risk factors reported by physicians in our study are in agreement with the literature. Role of the general practitioner: anticipation, identification, protection, communication, training, research and promotion of well-treatment. Limitations explored : lack of communication, limited fallback solutions, delicate position of the family physician, isolation of the physician, lack of training, ignorance of existing structures and the law, overwork and lack of time, fear of intervening wrongly and finally, doctor sometimes judge and jury.

Conclusion. Elder abuse is a sensitive and topical subject. General practitioners are often the primary source of information for patients and their families. In this context, the fight against mistreatment must be placed in a coordinated exercise, easy to access, based on developed training for health providers and therapeutic education for family caregivers.

Keywords. Elder abuse - Screening- Preventive medicine - General practitioner

Remerciements

Au Professeur Nathalie SALLE, pour m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse, veuillez accepter ma profonde reconnaissance.

Au Professeur Christophe ADAM et au Docteur Christèle Blanc-Bisson d'avoir bien voulu accepter de participer à ce jury, soyez assurés de ma sincère considération.

À mon directeur de thèse, le Docteur David CHAURY pour la confiance dont vous avez témoigné à mon égard tout au long de cette recherche.

À Carole BAISSET pour son expertise et son avis éclairé, merci du temps que vous m'avez accordé.

À nos patients âgés et notamment mes grands-parents. Vous êtes à l'initiative et au cœur de ce travail. J'aimerais que cette nouvelle étude puisse modestement initier des changements pour vous et vous rendre la vie plus douce.

À tous les médecins ayant participé à cette étude, merci pour votre disponibilité. Sans votre participation, ce travail n'aurait pas pu aboutir.

À Jacky POITOUX pour tes précieuses relectures, tes conseils perspicaces, ton attention et ton écoute.

À ma famille qui m'a supportée tout au long de mes études et à nos conversations endiablées qui refont le monde. À toi maman si impliquée, compréhensive et patiente, à toi papa pour ta confiance, toujours là pour me remonter dans les moments d'angoisse et de doute, à toi ma soeur et à ton mari, Laurent parce que je suis si fière de toi et de cette famille unie qu'on est entrain de construire, à Thierry pour ton humour et cette curiosité qu'on partage, à Nané pour ta douceur et ton soutien, à mes deux frères pour votre bonne humeur, à ma petite nièce adorée, notre soleil et enfin à ma belle famille pour m'avoir accueillie comme l'une des vôtres. Vous m'avez tous permis de me sentir à la hauteur et de devenir celle que je suis. Je vous adresse l'expression de mon amour profond et toute ma reconnaissance.

À Camille POITOUX pour ton amitié indéfectible, ta motivation et ton soutien qui m'ont permis de faire le grand saut. À tous ces précieux moments partagés, passés et à venir.

À mes amis qui m'apportent chaque fois joie, éclats de rires et débats enflammés.

Aux Docteurs RUBIO, CHAURY, PAOLINI et JARRY, dont j'ai reçu avec honneur l'enseignement et la sagesse, qui m'ont transmis leur goût d'une médecine humaine et engagée au cours de mon internat et dont j'ai voulu suivre l'exemple.

À ceux que j'ai croisés au cours de mes études et qui ont contribué à me faire devenir le médecin que je suis. À ces équipes paramédicales qui m'ont tant appris et à tous ceux qui ont traversé ma vie et qui ont su me donner la force et le courage de puiser en moi les ressources nécessaires à la poursuite de mes recherches.

Et enfin, à toi Benoît mon amour, ta présence à mes côtés est un soutien inestimable. Tu m'as rendue plus forte et me permets jour après jour de dessiner une vie chaque fois plus belle encore. À tous nos projets et nos belles promesses d'avenir ...

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

| | |
|---|----|
| RESUME..... | 3 |
| REMERCIEMENTS..... | 5 |
| SERMENT D’HIPPOCRATE..... | 7 |
| TABLE DES MATIERES..... | 8 |
| TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX..... | 11 |
| TABLE DES ANNEXES..... | 12 |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | 13 |
| PRÉAMBULE..... | 15 |
| INTRODUCTION..... | 16 |
| PREMIÈRE PARTIE : Maltraitance de la personne âgée..... | 18 |
| 1) Définitions..... | 18 |
| 1.1 La personne âgée..... | 18 |
| 1.2 Les maltraitances..... | 20 |
| 2) Histoire et évolution sociétale..... | 21 |
| 3) Typologie des maltraitances | 22 |
| 4) Prévalence des maltraitances de l'aîné..... | 24 |
| 4.1 Maltraitance au domicile..... | 25 |
| 4.2 Maltraitance en EHPAD et à l'hôpital..... | 27 |
| 5) Conséquences sur la santé des aînés..... | 28 |
| 6) Facteurs de risque de maltraitance selon le “modèle écologique”..... | 29 |
| 6.1 Facteurs individuels..... | 30 |
| 6.2 Facteurs relationnels..... | 30 |

| | |
|--|----|
| 6.3 Facteurs communautaires..... | 31 |
| 6.4 Facteurs sociétaux..... | 33 |
| DEUXIÈME PARTIE : Objectif et méthode..... | 37 |
| 1) Justification de la question d'étude..... | 37 |
| 2) Objectif de l'étude..... | 37 |
| 3) Matériel et méthode..... | 37 |
| 3.1 Type d'étude..... | 37 |
| 3.2 Population de l'étude..... | 38 |
| 3.3 Mode de recueil des données..... | 38 |
| 3.4 Mode d'analyse des données..... | 39 |
| 3.5 Utilisation de la grille COREQ..... | 39 |
| TROISIÈME PARTIE : Résultats et Analyse..... | 40 |
| 1) Caractéristiques de l'échantillon..... | 40 |
| 2) Analyse des données..... | 41 |
| 2.1 Connaissances des médecins participants..... | 41 |
| 2.2 Vécu du médecin | 43 |
| 2.3 Rôle du médecin généraliste..... | 47 |
| 2.4 Limites du médecin traitant..... | 58 |
| 3) Synthèse des résultats..... | 62 |
| QUATRIÈME PARTIE : Stratégies de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'âge en France..... | 64 |
| 1) Le réseau ALMA..... | 64 |
| 2) La fédération 3977 contre la maltraitance..... | 64 |
| 3) Le Comité National de vigilance et de lutte contre la maltraitance..... | 66 |
| 4) La réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables..... | 67 |
| 5) L'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)..... | 68 |

| | |
|---|----|
| 6) L'aide aux aidants..... | 69 |
| 6.1 La formation des aidants..... | 70 |
| 6.2 Le soutien psychologique des aidants..... | 70 |
| 6.3 Adaptation de la société au vieillissement..... | 70 |
| 6.4 Les structures d'accueil temporaire pour personnes âgées..... | 72 |
| 7) Place et rôle du médecin traitant..... | 74 |
| 7.1 Prévention..... | 74 |
| 7.2 Repérage..... | 75 |
| 7.3 Protection..... | 76 |
| CINQUIÈME PARTIE : Discussion..... | 79 |
| 1) Limites de l'étude..... | 80 |
| 1.1 Validité interne..... | 80 |
| 1.2 Validité externe..... | 81 |
| 2) Forces de l'étude..... | 81 |
| 3) Ouvertures..... | 82 |
| CONCLUSION..... | 83 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 85 |
| ANNEXES..... | 90 |

Table des figures et tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Âge seuil de la vieillesse selon la définition “10 ans restant à vivre”, régions moins développées et plus développées et certains pays, 1950-2025, selon le sexe..... | 19 |
| Tableau 2 : Âge seuil de la vieillesse selon la définition “10 ans restant à vivre en santé”, Canada et régions, 1978..... | 19 |
| Figure 1 : Evolution du type de maltraitances principales signalées (2017-2019)..... | 26 |
| Figure 2 : Lieux de survenue de maltraitances rapportées en 2017-2019..... | 27 |
| Tableau 3 : Caractéristiques des médecins participants à l’étude | 40 |

Table des Annexes

| | |
|---|----|
| Annexe 1 : Exemple d’affiche de lutte contre la discrimination | 89 |
| Annexe 2 : Guide d’entretien..... | 90 |
| Annexe 3 : Grille COREQ..... | 91 |
| Annexe 4 : Exemple de dépliant informatif sur la maltraitance des seniors..... | 93 |
| Annexe 5 : Exemple d’affiche de la Fédération 3977..... | 94 |
| Annexe 6 : Questionnaire EASI..... | 95 |

Liste des abréviations

AFBAH : Association Française pour la Bientraitance des Aînés et / ou Handicapés

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

AJPA : Allocation Journalière du Proche Aidant

ALMA : ALLô MALtraitance des personnes âgées et handicapées

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

CCAS: Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CMP : Centre Médico Psychologique

CNBD : Comité National pour la Bientraitance et les Droits des personnes âgées et handicapées

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

EASI : Évidence d'Abus Selon des Indicateurs

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et Services pour Personnes Âgées

GIR: Groupe Iso-Ressources

HABEO : Handicap, Âge, Bientraitance, Écoute, Orientation

HAS : Haute Autorité de Santé

HCFEA : Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LG : Lucile Garra

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

MAJ : Mesure d'Accompagnement Judiciaire

MASP : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RESAD : Réunion d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficultés

Préambule

Au cours de mon internat, j'ai rencontré des situations de maltraitance du sujet âgé de manière assez fréquente. À chaque fois, les patients se sont tus et je n'aurais jamais eu connaissance de l'existence de ces problèmes si je n'en avais été le témoin direct. Frappée de voir qu'aucune de ces situations ne débouchait sur une réaction concrète, je me suis demandée pourquoi et quelle réponse je pouvais apporter en tant que médecin généraliste. Je me suis alors rendue compte en analysant rétroactivement notre formation que nos études ne nous donnaient pas suffisamment d'armes pour lutter contre ce fléau qu'est la maltraitance des aînés.

J'ai eu la chance de faire mon stage de médecine adulte au pôle de santé du Villeneuvois dans le service de gériatrie du Dr Chaury qui a, par la suite, accepté d'être mon directeur de thèse. Une ambiance générale de bienveillance règne dans ce service. J'ai pu y observer une volonté de toute l'équipe, transmise par le chef et la cadre de service, de prêter une attention particulière à la bienveillance des patients. Bien sûr, même la plus grande attention portée à ce sujet n'empêche pas tous les faux pas. Et s'ils surviennent, ces situations compliquées sont discutées en équipe, la communication permettant de trouver des solutions et de constamment tenter d'améliorer la prise en charge des patients.

Il m'a semblé intéressant de faire mon travail de thèse sur ce sujet, problème de santé publique dont la prévalence ne cesse d'augmenter comme nous le verrons par la suite. Je voulais moi aussi trouver des pistes pour prévenir la maltraitance, trouver des leviers d'action pour limiter le problème en agissant en amont. En effet, une fois la situation installée, elle est plus difficile à résoudre car les victimes bien souvent ne la dénoncent pas et la subissent en silence, impuissants.

Au fur et à mesure des entretiens qualitatifs, je me suis cependant heurtée à un problème conséquent : le sujet est très peu abordé en médecine générale du fait de l'absence d'échanges entre médecin et patient à propos de la maltraitance. Il nous a donc paru nécessaire de repenser la question d'étude, initialement orientée uniquement vers la prévention, et de l'élargir à l'exploration du repérage des mauvais traitements.

Notre étude a tenté de dresser un tableau descriptif à un instant T de l'état des connaissances des médecins généralistes sur le sujet, de comprendre le rôle qu'ils se donnent et les limites qu'ils peuvent rencontrer.

La première partie sera consacrée à une présentation du contexte : définitions des maltraitances des personnes âgées, prévalence du phénomène, facteurs de risque et conséquences sur la santé de nos aînés. Dans une deuxième partie, nous aborderons l'objectif et les méthodes de l'étude, puis nous exposerons les résultats et leur analyse avant de terminer par une discussion des forces et faiblesses de notre enquête.

INTRODUCTION

Au cours de l'histoire de l'humanité, nos rapports avec nos aînés ont beaucoup évolué. Dans les sociétés antiques par exemple, les romains parlaient de gérontocratie. Les “vieux sages” donnaient conseil (c’est le cas de Nestor, Príman, Echeneos) voire étaient à la tête du groupe (Moïse) (1). Le Dieu des chrétiens est toujours représenté avec une barbe blanche, marque du grand âge et par ailleurs symbole de sagesse. Les sociétés traditionnelles de l’Europe du Moyen-âge craignaient d’être hantées par des “revenants” si elles manquaient à leur devoir de s’occuper de leurs vieillards (1). Un proverbe africain dit “un vieillard qui meurt, c’est une bibliothèque qui brûle”. Cependant, au cours du temps et des changements sociétaux, ce profond respect accompagné de crainte s'est transformé en une indifférence, voire un réel rejet, propice au développement de comportements néfastes.

De plus, cette catégorie de la population devient de plus en plus importante du fait des progrès de la médecine permettant une nette augmentation de l'espérance de vie. Un article paru dans *Le Monde* en 2010 (2) rapporte que “depuis 1750, l'espérance de vie est passée de 27 à 78 ans pour les hommes, de 28 à 85 ans pour les femmes”. Cependant, bien que la science permette de nos jours de vivre plus longtemps, permet-elle à l’âge de vivre bien ? En effet, la fragilité liée à la vieillesse et l'isolement, courant chez bon nombre de patients de cette tranche d’âge, sont des facteurs reconnus de mauvais traitements.

Avec le développement de la prise en charge hospitalière de la maladie et des naissances, le recul des maladies infantiles, l’absence de guerre et de famine, la mort nous est devenue un concept lointain, étranger, ne faisant plus partie de notre quotidien. Et comme tout ce qui nous est étranger, elle est source de crainte. Ces “vieux dépendants” qui tutoient notre plus grande peur nous la rappellent, parfois même nous dérangent et c’est peut-être pourquoi nous détournons les yeux.

Les sévices envers l’âge témoignent de la violence de notre société à l’égard des plus faibles. Alors que l’on assiste à une libération grandissante de la parole concernant les violences faites aux femmes et aux enfants, la violence envers les personnes âgées est un sujet qui reste bien trop souvent encore tabou de nos jours. La souffrance de cette partie de la population demeure le plus souvent silencieuse.

Cependant, le phénomène commence à être mieux connu à l’échelle mondiale. Les anglo-saxons ont été les premiers à étudier le sujet, entraînant aux Etats-Unis la création de l’American Older Act en 1965 qui représente la première initiative visant à fournir des services complets aux personnes âgées. L’expression “granny battering” (violence contre les grands-mères) apparaît dans la littérature scientifique britannique en 1975. Cette avance peut s’expliquer par leur approche préventive de la médecine en

opposition à l'approche plus curative des pays latins. Un article de l'OMS (3) rapporte qu'environ une personne âgée sur six est victime de maltraitance sous une forme ou une autre en 2017. Ce problème de santé publique croît de manière simultanée avec le vieillissement de la population mondiale qui est en train de devenir l'une des plus importantes transformations sociales du XXI^e siècle. Il entraîne des répercussions dans presque tous les secteurs de la société, notamment dans le monde du travail, vis-à-vis de la demande de biens et services, tels que le logement, les transports ou encore la protection sociale et enfin, sur les marchés financiers. Le vieillissement de la population influence aussi profondément les structures familiales et les liens intergénérationnels.

“La maltraitance des personnes âgées est en augmentation, ce qui a de graves conséquences individuelles et sociétales pour les 141 millions de personnes âgées dans le monde”, dit Alana Officer, Conseillère principale en santé au Département Vieillesse et qualité de vie de l'OMS. Elle ajoute : “Malgré sa fréquence et ses graves conséquences en termes de santé, la maltraitance des personnes âgées reste l'un des types de violence les moins étudiés dans les enquêtes nationales et l'un des moins pris en compte dans les plans nationaux de prévention de la violence”.

Selon l'ANESM (4), “La maltraitance sous toutes ses formes représente l'atteinte la plus grave à la dignité des personnes accueillies. Elle n'est pas un risque hypothétique et lointain mais bien un risque incontournable, lié aux pratiques de tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier”.

Ce phénomène est universel selon le rapport mondial sur la violence publié par l'OMS en 2002 (5). Le fait que l'on prenne la question bien plus au sérieux à présent traduit la préoccupation croissante dans le monde à l'égard des droits de l'homme, ainsi que de la violence familiale et du vieillissement de la population”. La proclamation en 1990 par l'Assemblée générale des Nations Unies du 1^{er} octobre comme étant la “Journée internationale des personnes âgées” (6) en est un exemple.

Le médecin généraliste est l'un des acteurs de santé le plus proche de ses patients et donc un des plus à même de repérer et prévenir ce risque. Tous les types de maltraitance ont des conséquences sur la santé et le bien-être des seniors. Or, le rôle du médecin généraliste est de veiller au bien-être médico-psycho-social de ses patients.

I - Maltraitance de la personne âgée

1) Définitions

1.1 La personne âgée

Dans certaines sociétés, le passage d'un âge à un autre est souligné par des célébrations ou encore des rites. Le monde occidental moderne est quant à lui marqué de manière prépondérante par le travail. En effet, on pourrait dire qu'on devient adulte quand on entre dans la vie active et que l'on devient âgé lorsqu'on en sort.

Cependant, définir le seuil de vieillesse d'une personne est plus complexe qu'il n'y paraît. D'une société à une autre, une même personne à un âge déterminé de sa vie ne sera pas toujours considérée comme âgée. "Vieux se dit d'un certain âge où, quand on (y) est parvenu, on est caduc : les hommes sont vieux à soixante ans, les chevaux à vingt" (Furetière, 1698). Dans la littérature scientifique, l'âge seuil retenu varie selon les auteurs et les époques. Ceci est expliqué en partie par le fait qu'il n'est pas le seul critère pour définir la vieillesse. D'autres critères tout aussi importants sont l'état de santé et d'autonomie.

En France, la HAS (7) distingue "les aînés", désignant les personnes de plus de 75 ans, du "grand âge", désignant les personnes de plus de 85 ans. Elle s'appuie sur des données de l'INSEE (8) ainsi que sur un rapport ministériel de 2010 (9) montrant une augmentation importante des problèmes de santé et du début de l'isolement social, passé l'âge de 75 ans d'une part et, d'autre part, la nette augmentation de la dépendance après l'âge de 85 ans qui va de pair avec le risque d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique.

Le dictionnaire Larousse (10) évoque, lui aussi, deux périodes dans la vieillesse. Cependant, il place le cut-off plus tôt avec le troisième âge qui va d'environ 60 à 80 ans et le quatrième âge qui démarre après 80 ans.

La gériatrie est la spécialité médicale orientée vers les patients âgés de 75 ans et plus selon *le livre blanc de la gériatrie française* (11).

A l'échelle internationale, l'OMS (12) semble trancher à partir de 60 ans.

Le démographe américain Norman Ryder propose de définir le seuil de la vieillesse en fonction des années qui restent à vivre plutôt qu'en fonction de celles qui ont déjà été vécues (13). Un tel indice, basé sur la mortalité, a l'avantage d'ajouter une dimension évolutive à la définition. Voici un tableau qui illustre ce principe :

Âge seuil de la vieillesse selon la définition «10 ans restant à vivre»,
régions moins développées et plus développées et certains pays,
1950-2025, selon le sexe

| | | Régions moins développées | Régions plus développées | Canada | États-Unis | Suède | Japon | Inde |
|------|---|---------------------------------|--------------------------------|--------|------------|--------|--------|--------|
| 1950 | H | 63 ans | 68 ans | 69 ans | 69 ans | 70 ans | 67 ans | 62 ans |
| | F | 65 | 70 | 72 | 71 | 72 | 69 | 64 |
| 1980 | H | 67 | 70 | 71 | 70 | 71 | 72 | 66 |
| | F | 69 | 73 | 74 | 74 | 74 | 74 | 67 |
| 2000 | H | 69 | 71 | 71 | 71 | 72 | 72 | 69 |
| | F | 72 | 74 | 74 | 74 | 75 | 75 | 70 |
| 2025 | H | 72 | 71 | 72 | 71 | 72 | 72 | 72 |
| | F | 74 | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 | 73 |

Source : Le seuil de la vieillesse, Quelques réflexions de démographes (13)

Les démographes canadiens Bertrand Desjardins et Jacques Légaré proposent d'aller plus loin en combinant l'idée de Ryder à une valeur qualitative : l'espérance de vie en bonne santé.

Âge seuil de la vieillesse selon la définition «10 ans restant
à vivre en santé», Canada et régions, 1978

| | Âge seuil | |
|----------------------|-----------|----------|
| | H | F |
| Canada | 62,0 ans | 65,5 ans |
| Région Atlantique | 59,0 | 65,5 |
| Québec | 63,0 | 65,5 |
| Ontario | 62,5 | 66,0 |
| Prairies | 62,0 | 67,0 |
| Colombie-britannique | 61,5 | 63,0 |

Source : Le seuil de la vieillesse, Quelques réflexions de démographes (13)

Ces données datent de 1978 et ne concernent que le Canada mais permettent de comprendre le concept.

Il n'existe donc pas de définition consensuelle et universelle de la personne âgée. En revanche, nous pouvons retenir que c'est une variable dynamique et évolutive fortement corrélée à l'état de santé et d'autonomie.

1.2 Les maltraitements

La maltraitance est un phénomène qui se conjugue au pluriel, elle peut prendre de nombreuses formes et présente une grande complexité dans sa définition car un même comportement peut être considéré maltraitant dans une société et usuellement admis dans une autre. Par exemple, les institutionnalisations de personnes âgées dépendantes sont choses courantes dans les pays développés mais sont considérées comme de véritables maltraitements dans certains pays d'Afrique ou d'Asie. À l'inverse, des rituels de passage existent dans ces sociétés traditionnelles, la personne âgée part seule pour mourir comme l'évoque le film, *La Ballade de Narayama* au Japon ou la légende de la chute du cocotier en Afrique (1). Abandonnée dans la nature, elle meurt d'épuisement ou de froid (abandon du vieillard sur la banquise comme par exemple dans le Grand nord sibérien et sur l'île d'Hokkaido). Là-bas, personne ne les retient, ce qui paraît impensable et cruel à nos yeux d'occidentaux.

Divers travaux réalisés durant ces trente dernières années ont permis de mieux définir ce concept complexe.

La HAS et l'ANESM (4) ont retenu la définition du colloque du Conseil de l'Europe de 1987 présidé par le professeur HUGONOT, gérontologue à Grenoble : "Tout acte ou omission, commis par une personne (ou un groupe), s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière".

L'OMS (14) définit la maltraitance en 2002 comme "un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des Droits de l'Homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales, les violences matérielles et financières, l'abandon, la négligence, l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect".

Dans les deux définitions, il ressort que la maltraitance peut être active "un acte" ou passive "une omission", "une absence d'intervention appropriée" mettant en lumière que les négligences sont autant de formes de sévices.

L'OMS, elle, introduit la notion de "relation de confiance" qui permet de qualifier de maltraitance ce qui, sorti de ce contexte, est une violence dans le cadre d'un délit de droit commun.

2) Histoire et évolution sociétale

Le terme de maltraitance est assez récent dans l'Histoire, il date des années 80. Utilisé en premier lieu à propos des enfants, puis pour aborder les violences conjugales, il ne l'est que bien plus tard encore pour les personnes âgées et tout récemment à propos des personnes handicapées. Cependant, les violences perpétrées contre le grand âge ont toujours existé comme l'explique Jean Jacques AMYOT dans son ouvrage *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées* (15). Il cite ainsi des œuvres de littérature et de théâtre du XVIIIème siècle comme *le Père Goriot* de Balzac, *la Terre* de Zola ou le théâtre de Molière, qui mentionnent déjà à l'époque des formes de maltraitance.

Selon Catherine MARAND-FOUQUET, professeur agrégée en Histoire et présidente d'ALMA 13, trois périodes se distinguent dans la manière de lutter contre les maltraitances qu'elle expose dans *les maltraitances au regard de l'Histoire* (16) :

- La première démarre depuis nos origines jusqu'au XVIII^e siècle, elle la qualifie de "long temps d'acceptation presque totale des violences ordinaires". Les violences au sein de la famille étaient admises par la société dans une certaine mesure (n'allant pas jusqu'à la blessure grave ou la mort), elles servaient à l'éducation et étaient autorisées par la loi. Elles le sont encore dans certaines civilisations actuelles, ce qui peut amener à des chocs de cultures.

Elles étaient légitimées par une morale de la tradition et de l'autorité et sous-tendues par les représentations de l'époque des enfants, des femmes et des vieillards dont le premier devoir était la soumission.

- La deuxième période est impactée par "la prise de conscience du temps des Lumières (XVIII^e siècle) et ses suites paradoxales". Avec la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, en 1789, les pratiques violentes sont remises en cause, c'est le cas notamment de la torture.

Pourtant, l'accès à la liberté et à la citoyenneté n'est conquis que pour une partie de la population. Les femmes, les domestiques et les hommes ne payant pas l'impôt en sont exclus. L'autorité royale est destituée et la famille est placée sous l'autorité patriarcale ce qui renforce la position de domination du chef de famille, favorisant dans le même temps les violences en son sein.

- La troisième, "l'éveil des années 1960 et ses effets sur l'organisation sociale et les rapports intergénérationnels", marque le début de la période actuelle. C'est la génération du baby-boom (1940-1955), arrivée à l'âge adulte dans les années 60, qui va revendiquer l'accès aux libertés et la défense des droits de l'enfant et de la femme.

Vingt ans plus tard, cette même génération approchant alors l'âge de la vieillesse, commence à dénoncer les violences envers les personnes âgées. En 1987, le Professeur Robert HUGONOT prend conscience du retard de la France sur les pays Anglo-Saxons. Il est le premier à communiquer et alerter l'opinion sur les mauvais traitements infligés aux personnes âgées vivant à domicile ou en institution. Il publie notamment deux ouvrages "Violence contre les vieux" et "la vieillesse maltraitée" et fonde en 1995 le réseau ALMA (Allô Maltraitance des Personnes âgées), réseau local d'écoute téléphonique et d'information sur les maltraitances des personnes âgées.

Dès lors, les pouvoirs publics prennent progressivement conscience d'un phénomène jusque-là passé sous silence et peu étudié. Au niveau législatif, le Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille propose en 2007 un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance (17) permettant notamment de créer l'ANESM.

La transformation de notre société explique le changement de regard porté sur nos aînés. On assiste à l'émergence d'une autonomie comme valeur socialement reconnue. Si de nos jours, il est courant de voir quatre, parfois cinq, générations coexister, elles ne cohabitent plus comme elles le faisaient durant les siècles passés. La recherche de l'autonomie générationnelle n'empêche pas la solidarité entre générations, qui reste très forte, mais contribue à l'isolement du troisième âge et souvent à l'institutionnalisation du quatrième. Aux yeux de la société moderne, la personne âgée dépendante ayant perdu son autonomie, valeur tant recherchée, devient dès lors faible et inutile, ressentie par certain comme un poids pour sa famille, attitude favorisant l'émergence de violences.

Ces éléments expliquent pourquoi notre société est impactée par un phénomène de plus en plus fréquent : l'âgisme. Ce terme est utilisé pour la première fois par le gérontologue Robert Butler en 1969. Selon l'OMS (18), "l'âgisme est le fait d'avoir des préjugés ou comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. À l'instar du racisme et du sexisme, il a une finalité sociale et économique : légitimer et maintenir les inégalités entre les groupes." Comportement largement répandu, des études scientifiques laissent entendre qu'il le serait, désormais, plus encore que le sexisme ou le racisme. Il paraît alors primordial de lutter contre, car comme toute discrimination, l'âgisme est le lit de la violence.

3) Typologie des maltraitances

Le Conseil de l'Europe en 1992 a fait un travail de classification des maltraitances. Six types sont alors dénombrés (19) : les violences physiques et sexuelles, psychiques et morales, matérielles et financières, médicales, les négligences actives et passives, les

violations et privations de droit. Par la suite, cette catégorisation a été retravaillée, comme on peut le voir notamment dans le “Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées” publié par le Gouvernement du Québec en 2016 (20). Les violences sexuelles sont placées dans une catégorie propre et d’autres apparaissent comme l’âgisme dont l’ampleur du phénomène et le fait qu’il favorise la genèse d’autres types de maltraitance en fait une catégorie de prime importance.

- Les maltraitances physiques regroupent les coups et blessures, les brûlures, l’utilisation inappropriée de contention, les soins brusques sans préparation, l’alimentation forcée, les chutes provoquées, allant parfois jusqu’au meurtre.

- Les maltraitances psychiques ou morales concernent les insultes, le chantage, l’isolement des proches, la manipulation, l’absence de considération ou la dévalorisation, les menaces, l’abus d’autorité, l’infantilisation, l’humiliation, le non-respect de l’intimité, les injonctions paradoxales...

- Les maltraitances matérielles et financières : il s’agit de "tout acte commis sciemment à l’égard d’une personne vulnérable en vue de l’utilisation ou de l’appropriation de ses ressources financières à son détriment, sans son consentement ou en abusant de sa confiance ou de son état de faiblesse". Nous pouvons prendre comme exemple le vol ou les pressions sur une personne âgée pour qu’elle donne de l’argent ou qu’elle modifie son testament malgré son refus, les escroqueries diverses, le refus d’institutionnaliser une personne démente ou dépendante qui le nécessiterait ou le désirerait en lui interdisant l’accès à ses ressources ...

- Les maltraitances sexuelles : Ce sont un geste, une action, parole ou attitude à connotation sexuelle non consenti, qui porte atteinte au bien-être, à l’intégrité ou à l’identité sexuelle. Elles peuvent aller de l’attouchement jusqu’au viol incluant le visionnage forcé de film pornographique ou les mutilations génitales.

- Les privations ou violations de droits : on entend par là les limitations de la liberté de la personne, le déni du droit de choisir (comme par exemple de vivre sa sexualité peu importe son orientation sexuelle ou l’institutionnalisation forcée), de prendre des risques, mais également la privation de l’exercice des droits civiques ou de la pratique de sa religion.

- Les négligences : elles peuvent être actives par abandon délibéré, manquement pratiqué avec la conscience de nuire ou encore par refus de satisfaire aux besoins. Elles peuvent aussi être passives par inattention de l’entourage (oubli, manque de prise en compte des besoins sans intention de nuire).

- Les maltraitements médicaux consistent en une information insuffisante ou inadaptée sur les traitements ou les soins, le manque de soins de base, les abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, la non prise en compte de la douleur, l'acharnement thérapeutique...

- La maltraitance institutionnelle désigne toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types. Par exemple : une offre de services inadaptée aux besoins des personnes, des directives absentes ou mal comprises de la part du personnel, une capacité organisationnelle réduite, une procédure administrative complexe, une formation inadéquate du personnel, l'uniformisation du service sans tenir compte de la particularité et de la personnalité de la personne (mise systématique de couches à tous les résidents, heures de lever, de coucher, de repas uniformisées, privation ou obligation de participation aux activités de l'institution, imposition de règles abusives).

- L'Âgisme se définit par la discrimination ou l'imposition de restrictions ou normes sociales en raison de l'âge (attitudes hostiles ou négatives, gestes préjudiciables, exclusion sociale, réduction de l'accessibilité à certaines ressources). Selon ce principe, toutes les personnes âgées sont identiques. Certaines politiques et pratiques institutionnelles tendent à perpétuer cette discrimination qui insidieusement, de par l'image qu'elle véhicule, favorise tous les autres types de maltraitance. Affronter ce phénomène paraît donc primordial dans le combat contre les maltraitements de l'âgé. Un observatoire de l'âgisme (21) a été créé début 2008. Il s'agit d'un collectif rassemblant associations, médias, chercheurs, personnalités..., désireux de réfléchir aux discriminations liées à l'âge afin de mieux lutter contre. Une affiche (disponible en Annexe 1) a été créée par le gouvernement en vue de sensibiliser la population et de lutter contre l'ensemble des discriminations.

4) Prévalence des maltraitements de l'aîné

La maltraitance, heureusement, ne concerne pas toutes les familles ou toutes les institutions. La plupart des personnes s'occupant d'un senior tente de le faire le plus consciencieusement possible.

Malgré cela, l'OMS alerte, dans son rapport de 2002, sur le fait que 6 % des personnes de plus de 65 ans sont victimes de violences. Ce chiffre s'élève à 15% concernant les plus de 75 ans selon le rapport du HCSP de 2004 (22).

La maltraitance est un fléau difficile à chiffrer notamment du fait de la diversité de ses définitions. De plus, le silence qui l'entoure, la honte ou la culpabilité qu'elle engendre

empêchent son signalement. En effet, bien souvent, les auteurs sont également ceux qui s'occupent de la personne (aidants familiaux ou professionnels) et parfois l'unique lien extérieur. Dans ces conditions, comment dénoncer son fils, sa nièce ou toute autre personne indispensable à son quotidien et avec qui la dépendance affective est finalement plus importante que la dépendance physique et que la maltraitance, aussi violente soit-elle. Par ailleurs, une personne âgée peut, en signalant des mauvais traitements à un soignant, se trouver confrontée au refus d'entendre ou au silence de protection mutuelle qui règne au sein de l'équipe. À ceci, s'ajoute l'incapacité des patients souffrant de troubles cognitifs évolués de se plaindre. Les disparités d'acceptations sociales d'une culture à une autre comme nous l'avons mentionné plus haut, jouent aussi un rôle non négligeable. L'estimation de sa prévalence est donc certainement largement sous-évaluée.

La fédération 3977, numéro national dédié à lutter contre les maltraitances envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap, rapporte que la tendance 2017-2019 est à l'augmentation (23) avec une forte hausse des appels (+36%) et des dossiers ouverts (+16 %).

Il paraît facile d'imaginer comment les défauts d'organisation, de moyens humains et financiers peuvent aboutir à de la maltraitance en institution. A contrario, le milieu familial semble être un milieu protecteur, bienfaisant, au sein duquel n'existe pas la maltraitance. Pourtant, le Professeur HUGONOT lors du Conseil de l'Europe en 1992 dit : "La famille se trouve être le creuset de toutes les violences. La plupart des crimes, les 2/3 des meurtres de femmes, se passent dans le milieu familial, ce sont des crimes de proximité, d'intimité. La famille peut être un lieu remarquable, un creuset d'amour et de gentillesse ; mais aussi, du fait de l'accumulation des rancœurs, de la promiscuité, ce lieu de violence dont nous parlerons".

Il peut être intéressant d'étudier le nombre de cas en fonction du lieu de résidence ou d'hébergement de la personne âgée.

4.1 La maltraitance à domicile

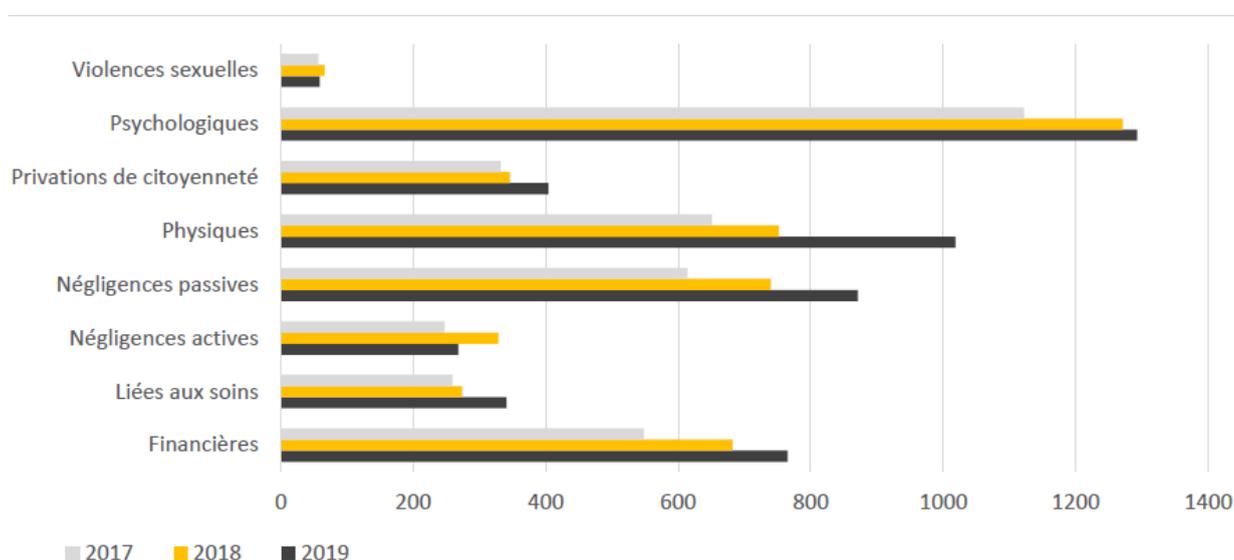
Une étude soutenue par l'OMS publiée dans la revue *The Lancet Global Health* (24) en 2017, montre que près de 16% des personnes âgées de 60 ans et plus résidant à domicile ont déjà été victimes de maltraitances toutes causes confondues. 11,6% de ces dernières étaient des sévices psychologiques, 6,8%, de la maltraitance financière, 4,2%, de la négligence, 2,6%, concernaient la maltraitance physique et 0,9% des abus sexuels. Souvent, plusieurs types de maltraitance étaient intriqués. Ces travaux s'appuient sur les meilleures données tirées de 52 études menées dans 28 pays de différentes régions, dont 12 pays à revenu faible ou intermédiaire.

En 2012, Beaulieu et Bergeron-Patenaude (25) ont comparé les résultats de 6 études sur le sujet (Espagne, Israël, Royaume-Uni, Etats-Unis et 2 du Canada) : les taux de prévalence varient, pour la maltraitance psychologique entre 0,4 % (Royaume-Uni) et 15,2 % (Espagne) et pour la maltraitance matérielle et financière, entre 1 % (Canada) et 9,3 % (en Israël pour les non juifs). De façon générale, ces études portent sur les 12 mois qui ont précédé la collecte des données et non sur l'ensemble des maltraitances subies depuis un âge déterminé.

En France, les données demeurent pauvres mais un laboratoire de recherche sur la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, encadré par les règles d'éthique d'Alma Paris, a été créé en 2019 (26). Il améliorera notre connaissance de la maltraitance. L'objectif de ces travaux est avant tout d'élaborer des pistes de réflexion et d'action.

Nous avons tout de même accès à quelques chiffres grâce au rapport annuel de 2019 de la fédération 3977 contre la maltraitance (23). Les violences les plus fréquemment rapportées sont d'ordre psychologique (26%), physique (20%), la négligence passive (17%), les abus financiers (15%), le non-respect des droits (10%) et les négligences actives 5%. Dans 58% des situations rapportées, plusieurs types sont intriqués. 73% de ces mauvais traitements se passent à domicile.

Evolution du type de maltraitances principales signalées (2017-2019)



Source : Rapport activité 2019 de la fédération 3977

On peut voir sur ce graphique que certains types de sévices sont relativement stables de 2017 à 2019 comme par exemple les privations de droit, les violences sexuelles et les négligences actives (on observe même une diminution de ces deux dernières en 2019). En revanche, les violences physique, psychique, financière et les négligences passives ont nettement augmenté depuis 2017.

4.2 La maltraitance en EHPAD et à l'Hôpital

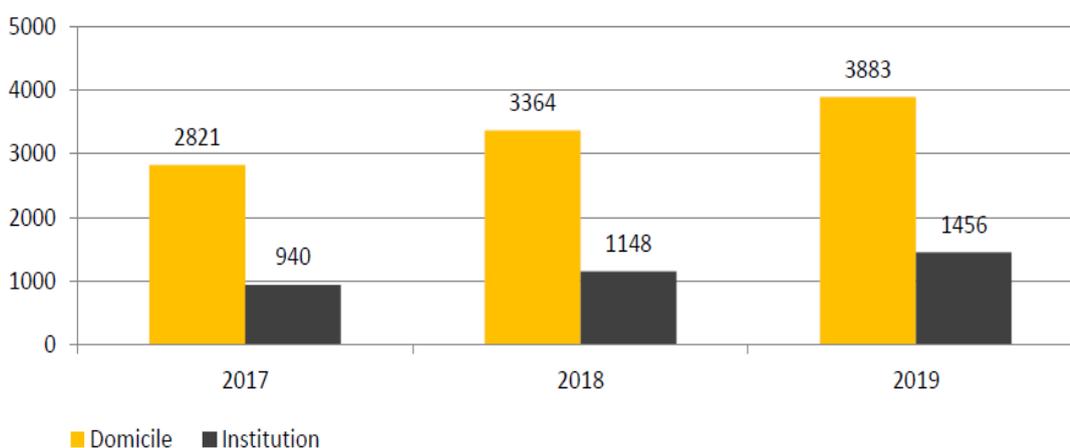
En 2020, l'OMS (14) rapporte que 2 membres du personnel en institution sur 3 reconnaissent avoir commis un acte de maltraitance au cours de l'année écoulée.

Dans une étude américaine (14), 36 % des membres du personnel affirment avoir été témoins au moins une fois de violences physiques infligées à un patient âgé au cours de l'année écoulée, 10 % reconnaissent avoir été eux-mêmes auteurs au moins une fois de violences physiques et 40 % avoir fait du harcèlement psychologique.

Une étude réalisée en France en 2011 rapporte que 70% des soignants en institution ont assisté directement ou indirectement à des actes de violence physique (27).

Toujours selon les données récoltées par la fédération 3977, la maltraitance en institution concerne 27% des appels. Mais ce chiffre n'est que le reflet des appels reçus et non celui de la réalité.

Lieux de survenue des situations de maltraitements rapportées en 2017-2019



Source : Rapport activité 2019 de la fédération 3977

Les 611 signalements par ordre de fréquence décroissante ont été classés en tant que négligences passives, actives, violences psychologiques et enfin maltraitance médicale. Il faut garder à l'esprit la fort probable sous-estimation de ces chiffres. En effet, une des grandes limites du repérage de la maltraitance en maison de retraite réside dans l'incapacité des patients déments d'alerter sur leur situation d'une part et dans le fait que pour beaucoup de résidents, l'uniformisation (mode de fonctionnement d'une institution entraînant un emploi du temps unique pour tous ses résidents sans laisser de place aux particularités de la personne) donnant lieu à la maltraitance institutionnelle, n'est pas perçue comme telle et donc, non signalée.

Le rapport “violence et santé” publié par le HCSP en 2004 (22) alerte sur le fort potentiel de nuisance des institutions : “La violence faite aux vieux dépendants est parfois invisible, elle peut n’entraîner aucun sentiment de culpabilité tant les vieux sont vécus comme des êtres différents.

Par exemple, parce que le maintien à domicile devient parfois impossible, on construit pour eux des maisons de 40, 90 voire 200 ou 400 places. Alors qu’avec l’âge, les différences s’accroissent, il devient difficile dans de telles structures de laisser s’exprimer la personnalité de chacun. L’uniformisation peut aller très loin. La gestion de l’institution passe ainsi avant l’aide individualisée”.

Comme l'épidémie actuelle de COVID 19 l’a mis en lumière, la capacité d’accueil hospitalière est dans un état critique. Régulièrement, les hôpitaux fonctionnent sous tension, on manque de personnel qualifié en gériatrie (28). Dans les services d’urgence, l’accueil mal organisé des personnes âgées fragiles génère des aggravations rapides de leur état de santé. On distingue des Services d’Accueil d’Urgence adulte ou pédiatrique, mais il n’existe pas de SAU spécifiquement gériatrique. Un établissement peut devenir maltraitant par formation inadaptée de son personnel, insuffisance de personnel ou non-respect de la liberté de toute personne de choisir son mode de vie. Or, la vie en EHPAD regroupe souvent plusieurs de ces facteurs.

Le 10 mars 2021, la FNADEPA (Fédération Nationale des Associations de Directeurs d’Etablissements et Services pour Personnes Âgées) alerte et appelle l’ensemble des décideurs publics à une réforme majeure et urgente de l’accompagnement du Grand âge (28) : “Hier en difficulté, le secteur est aujourd’hui au bord de la rupture, et ce, alors même que l’arrivée de la “vague grise” n’en est qu’à ses prémices. En 2030, la France comptera en effet 21 millions de personnes de plus de 60 ans, soit près d’un tiers de sa population”.

Elle propose à cet effet *25 propositions pour réformer durablement l’accompagnement des personnes âgées*. Son objectif : dénoncer les difficultés de recrutement, le manque de moyens humains et financiers, les cloisonnements entre établissements et domicile, entre sanitaire et médico-social ainsi que les limites d’une gouvernance locale complexe.

5) Conséquences sur la santé des aînés

Tous les types de sévices ont des conséquences sur la santé et le bien-être des seniors et entraînent une augmentation de la morbi-mortalité (29) ainsi qu’une augmentation de la fréquentation des urgences. Les différentes séquelles rapportées sont très diverses (30).

Elles peuvent être d'ordre :

- Psychologique : anxiété, confusion, honte, sentiment d'impuissance, culpabilité, méfiance voire peur, dépression, repli sur soi-même, évitement de tout contact physique, oculaire ou verbal avec les soignants, diminution de l'estime de soi, régression, sentiment croissant d'insécurité, apparition d'idées suicidaires et comportements destructeurs, suicide en conséquence ultime. Stress post-traumatique et déni peuvent être deux autres issues possibles.
- Physique : séquelles physiques temporaires ou permanentes entraînant possiblement un handicap et allant jusqu'au décès.
- Economique et social : perte des épargnes prévues pour assurer le bien-être et les besoins de base, isolement, éloignement de l'entourage, accroissement de la dépendance, sentiment d'inutilité sociale.

“Pour les personnes âgées, les conséquences de la maltraitance peuvent être particulièrement graves. Elles sont physiquement plus faibles et plus vulnérables que des adultes plus jeunes, leurs os sont plus fragiles et la convalescence plus longue pour elles. Même un traumatisme relativement bénin peut laisser des séquelles graves et définitives, voire entraîner la mort. Une étude de suivi sur 13 ans a établi que les victimes de maltraitance ont un risque de mourir deux fois plus élevé que les personnes âgées ne signalant pas de mauvais traitements.

Beaucoup de personnes âgées vivent avec des revenus limités, ce qui fait que la perte même d'une petite somme d'argent peut être lourde de conséquences. Elles sont parfois isolées ou malades, auxquels cas elles sont encore plus vulnérables lorsqu'elles sont la cible de fraudes.” (Organisation mondiale de la santé) (14).

6) Facteurs de risque de maltraitance selon le “modèle écologique”

Le modèle écologique date de la fin des années 70. Ce terme est utilisé pour comprendre la genèse de la maltraitance à travers l'interaction de quatre niveaux différents : individuel, relationnel, communautaire et sociétal. Chacun de ces facteurs pris isolément, ne débouche pas obligatoirement sur de la maltraitance. Cependant, le cumul de ces situations multiplie exponentiellement le risque de violence.

6.1 Facteurs individuels

- Facteurs de vulnérabilité de la personne âgée :

On retrouve dans la littérature des facteurs plus ou moins reconnus. Certains ont un bon niveau de preuve comme une diminution des capacités cognitives (31),(32) (difficulté en ce qui concerne le jugement ou la compréhension, diminution de la capacité d'autocritique, problème d'orientation dans le temps et par rapport aux personnes, présence d'une maladie dégénérative), une diminution des capacités de communication (difficulté à prendre des décisions relatives à son hébergement, à réclamer des prestations, à entreprendre des poursuites, présence d'aphasie), une diminution des capacités à se défendre ou à appeler à l'aide (dépendance envers la même personne depuis longtemps, attachement à l'aidant maltraitant, incapacités physiques) et enfin une diminution des capacités à répondre à ses besoins de base. D'autres sont controversés comme le sexe (14) et l'âge avancé (33),(34). Le niveau d'études ou de revenus ne semblent pas avoir d'impact (35). Les troubles du comportement et l'agressivité induisent parfois chez l'aidant un stress et une réponse en miroir par de la violence réciproque.

- Facteurs de vulnérabilité de l'auteur des violences :

Les facteurs de vulnérabilité propres à l'auteur ont un plus grand impact que les caractéristiques de la personne maltraitée. Toute fragilité chez l'auteur peut augmenter le risque de mauvais traitement. Nous pouvons citer à titre d'exemple les addictions, les difficultés financières ou sociales, une mauvaise santé physique ou psychique, un épuisement lié au rôle de proche aidant. Par ailleurs, une mauvaise compréhension de la situation et des besoins de la personne âgée ainsi qu'une méfiance importante envers les ressources externes favorisent également l'émergence de violences.

6.2 Facteurs relationnels

L'émergence de la violence est favorisée par certaines situations matérielles contraignantes ou l'existence de relations toxiques :

- La dépendance financière est source de conflits (14), (31), peu importe son sens (aidant dépendant de la personne âgée ou inversement). Par exemple, si l'aidant dépend des ressources de la personne âgée, il peut s'opposer à une institutionnalisation devenue nécessaire pour répondre aux besoins du senior (car il perdrait potentiellement son logement ou les revenus de l'aidé). Une charge financière supplémentaire peut s'ajouter à une situation économique précaire débouchant sur une négligence des besoins de la personne aidée.

- Selon le même principe, la cohabitation (36), a fortiori dans un logement étroit ou surpeuplé et l'absence d'espace privé peuvent faire naître des tensions parfois aggravées par d'autres contraintes, comme par exemple l'existence d'autres personnes à charge.
- La qualité de la relation antérieure est, elle aussi, un élément important (33). En effet, l'apparition de la dépendance amène parfois à une inversion des rapports de domination. Un parent ou un conjoint dominateur ou maltraitant change de place et peut finir par subir à son tour des violences intrafamiliales selon la théorie de la violence intergénérationnelle qui présente la maltraitance comme étant une réponse à un stress transmise par l'éducation.

L'impact relationnel pousse à réfléchir sur la grille de lecture de "pauvre victime" et "horrible coupable" (35). Face à chaque nouvelle situation, il faut éviter de porter des jugements hâtifs. La genèse de la maltraitance est multifactorielle, l'auteur des violences est bien souvent une victime lui-même. C'est pourquoi l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire est nécessaire et peut être d'une grande aide car la pluralité des regards et des compétences permet de mieux explorer tous les aspects d'un phénomène si complexe.

6.3 Facteurs communautaires

Avec l'avancée dans la vie, une personne est amenée à faire face à un certain nombre de pertes. Nous pouvons en citer deux qui ont un impact au niveau communautaire : la perte des êtres chers (conjoint, famille, amis) et la liberté de se déplacer (incapacité à la conduite, aidants non toujours disponibles pour favoriser les transports). Ces pertes restreignent l'âgé dans sa vie sociale, ce qui est d'autant plus marqué si aucun dispositif n'est mis en place sur le territoire pour répondre à ce problème.

Un service associatif appelé "mobisanté" a vu le jour en mai 2016 dans la commune de Blangy en Normandie. Facile d'utilisation, il suffit d'appeler le numéro de téléphone dédié, une semaine avant, pour réserver le transport. Ceci peut être effectué par la personne elle-même, les aidants familiaux ou la maison de retraite. Un chauffeur et surtout, accompagnateur de personnes, assure les transports trois jours par semaine ainsi que la prise des appels. Ce service permet également de recenser les personnes isolées du territoire et de les aider à maintenir un lien avec l'extérieur.

«Le transport mobisanté est destiné aux personnes n'ayant pas de moyen de locomotion pour se déplacer. Il est financé par plusieurs organismes tels que la mutuelle Via-santé qui a contribué ainsi que d'autres partenaires à l'achat du minibus pour les déplacements. Ceux-ci peuvent être d'aspect médical, administratif, aller

rendre visite à un proche, faire ses courses, etc » (37).

Malheureusement ce service n'est pas disponible sur le reste du territoire français, bien qu'à domicile, le facteur communautaire le plus prépondérant soit justement l'isolement social (5). D'autres facteurs entrent en ligne de compte comme un milieu de vie inadapté à la personne âgée, l'absence ou l'insuffisance de réseau d'aide et de soin sur le territoire, ainsi qu'une mauvaise coordination / communication entre les divers intervenants.

Concernant les institutions, l'OMS rapporte un fait alarmant : "On a constaté que les personnes âgées sont maltraitées dans des établissements de soins prolongés tels que des maisons de convalescence, des établissements de soins spéciaux, des hôpitaux et des centres de jour, dans presque tous les pays où ces établissements existent" (5).

Cette réalité est liée à des dysfonctionnements institutionnels qui peuvent être multiples :

- Concentration élevée de personnes âgées présentant des troubles cognitifs dans la même unité,
- Surstimulation ou sous-stimulation,
- Formation inadéquate (par défaut de sensibilisation à la spécificité du soin en gériatrie) ou une insuffisance numérique des soignants,
- Mauvaise coordination dans les soins,
- Défaut de communication entre la famille, le personnel et le résident,
- Absence de conseil de résidents / familles de résidents (ces conseils leur permettent d'être proactif dans l'amélioration de la bientraitance en EHPAD),
- Violence exercée par d'autres résidents (forme de maltraitance permise par l'inattention ou l'indifférence du personnel).

Certains médecins vont même jusqu'à qualifier ces manquements de "maltraitance programmée" (38).

6.4 Facteurs sociétaux

Certains éléments jouent un rôle insidieux mais bien réel dans la tendance d'une société à avoir des comportements violents envers ses aînés :

- La représentation des personnes âgées comme des êtres frêles, faibles et dépendants par le biais notamment de l'image des personnes âgées véhiculée par les médias et le marketing qui en font des cibles faciles.
- L'érosion des liens entre les générations au sein de la famille ainsi que le départ des jeunes couples vers d'autres régions, privent les personnes âgées du soutien de leur descendance.
- Les politiques publiques, le cadre légal, le fait qu'un pays soit en paix, en guerre ou traverse une crise majeure, les coutumes d'un pays ou d'un peuple, comme les règles d'héritage et le droit à la terre, qui influent sur la répartition du pouvoir et des biens matériels dans les familles.

Prenons par exemple la crise sanitaire sociale et économique de la COVID 19. La population âgée a été très fortement impactée par les événements récents. Une brusque augmentation de la demande de soins a entraîné une crise gérontologique. Avec la surcharge des services de soins intensifs, des problèmes éthiques ont vu le jour comme la non réanimation de patients souffrant d'une infection à SARS COV 2 sévère à partir d'un âge décidé arbitrairement sans prendre en compte la qualité de vie antérieure du patient. Par ailleurs, le contexte actuel a causé, du fait du report des consultations et opérations non urgentes, des retards de diagnostic et de prise en charge débouchant sur des pertes de chance non négligeables pour les patients âgés souffrant bien souvent de pathologies chroniques.

En EHPAD, à l'hôpital comme à domicile, les seniors ont souffert d'un isolement accru. L'interdiction, puis la limitation des visites en institution (réelle privation du droit à la vie privée et familiale) et enfin les confinements/couvre-feux ont anéanti le peu de liens sociaux qui restaient à ceux vivant seuls. Certains ont été privés de leurs activités culturelles, sportives et de loisirs avec l'arrêt des clubs du troisième âge, d'autres, de l'aide sociale à domicile dont ils avaient besoin pour vivre.

L'ambiance anxiogène, amplifiée par les médias, a fini d'aggraver le phénomène : les familles, par crainte de contaminer leur anciens, continuent à ne pas leur rendre visite ou très peu. Des personnes sont mortes seules, sans le soutien de leur famille, certaines sont tombées dans une dépression profonde et beaucoup affrontent leur grand âge, la maladie et la peur depuis maintenant plus d'un an dans une solitude extrême.

Il faut pourtant rappeler que l'isolement social augmente le risque de mourir prématurément, un impact comparable à celui de facteurs de risque bien établis comme l'obésité, la sédentarité et même le tabagisme. Par exemple, les données acquises au cours d'une étude réalisée sur un total de 308,849 personnes (39) indique que ceux qui ont des relations sociales élaborées ont un risque de mortalité prématurée diminuée de

50 % comparativement à ceux dont les relations sociales sont insatisfaisantes, un impact comparable à l'abandon du tabagisme. Ces résultats sont en accord avec les données acquises par la Harvard Study of Adult Development (40) qui étudie depuis 1939 les facteurs impliqués dans le vieillissement en bonne santé, tant du point de vue physique que psychologique. La principale conclusion de cette étude qui dure depuis 80 ans est très simple : les relations interpersonnelles de qualité, qu'il s'agisse de famille ou d'amis, représentent un des plus importants facteurs prédictifs du bonheur et de la bonne santé d'une personne au cours de sa vie.

“Le monde célèbre le 30e anniversaire de la Journée internationale des personnes âgées alors que nous luttons contre les conséquences graves et disproportionnées que la pandémie de COVID-19 entraîne pour ces personnes dans le monde entier – non seulement pour leur santé, mais aussi pour leurs droits et leur bien-être.”(6) dit, à l'occasion du 1er octobre 2020, le secrétaire général de l'ONU, Antonio Guterres.

Nous pouvons prendre comme autre exemple le refus du droit de mourir dans la dignité. Certaines sociétés considèrent qu'il est du ressort de chaque personne et d'elle seule, de décider de sa propre mort. Pouvons-nous considérer la non reconnaissance du droit de mourir dans la dignité comme un facteur sociétal de maltraitance ? L'euthanasie, du grec “eu” bien, et “thanatos” mort, signifie “belle mort”. Est-ce une liberté que de mourir ? Est-ce que mourir peut être un choix ? Possiblement, mais à condition que ni notre société ni la souffrance n'influencent une décision ou un choix, qui serait alors contraint. Un nombre important de personnes exprime une demande de mort parce qu'elles se sentent indignes ou inutiles. Il revient à notre société de considérer qu'une personne, à la fin de sa vie, est précieuse et mérite de vivre dans la dignité.

Un article paru dans *Le Monde* (41), rapporte que l'Espagne est devenue en mars 2021 le quatrième pays européen et le sixième dans le monde à légaliser l'euthanasie, après les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, le Canada et la Nouvelle-Zélande. Le Parlement portugais est également en train d'adopter, depuis fin janvier 2021, une loi dépénalisant l'euthanasie. La Suisse quant à elle, exerce une politique de tolérance. Le code éthique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales autorise “la renonciation à la mise en œuvre ou arrêt des mesures nécessaires au maintien de la vie” (euthanasie passive) et “l'administration de substance pour réduire les souffrances et dont les effets secondaires sont susceptibles de réduire la durée de survie” (euthanasie indirecte active). *Exit* (42), de l'association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, fournit aux résidents de Suisse romande la possibilité de recevoir une aide au suicide. D'autres associations de ce type existent, comme *Dignitas* (43).

En France, la loi Claeys et Leonetti de 2016 (44) autorise également “l’arrêt des traitements au titre du refus de l’obstination déraisonnable” et “le droit à la sédation profonde et continue jusqu’au décès” mais uniquement pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Dans un autre contexte qu’en stade terminal, une personne n’a, aujourd’hui, pas le droit d’être assistée pour mourir. Certaines souffrent, malgré un traitement maximal, jour après jour, sans espoir de guérison ni de décès à court terme, d’autres ont tout perdu, leurs proches, leur autonomie parfois même leur esprit. Elles attendent la fin comme une délivrance et demandent un accompagnement dans ce passage difficile. Cependant, leur voix n’est pas entendue dans une société où l’allongement de la durée de vie compte plus que la qualité de vie et où le choix des autorités passe avant la volonté propre de la personne.

Pourrions-nous envisager comme un droit fondamental pour une personne de posséder son propre corps ou de s’en déposséder ? Cette avancée éthique et sociale serait en cohérence avec l’ère médicale actuelle dans laquelle le patient est enfin replacé au centre de sa prise en charge. Les soins palliatifs et l’accompagnement en fin de vie sont irremplaçables et indispensables, pour autant doivent-ils demeurer la seule réponse à tous les cas de figure ? Si malgré une prise en charge optimale d’une éventuelle douleur ou souffrance psychologique, le désir profond et durable d’une personne est de quitter ce monde, qui mieux qu’une équipe soignante est à même de l’accompagner dans cette dernière étape ? Est-il juste d’interdire une délivrance attendue et souhaitée en allant à l’encontre de directives anticipées claires ?

Ces aspects éthiques sont toujours extrêmement délicats à envisager pour un médecin car tout comme pour le droit à l’avortement, il s’agit de donner la mort. Or, un soignant a pour vocation de protéger la vie et se trouve heurté dans ses convictions les plus intimes. Pour autant, est-il admissible d’abandonner ces personnes en souffrance, en situation d’échec thérapeutique, ne leur laissant qu’une alternative : le suicide, avec toute la violence qu’il comporte pour la personne elle-même mais aussi pour ses proches ? Notre société pourrait accepter la mort comme faisant partie intégrante du miracle de la vie et non comme une abomination à éviter à tout prix. De la même manière, quelques décennies plus tôt, notre société a évolué en acceptant le droit à l’avortement. Beaucoup de femmes ont dès lors pu bénéficier d’une prise en charge complète, s’épargnant des avortements sauvages d’une violence extrême. Cependant, malgré la demande du patient, il est indispensable que chaque médecin reste libre de choisir selon ses valeurs et sa sensibilité de proposer ou pas une telle prise en charge. En effet, le droit de conscience est inaliénable.

Une plate-forme nationale de recherche sur la fin de vie a été lancée dans le but d’apporter des arguments scientifiques à ce débat souvent très partisan. Ce sujet brûlant est d’actualité. En effet, l’Assemblée nationale a examiné en avril 2021 la proposition de loi du député Olivier Falorni pour une “fin de vie libre et choisie”. L’enjeu est d’autoriser l’euthanasie (une tierce personne administre un produit létal) ou

l'assistance au suicide (c'est la personne qui prend un produit létal). Des conditions assez strictes y sont associées : "toute personne capable et majeure atteinte d'une maladie incurable évoluée provoquant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée ou qu'elle juge insupportable", nécessité de "plusieurs avis médicaux préalables tracés dans un dossier médical" et "mise en place d'une commission de contrôle". Cependant, du fait d'un trop grand nombre d'amendements et du manque de temps accordé, elle n'a pu être votée.

À cette occasion, le professeur Régis Aubry, chef du pôle autonomie handicap du CHU de Besançon et membre du conseil consultatif national d'éthique dit : "Il faut que la médecine fasse sa mue afin d'éviter de produire des situations de survie insensée qui peuvent générer un véritable désir de mort chez certaines personnes. Autrement dit, il faut que les futurs professionnels de santé se forment pour apprendre à ne pas faire au seul motif que l'on sait faire, si faire contribue à faire souffrir. La médecine de demain doit être une médecine empreinte de modestie et d'humilité, respectant la question des limites du savoir, des limites de la vie, respectant les personnes dans leurs limites et leurs droits. Si la loi actuellement discutée est votée, il sera nécessaire de s'assurer que l'euthanasie ou le suicide assisté (étrangement la proposition de loi n'emploie pas ces mots) ne se fasse que si de tels actes sont bien l'expression de la volonté de la personne. Un tiers ne pourrait évidemment pas se substituer à une décision aussi intime et grave. Les comités d'éthique locaux pourraient devenir des sortes d'équipes mobiles de soutien au questionnement éthique, pour aider les professionnels confrontés à ces questions de fin de vie, par exemple."

II - Objectif et méthode

1) Justification de la question d'étude

En France, nous bénéficions de peu de données sur le sujet comparé aux pays anglo-saxons, très peu de médecins sont informés des structures en place et se retrouvent isolés face à ce problème complexe qu'est la maltraitance des seniors.

Pourtant, ces mauvais traitements sont relativement fréquents et ont un impact majeur sur la santé de nos aînés, en termes de morbi-mortalité et sur le plan économique.

Si depuis quelques années, de multiples études internationales ont étudié les caractéristiques de la maltraitance de l'âgé, au niveau national, peu se sont intéressées spécifiquement au rôle que se donne le médecin traitant et aux armes qu'il a à sa disposition en France pour lutter contre la maltraitance de l'aîné.

La question principale se dégageant de cette réflexion est la suivante : comment améliorer le repérage, la prévention et la prise en charge par le médecin généraliste de la personne âgée en situation de maltraitance ?

2) Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le vécu de 15 médecins traitants en Nouvelle Aquitaine par rapport à la maltraitance des personnes âgées.

Les objectifs secondaires visent à explorer les leviers à mettre en place pour prévenir, repérer et résoudre les problèmes de maltraitance et comment mettre en pratique en médecine générale les recommandations de spécialistes et sociétés savantes.

3) Matériel et méthode

3.1 Type d'étude

Notre choix s'est porté sur la méthode qualitative. Elle semblait en effet être la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche du fait de l'exploration de facteurs subjectifs donc difficiles à mesurer.

Dr Aubin Auger, dans son introduction à la recherche qualitative (45) précise : "une étude qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative en étudiant

des phénomènes sociaux. Elle vise à comprendre le contexte en étudiant le sujet dans son environnement. Elle peut également permettre d'identifier des pistes à approfondir pour une recherche quantitative. Longtemps considérée comme peu scientifique et rigoureuse, la recherche qualitative s'est fortement développée ces dernières années et constitue une approche particulièrement adaptée pour répondre à la complexité des situations en soins primaires”.

3.2 Population d'étude

Le rôle du médecin traitant et son point de vue étant au centre de notre recherche, nous avons pris comme population d'étude les médecins généralistes exerçant en libéral en Nouvelle Aquitaine.

Ce choix nous a paru pertinent du fait de la position privilégiée des médecins de soins primaires en tant que témoins des maltraitances des personnes âgées, demeurant parfois leur seul contact extérieur. Le médecin traitant représente par ailleurs un acteur primordial dans la lutte contre les sévices envers les seniors.

La sélection de la population, en accord avec la méthodologie qualitative, n'a pas été faite au hasard. Pour recueillir un matériau le plus varié possible et enrichir les discussions, nous avons recruté des médecins aux profils divers. Cependant, l'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif dans une étude qualitative (46).

Les médecins ont été contactés par téléphone. Des questions courtes préliminaires étaient posées afin de caractériser l'échantillon : âge, lieu d'exercice, formation en gériatrie ou sur la maltraitance des personnes âgées, présence de personnes âgées dans la patientèle.

3.3 Mode de recueil des données

Le matériau a été recueilli par le biais d'entretiens semi-dirigés téléphoniques réalisés de novembre 2020 à mars 2021 jusqu'à obtention de la suffisance des données. Il nous a paru atteindre cette suffisance, c'est-à-dire l'absence de nouvelle information pertinente, au bout de 15 entretiens. Dans un autre contexte, nous aurions privilégié des entretiens en face à face mais les événements récents ont orienté notre décision.

Le choix du mode de recueil des données par entretiens individuels a été motivé par la question de recherche. En effet, il nous a paru important de créer un climat de confiance et d'intimité nécessaire pour aborder un sujet délicat comme le nôtre.

Tout d'abord, une revue de la littérature sur la période de juin à novembre 2020 a permis la réalisation d'une grille d'entretien, disponible en Annexe 2, dans le but de guider la conversation.

La durée estimée de l'entretien, environ 15 minutes, était toujours précisée aux participants, afin de leur permettre de prévoir un créneau horaire suffisant pour assurer un échange dans de bonnes conditions.

Les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un téléphone puis retranscrites intégralement par écrit, selon la méthode verbatim, de façon anonyme. Le consentement du médecin était systématiquement recueilli par oral avant le début de l'entretien.

Pendant l'entretien, le discours spontané était encouragé au maximum avec pour stratégie d'intervenir le moins possible. Lorsqu'aucune idée nouvelle n'était exprimée, l'enquêteur passait au thème suivant du guide d'entretien.

3.4 Mode d'analyse des données

Après avoir retranscrit mot à mot les entretiens par écrit, deux doctorantes (Camille Poitoux et moi-même) ont procédé à un double codage des verbatim. Chaque entretien est découpé en unité de sens, correspondant à une idée, regroupées à leur tour sous forme de sous catégories, pour en dégager de grandes thématiques et permettre de présenter les résultats. Le codage a été réalisé avec le logiciel N Vivo.

3.5 Grille COREQ

Nous avons auto-analysé le risque de biais et les aspects méthodologiques à partir de la grille COREQ, disponible en Annexe 3, ce qui a permis une amélioration de la validité interne de l'étude.

III - Résultats et analyse

1) Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est composé de 15 médecins généralistes travaillant seul ou en cabinet de groupe en libéral sur la région Nouvelle Aquitaine. La proportion homme-femme est équilibrée avec huit hommes pour sept femmes. Les catégories d'âge vont de 33 ans à 63 ans avec toutes les décennies représentées. Globalement les praticiens interrogés n'avaient pas de formation en gériatrie ou sur la maltraitance des personnes âgées (excepté deux médecins qui avaient une capacité de gériatrie). Tous avaient des seniors dans leur patientèle. Sept exercent en milieu rural, huit en milieu urbain.

Les principales caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude sont présentées dans le tableau ci-dessous :

| | Sexe | Âge | Formation en gériatrie | Formation maltraitance | Lieu d'exercice | Patientèle âgée |
|------------|-------|--------|------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| Médecin 1 | Homme | 63 ans | oui | non | rural | oui |
| Médecin 2 | Homme | 57 ans | non | non | semi-rural | oui |
| Médecin 3 | Femme | 41 ans | non | non | semi-urbain | oui |
| Médecin 4 | Homme | 33 ans | non | non | urbain | oui |
| Médecin 5 | Homme | 63 ans | oui | non | urbain | oui |
| Médecin 6 | Homme | 58 ans | non | non | semi-urbain | oui |
| Médecin 7 | Homme | 58 ans | non | non | urbain | oui |
| Médecin 8 | Homme | 37 ans | non | non | urbain | oui |
| Médecin 9 | Femme | 39 ans | non | non | semi-urbain | oui |
| Médecin 10 | Femme | 34 ans | non | non | semi-rural | oui |
| Médecin 11 | Femme | 39 ans | non | non | semi-rural | oui |
| Médecin 12 | Femme | 33 ans | non | non | rural | oui |
| Médecin 13 | Femme | 41 ans | non | non | urbain | oui |
| Médecin 14 | Homme | 33 ans | non | non | semi-rural | oui |
| Médecin 15 | Femme | 52 ans | oui | non | rural | oui |

2) Analyse des données

Les résultats de notre analyse sont présentés dans les paragraphes suivants : les unités de sens, en gras, sont illustrées par des verbatims, en italique.

2.1 Connaissances des médecins participants

➤ Type de maltraitance abordées :

- **Physique**, citée par 13 médecins

Des coups et blessures (MG 6)

- **Psychique**, citée par 13 médecins

Psychologique : réactions hostiles, chantage, infantilisation (MG 3)

L'agressivité verbale (MG 15)

- **Négligences actives ou passives**, citées par 9 médecins

Fréquence des soins d'hygiène, laisser les personnes souillées dans leurs couches ou ça peut être aussi dans les actes ou les tâches domestiques, ne pas suppléer selon les besoins par l'entourage aux tâches domestiques que ce soit le ménage, les courses, la cuisine et laisser quelqu'un par exemple soit dans une atmosphère domestique dont l'hygiène est douteuse ou soit parfois avec des troubles alimentaires de dénutrition en ne veillant pas à ce que ses apports soient faits. (MG 6)

Le fait aussi de laisser des gens dans leurs excréments pendant des heures, bref de la négligence. (MG 7)

- **Médicale ou paramédicale**, citée par 6 médecins

Dimension médicale/iatrogénique, c'est une forme de maltraitance à laquelle je suis sensible, à la capacité de gériatrie on s'est rendu compte qu'en fait on pouvait être maltraitant simplement avec une prescription. (MG 1)

L'absence de soin, plus qu'une maltraitance voulue, directe, c'est le fait de nier ou de ne pas s'occuper de la souffrance ou de la douleur d'une personne âgée. (MG 7)

Les maltraitances infirmières qui peuvent avoir lieu au moment de certains soins trop rapides. (MG 11)

- **Violences institutionnelles**, citées par 4 médecins

Maltraitance institutionnelle, par le fait de leur imposer des horaires, de leur imposer des heures de visite, de perdre leur liberté. (MG 10)

Le fait qu'ils soient tous parqués, et qu'ils soient sans occupation dans les EPHAD, les personnes âgées sont là, parce qu'on les met là et il n'y a pas de participation. Je trouve qu'il y a un manque cruel de prise en considération de ce qu'ils peuvent faire et d'activité qui pourrait les aider dans les établissements, alors c'est institutionnel hein, ça vient pas des agents, par manque de temps, par manque de personnel, par manque d'argent. Moi je considère que c'est mal s'occuper de ces vieux qui sont là. (MG 2)

- **Financière**, citée par 2 médecins

Les abus de confiance avec les enfants qui tapent un peu dans le porte-monnaie ou les gens qui font signer des personnes âgées sans leur consentement. (MG11)

- **Privation de droit**, citée par 1 médecin

Une maltraitance dans le sens où parfois leur avis est pas toujours pris en considération, parfois on prend l'avis plutôt avec la famille ou les autres soignants et que eux ils sont oubliés, absents de leurs décisions ou de leur choix de vie, ou du moins moins pris en compte. (MG 10)

➤ Maltraitance prééminente selon les médecins interrogés :

- il s'agirait des violences **psychologiques** pour 8 médecins

Je pense que la plus fréquente est la verbale. (MG 13)

Les maltraitances les plus fréquentes, je pense, sont le manque de respect des personnes âgées. Par exemple, quelqu'un qui sonne quarante fois qu'on va laisser dans ses urines ou dans ses selles, on va lui dire "encore, vous avez encore fait vos besoins, y en a marre !" ça m'est déjà arrivé de voir un soignant rentrer dans une chambre et dire ça. (MG 2)

- de la **négligence** pour 7 autres

Les plus fréquentes seraient les involontaires par défaut d'attention/ de soin/ne pas prendre le temps, ne pas faire les choses correctement, absence de bienveillance, quand on va trop vite, qu'on ne réfléchit pas à ce qu'on fait, c'est là qu'on peut être maltraitant sans même s'en rendre compte. (MG 4)

La plus fréquente selon moi : ne pas les prendre en charge dans les besoins qui sont importants, pour manger, c'est avoir du monde, avoir du passage, éviter d'avoir la porte ouverte avec tout le monde qui passe, la négligence. (MG 5)

- de la maltraitance **financière** pour 1 des médecins

Les plus fréquentes étant les abus de confiance. (MG 11)

- et enfin de la maltraitance **institutionnelle** pour le dernier

Maltraitance par manque de temps et surplus de boulot, tout le monde est à fond, t'as dix minutes pour faire une toilette. C'est souvent des problèmes organisationnels. Vu le timing c'est pas possible de faire autrement que mal son travail, les gens au début ils résistent mais à force ils prennent le pli et c'est ce qui donne la maltraitance institutionnelle. Pour moi la cause la plus fréquente c'est pas le mauvais esprit des soignants c'est le manque de temps. (MG 1)

2.2 Vécu du médecin généraliste

➤ Expérience de maltraitance à domicile :

- 4 médecins ont rapporté des expériences de **maltraitance physique**.

Il a été porté à ma connaissance que plusieurs fois il y avait des hématomes qui étaient apparus sur la patiente et c'est allé jusqu'à une fracture de l'avant-bras. Alors je ne pouvais pas être sûr effectivement que c'était l'aide de vie qui était responsable des hématomes parce que avec une personne qui avait des troubles cognitifs, elle pouvait chuter, il y a avait plein d'autres raisons mais c'est vrai que la conjonction du nouvel aide de vie plus l'apparition des hématomes qu'elle n'avait pas précédemment faisait poser question donc j'ai alerte. Elle elle était plutôt, après sous réserve du discours d'une patiente qui avait de mémoire un mms à 13, elle avait plutôt tendance à soutenir son raymond, à dire qu'il était gentil que simplement une fois elle m'a dit "il est peut être pas aussi gentil que ça" c'est la seule fois où elle m'a évoqué éventuellement comme un signal. (MG 8)

Lors des soins elle crie beaucoup et elle a l'air très anxieuse et c'est vrai que son fils n'est pas très doux dans les gestes, voire assez brutal. (MG 12)

- 3, des expériences de **maltraitance financière**

C'était une personne qui manifestement avait une gestion intéressée des comptes de la personne âgée. J'ai surtout détourné la chose en contribuant à la faire mettre sous-tutelle. Voilà, ce qui, effectivement, a vidé de sa substance la relation intéressée qu'il y avait. (MG 6)

- 3, ont fait part d'expériences de **négligence active**

La famille me disait " vous vous rendez compte docteur, elle utilise le même gant pour lui laver les fesses et le visage". (MG 7)

- 2 ont parlé de **maltraitance psychologique**

Il était maltraitant par des paroles qui étaient dures, très très dures. (MG 9)

- 2 autres de **privation de droit**

En fait, c'est une famille qui s'opposait à une mise en maison de retraite. (MG 14)

- Et enfin 1 a parlé d'une **mauvaise coordination ville-hôpital**

Elle est sortie du pontage on a pas eu de compte rendu. (MG 4)

➤ Expérience de maltraitance **institutionnelle** :

- 3 médecins relatent une expérience de **maltraitance psychologique**

"Bon mamie là c'est bon t'arrête d'appeler" (MG 5)

Le personnel soignant est très irrité voir agressif quand ils vont la voir. Et on lui a très clairement aussi fait comprendre qu'elle était trop demandeuse, qu'ils n'avaient pas le temps et que plus personne n'en pouvait plus d'elle. Donc je pense que ces mots là c'est une vraie maltraitance. (MG 10)

- 3 autres une expérience de **négligence active**

Quand ils appelaient, quand ils criaient il y avait pas forcément tout de suite

quelqu'un, les portes étaient ouvertes. Ils restaient sur le sceau, ou dans leur pipi. (MG 5)

- 2 parlent d'expérience de **maltraitance médicale**

Elle est rentrée à l'EHPAD avec des plaies majeures des deux membres inférieurs, des douleurs atroces lors des soins, j'ai l'impression que là-bas, à l'hôpital, elle avait pas été bien traitée. Elle c'est ce qu'elle raconte, cette dame elle est pas sénile, elle a une petite démence mais pas handicapante, elle sait qui je suis alors que je ne l'ai vu qu'une fois. Elle a toujours été douloureuse là bas et ses plaies se sont beaucoup altérées, elle a pas eu l'impression d'avoir des soins. (MG 4)

- Et 1 aborde une expérience de **maltraitance financière**

J'ai une dame en EHPAD qui se plaint de son fils qui lui demande des chèques et tout ça. Elle, elle trouve bizarre qu'il lui demande de payer des trucs alors qu'elle est à l'EHPAD, du coup la directrice et tout ça s'en occupe. (MG 10)

➤ Dans les expériences rapportées on retrouve comme facteurs de risque :

- La présence de **troubles cognitifs** dans 9 cas

Le patient avait des troubles cognitifs (MG 14)

La dame est démente (MG 12)

- Une **perte d'autonomie** dans 4 cas

La dame avait un parkinson très évolué (MG 11)

Perte d'autonomie au niveau des selles/urines (MG 1)

- Un **isolement de la personne âgée** dans 3 cas

C'est un monsieur en fait qui vivait tout seul, avec une famille qui vivait à Paris. (MG 14)

Veuve, seule à domicile (MG 8)

- Une **personnalité difficile de la victime** dans 2 cas

Après c'est vrai elle est très anxieuse, très demandeuse, elle veut changer de fauteuil toutes les heures. (MG 10)

Elle avait une équipe d'infirmières qui à un moment a un peu rendu les armes parce que c'était une patiente qui était relativement acariâtre. (MG 8)

- Une **méconnaissance des spécificités de l'âgé ou de la démence** dans 3 cas

Il ne comprenait pas la démence de sa mère (MG 9)

- Un **isolement et épuisement des aidants** dans 1 cas

L'incompréhension et la non assistance des accompagnants (MG 1)

- Un comportement d'**Âgisme** dans 1 cas

Y a eu un moment où parce qu'elle était âgée, parce qu'elle parlait pas assez, on s'est permis de laisser les plaies empirer et arriver dans un état avec des jambes avec une douleur. (MG 4)

- Un contexte de **cohabitation** dans 1 cas

C'était au décès du mari, donc mère et fils vivaient ensemble, lui c'était quelqu'un qui passait sa journée à la maison à rien faire. (MG 9)

- Un **facteur protecteur** a été abordé par l'un des médecins

Lorsque la famille est bien présente autour d'une personne très dépendante, évidemment si la famille est bienveillante ça peut être un facteur protecteur. (MG 7)

- Par 10 fois nous constatons une **réticence de la part du médecin à utiliser le terme de maltraitance**

Mais honnêtement je sais pas si je peux parler de maltraitance parce que je ne pense pas qu'il y ait ... J'ai l'impression que ce n'est pas son intention de lui faire mal. Mais en même temps je me dis qu'il est quand même très très brutal avec elle. (MG 12)

Oui, enfin non pas vraiment de maltraitance mais elle elle le vit comme ça en tout cas, c'est pas de la maltraitance dans le sens juridique du terme mais ... (MG 10)

C'est difficile de dire qu'il y avait de la maltraitance, c'était plutôt lors des soins mais j'étais pas certain que c'était voulu (MG 4)

Je ne sais pas si on peut aller jusqu'au terme de maltraitance mais je le sentais pas du tout et j'étais pas du tout en harmonie avec l'autre médecin et par rapport à la surveillante. (MG5)

En fait c'était très maladroit de sa part, moi ça me faisait évoquer de la maltraitance, lui c'était sa personnalité je pense. (MG 9)

2.3 Rôle du médecin généraliste

➤ **Anticipation** par la prévention primaire

- 1 des médecins interrogés incite à **prévenir** la perte d'autonomie

Si tu mets la kiné au bon moment, que tu stimules les gens au bon moment. Quand quelqu'un passe de la marche à la sédentarité au lit, il y a une phase où tu peux relancer la personne, c'est cette petite phase où si tu arrives à relancer quelqu'un sur ses deux pattes, tu le relances pour 6 mois. Sur cette période critique des fois si tu la loupes de 10 jours, si la personne ne marche pas pendant 10 jours des fois c'est foutu. (MG 1)

- 4 parlent d'**évaluer les besoins** d'une personne en **perte d'autonomie** à domicile afin d'anticiper les manques

De la même manière que quand on décide de passer une personne en soins palliatifs, il faudrait peut-être qu'il y ait un temps où on se pose et on décide qu'on passe vers la dépendance, c'est surtout à partir de ce moment-là que ça devient critique. (MG 1)

Il faut un diagnostic situationnel. Parce que chez les personnes âgées manifestement, de toute façon, on ne peut pas rester dans une médecine d'organe, c'est évident. Je veux dire, le diagnostic expertise de situation : domotique, la maison, l'environnement familial, les aides humaines, est quand même très important pour apprécier la qualité de vie et la suppléance en termes d'aides humaines dans les pertes d'autonomie. (MG 6)

- 6 préconisent la mise en place d'un **réseau pluridisciplinaire** autour de la personne âgée dépendante

Je crois que c'est bien le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge de la personne âgée entre les professionnels de santé voire les acteurs médico-sociaux. (MG 6)

Des intervenants plus nombreux, je pense que plus il y a de personnes autour une personne âgée, moins il y a de risque de maltraitance, quand tu te retrouves tout seul le risque est plus important. (MG 7)

Plus il y a de personnes autour, dans la situation présente par exemple il y avait qu'un seul interlocuteur et je pense que s'il y avait eu d'autres personnes autour, la situation aurait été différente, on n'aurait pas eu forcément les mêmes conséquences. (MG 8)

- 4 appellent à prévenir l'**épuiement de l'aidant**

Prévenir le surmenage des aidants. Augmenter le nombre de personnel et leur temps pour réaliser les soins. (MG 10)

Dire à la famille par exemple qu'il fallait qu'ils tournent, que s'ils étaient trop fatigués ils pouvaient être maltraitants. (MG 4)

➤ **Repérage** des maltraitances de la personne âgée

- 9 des médecins ont exprimé le fait que la maltraitance de l'âgé était **trop peu abordée** en médecine générale

Pas assez, on est une génération où on n'a pas été trop trop bercés avec ça donc je ne les mets pas assez en éveil par rapport à ces problèmes éventuels ou je vais peut-être pas assez les chercher pour les recueillir. (MG 1)

C'est un sujet qu'on n'évoque pas clairement. (MG 3)

Après c'est un sujet qui effectivement, il faut le reconnaître est peu abordé. (MG 6)

C'est vrai que c'est un sujet que j'aborde pas donc je ne sais pas du tout du tout et auquel je pense pas forcément. (MG 12)

- Pour l'1 d'entre eux cela peut s'expliquer du fait de la réticence à aborder un **sujet délicat**

Pas directement, parce que je crois que c'est assez délicat de dire " bonjour madame, est ce que vous êtes maltraitée ?" (MG 8)

- Pour 1 autre, une explication peut venir du **ressenti d'impuissance** de la part de la victime la poussant à l'inaction

Et a contrario est-ce que vos patients l'abordent avec vous ? (LG)

Euuuuuuuuuh, rarement, il faut plutôt décoder, il y a une espèce de pudeur, peut être un phénomène, ... Quelque part aussi, ça fait peut-être partie chez ces personnes là hélas de quelque chose qui leur semble inéluctable, les personnes âgées restent souvent passives parce qu'elles n'ont pas le sentiment de pouvoir faire renverser le cours des choses. (MG 6)

- 8 des médecins ne réalisent pas de repérage systématique mais pratiquent plutôt un **repérage contextuel** :

Par contre c'est pas des choses que je vais chercher tout le temps de manière systématique. (MG 4)

Abordez-vous ce sujet avec vos patients ? Et à contrario ? (LG)

Pas de manière systématique. (MG 11)

- Par exploration d'une **situation suspecte** ou à risque dans 8 cas

Dans le cas de la dame dont j'ai parlé par exemple, je connais un peu son histoire donc à chaque fois que je la vois je lui demande "est ce qu'il vous a tapé", une fois que tu connais des petites bribes je trouve que c'est plus facile de poser les questions. Spontanément quand on voit un patient comme ça, on va pas y penser, par contre si quelque chose me met la puce à l'oreille je vais poser des questions, creuser, d'ailleurs pas forcément un hématome ou ... mais par exemple quand quelqu'un va pas très bien, on pose des questions sur la famille et des fois ça libère la parole. C'est pas une question directe mais de manière indirecte oui. (MG 13)

Si je vois qu'il y a un bug je vais creuser et j'essaie de résoudre le truc. (MG 5)

Si on m'en parle oui ou si je vois qu'une personne est triste ou qu'il me semble souffrir je vais poser la question mais pas de manière systématique. (MG 7)

Je crois que ça m'est déjà arrivé de l'aborder, ou en tout cas de reprendre les propos

d'une personne pour essayer de gratter un peu pour essayer de comprendre. Je l'aborde quand il y a des tensions parce que souvent dans les familles il y peut y avoir des tensions, on peut se demander si ça peut pas être à l'origine de maltraitance, des tensions entre les aidants ou des tensions entre l'aidant et la personne, ça peut être propice à une situation dangereuse. (MG 4)

- 3 pratiquent un repérage par **observation simple**

Je me contente de ce que je vois. (MG 1)

J'essaie de regarder les patients, ce qui est déjà pas mal, après non, rien de spécialement dédié. (MG 8)

- 2 vont explorer une situation suite à une **plainte de la part du patient** :

A contrario ça arrive qu'ils m'en parlent, j'ai eu deux fois le cas d'ailleurs récemment mais il y en a peut-être qui n'en parle pas. (MG 13)

- 1 des médecins procède à un **repérage ciblé** :

Oui, certaines personnes âgées je leur demande s'ils sont bien avec leur voisinage, avec leur famille. (MG 9)

- 1 des médecins le fait sur **demande de la famille** :

Plutôt avec l'entourage. Souvent la famille oui, quand il y a des signes qui les interpellent, ils se demandent si tout ça est bien normal. (MG 8)

- Nous avons constaté dans la quasi-totalité des entretiens une **méconnaissance de l'outil de repérage EASI**

Du tout, non je ne connais pas ce questionnaire, je n'ai jamais eu à l'utiliser en tout cas, je... non. (MG 14)

Connaissez-vous l'outil d'évaluation du risque de maltraitance Elder Abuse Suspicion Index (EASI) créé par le Docteur Marc Yaffe au Canada ? (LG)

Non. (MG 8)

➤ **Protection** de la victime et prise en charge

- 3 des participants ont parlé d'une **attitude** à adopter lors de l'entretien

- **Empathie**

Il faut vraiment essayer d'être empathique. (MG 13)

- Se montrer **disponible** et à l'**écoute**

Surtout d'ouvrir la porte, de dire que si y a des questions, si y a des soucis, de revenir vers moi. (MG 4)

Laisser la porte ouverte aussi, par exemple si le patient ne parle pas et que nous on sent bien qu'il y a quelque chose, poser des questions et dire bon ok là y a rien mais si vous avez besoin un jour, je serais là, n'hésitez pas. Qu'ils se sentent à l'aise pour pouvoir revenir en discuter, prendre une consultation pour ça. (MG 13)

- 8 ont insisté sur l'importance de la **gestion pluridisciplinaire**

Avoir un réseau avec lequel on a l'habitude de discuter des situations, comme on peut le faire avec un CMP ou la PMI pour les enfants. (MG 11)

On en a parlé en équipe avec les infirmières, avec le tuteur du patient, le responsable légal et puis c'est là qu'on s'est mis en lien avec la maison de retraite. Le fait de se concerter entre plusieurs professionnels de métier différents, donc réunions pluri-professionnelles, parce que c'est vrai que les intervenants à domicile auront peut-être un regard un peu plus avisé sur la question que nous, médecin traitant, qui passons une à deux fois par mois chez eux. (MG 14)

Faciliter la discussion avec les réseaux de soins et d'intervention pluridisciplinaire. (MG 3)

- 8 essaient dans un premier temps de résoudre la situation par la **communication**

J'en ai parlé avec la famille. (MG 11)

Je me suis tournée vers l'infirmière qui était la supérieure hiérarchique de cette personne mais comme j'étais pas du tout certain que ce soit quelque chose d'intentionnel et que ce n'était pas non plus forcément gravissime il m'a semblé que me

tourner vers juste la personne qui était en charge ça permettrait de recadrer les choses avant que ça soit ... (MG 4)

J'ai essayé d'expliquer au fils que sa mère ne pouvait pas ... voilà quoi. (MG 9)

Je me tourne soit vers les familles, soit vers l'institution. (MG 2)

- 6 ont recours au **spécialiste** (gériatre, EMOG) en cas de situation complexe

J'appellerais mes collègues de gériatrie. On a une équipe mobile gériatrique à l'hôpital, ils sont géniaux, je les appelle souvent pour un avis téléphonique. Je pense qu'ils me diraient quoi faire. Et puis, ils se déplacent à domicile aussi donc c'est génial parce qu'ils peuvent venir évaluer sans éveiller les soupçons. (MG 10)

Avoir un réseau avec les gériatres locaux et les médecins de SSR pour essayer dans les situations très difficiles de mettre en place des solutions d'accueil rapide. Ce que j'ai fait c'est que j'ai contacté la gériatrie pour avoir une équipe mobile qui passe à domicile et il se trouve que l'un des médecins est un médecin expert pour les mises sous tutelle rapide et donc c'est lui qui a géré en fait. La gériatre qui les connaît bien et le SSR, j'en discute de manière régulière quand je suis inquiète je les appelle pour essayer de voir aussi avec les enfants pour qu'on soit plusieurs à avoir le même discours. (MG 11)

Vers le gériatre, mais justement je ne savais pas trop comment me positionner, je crois que l'EMOG était venu évaluer la situation à domicile. (MG 9)

- 3 ont recours au **Conseil de l'ordre**

Si la situation se présente j'aurais besoin de travailler, le problème des personnes âgées c'est que même si elles sont démentes, peu sont sous tutelle ou sous curatelle donc légalement c'est très compliqué, un majeur qui est sous curatelle c'est comme un mineur donc pour moi ça serait beaucoup plus facile de faire un signalement, ça c'est des cases que je connais pour le reste c'est vrai que c'est entre deux eaux et je pense que j'hésiterai pas à demander un avis au conseil de l'ordre pour me renseigner et avoir des informations. (MG 4)

- 4 des médecins trouvent nécessaire d'**orienter** leur patient
 - 2 des médecins proposent un **soutien psychologique** à la victime

Aide psychologique (MG 4)

Intervention d'une psychologue, surtout dans les EHPAD (MG 15)

- 3 lui proposent un **soutien social**

On lui a expliqué qu'il fallait quand même faire des choses, qu'il y avait sûrement une assistante sociale qui pouvait être mise sur le coup pour l'aider. (MG 13)

- 3 des médecins ont recours à une **hospitalisation** en cas de danger immédiat

Je pense que s'il y a un risque immédiat j'hospitaliserais la personne, je l'enverrais aux urgences pour la sortir de la maison, de ce milieu dangereux. (MG 13)

- 5 des médecins incitent à **porter plainte**

Je l'aurais poussée à porter plainte en lui expliquant que c'est important, j'aurais fait un CMI. (MG 13)

Porter plainte au niveau de la police. (MG 3)

Après je pourrai bien sûr donner à la personne si elle n'est pas démente ce qu'elle peut faire, comment porter plainte. (MG 4)

Encourager la famille à porter plainte ou s'il n'y a pas de famille, le faire directement. Je l'ai jamais fait mais je pense que ce serait ça. (MG 7)

- À chaque entretien nous avons constaté la **méconnaissance** des **associations** de lutte contre la maltraitance et du numéro d'écoute nationale, **3977** (la question ayant été rajoutée en cours d'étude, 3 des médecins n'ont pas été interrogés à ce sujet), 1 seul médecin connaissait l'existence du numéro 3977

Non pour l'association, le n° me dit peut-être quelque chose. Je sais qu'il y a des organisations qui étaient réservées aux violences conjugales et que maintenant c'est beaucoup plus large, mais il faudrait que je le vérifie. (MG 4)

Non, pas du tout, du tout, du tout. (MG 11)

Non, le numéro de maltraitance on y est pas habitué, c'est pas connu, on est plus

habitué à nos structures de proximité, la psy, la PTA. (MG 15)

Le n° 3977 oui, je suis tombé dessus même si je n'ai jamais eu à l'utiliser, on en a parlé avec les collègues il n'y a pas très très longtemps ouais. (MG 14)

- 3 des médecins ont eu recours à la **justice**
 - 2 des médecins ont abordé la **protection juridique**

Mise sous tutelle (MG 6 et 11)

- 1 seul médecin a déjà réalisé un **signalement**

J'ai fait une démarche auprès du procureur de la république pour attester, signaler qu'à mon sens il y avait ... (MG 8)

- 3 **ne savent pas** s'il faut en faire un et comment

Je pense qu'il faut faire un signalement, est ce qu'il faut faire un signalement au procureur de la république ? Je ne sais pas répondre à cette question. (MG 14)

Si c'est quelqu'un dans l'entourage familial je demanderai de l'aide à une assistante sociale et je lui demanderai ce que je dois faire comme signalement. (MG 10)

- 5 pensent qu'il faut faire un signalement en **cas d'incapacité de la personne âgée de prendre une décision pour elle même**

Maintenant si je constate des violences sur une personne majeure qui n'est pas capable de prendre sa décision il faudrait que je le signale j'imagine de manière formelle à un représentant de l'Etat. (MG 4)

Je pense que s'il n'y avait pas eu de tuteur, ou si le tuteur était un des membres négligents de la famille, il aurait probablement fallu faire un signalement. (MG 14)

➤ **Communication** et prévention secondaire

- 4 médecins préconisent d'améliorer la **coordination** dans les soins, notamment en organisant des **temps dédiés d'échanges** entre professionnels

Il faudrait presque que certaines personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie, finalement à l'instar de ce qui se passent en oncologie, aient presque une RCP au moins annuelle pour adapter les besoins. Ce serait un immense progrès. Dans les EHPAD la prise en charge pluridisciplinaire est trop complexe et pourtant c'est des lieux où il devrait y avoir une meilleure prise en charge pluridisciplinaire. Y a pas de télé-consultation, y a pas de staff pluriprofessionnel pour discuter des personnes, il faut aller courir après les personnes dans les couloirs pour trouver l'infirmière de l'EHPAD, ça c'est du vécu on approuve tous. C'est vraiment dans l'organisation structurelle de la prise en charge transversale, là il y a d'énormes progrès à faire. (MG 6)

De la même manière que quand on décide de passer une personne en soins palliatifs, il faudrait peut-être qu'il y ait un temps où on se pose et on décide qu'on passe vers la dépendance pour adapter les besoins (MG 1)

- 4 autres préconisent d'échanger avec **la famille**

Quand j'ai des personnes âgées avec des dossiers compliqués, j'aime bien avoir initialement l'aidant au téléphone pour parler avec lui et voir la situation, j'aime bien jauger les différentes personnes qui sont autour. Là je prends en charge par exemple un patient de 89 ans complètement dément. J'ai appelé son fils pour essayer de voir comment était la situation, j'ai eu sa femme au tél, j'ai appelé la kiné pour essayer de voir un petit peu parce que c'est vraiment quelqu'un avec qui on peut être maltraitant. Et quand il y a des changements brutaux, ou quand il y a des choses anormales quelles qu'elles soient, j'essaie toujours de revoir avec les aidants principaux. (MG 4)

Être en contact avec l'entourage le plus possible. (MG 3)

Dialoguer, connaître la famille, savoir si on peut compter sur les enfants. (MG 13)

- 2 médecins proposent de **sensibiliser** la population

Des affiches en maison de retraite, en foyer de logement, même en salle d'attente à la limite, que les personnes âgées pourraient lire elles-mêmes et relire en fait, qui diraient "n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou à un proche" (MG 9)

- Enfin, 1 autre propose de s'enquérir du vécu de nos aînés par **retour d'expérience**

Pouvoir avoir dans les EHPAD ou les équipes de soins à domicile des questionnaires de qualité de vie, voir comment ils se sentent. En EHPAD, ils ont des entretiens avec des psychologues assez souvent et s'il y a quelque chose qui va pas, ça peut être détecté à ce moment-là, donc favoriser ces prises de parole. (MG 10)

➤ **Formation et recherche**

- L'**éducation thérapeutique de l'aidant** est abordée par 4 médecins

Prendre le temps de se poser, expliquer aux gens vers quoi ça va évoluer. Si on est au courant des problèmes éventuels avant qu'ils arrivent, quand ils arrivent ça nous tombe pas sur la tête et on peut trouver des solutions. (MG 1)

Proposer aux aidants non médicaux une formation comme de l'éducation thérapeutique, des conseils régulièrement. (MG 4)

Éducation, comme pour tout risque, il faut éduquer. (MG 11)

- La **formation du personnel soignant** citée par 4 des participants

Pendant le staff, des gens qui ont des paroles vis à vis de certaines personnes parce qu'elle va sonner 40 fois et que c'est pénible et que ça irrite, on peut avoir une intervention en essayant de remettre un peu la personne au centre du débat, au lieu de partir sur "c'est chiant qu'elle appelle 40 fois", c'est aussi "qu'est ce qu'on peut mettre en place pour soulager l'équipe pour que ce soit moins prégnant et moins irritant pour certains agents". Une formation sur les gens qui peuvent être en souffrance et notamment les déments, les non communicants par exemple. (MG 2)

Former les intervenants, aidants professionnels. (MG 4)

- 1 des médecins pense qu'il faut favoriser la **recherche** sur le sujet

Faire une thèse dessus c'est bien. (MG 5)

➤ Promotion de la **bienveillance**, questions d'éthique

- 2 des médecins parlent de l'importance de s'adapter au **rythme et aux spécificités de l'aîné**

Il faut également leur attribuer un temps nécessaire. Certains vont pas au rythme de la personne. Moi ça m'arrive aussi de pas m'adapter au rythme de la personne et donc d'être maltraitant. C'est une population qui a des besoins différents et qui a des besoins de temps et ça c'est un problème actuellement, le temps. Pour tout, leur temps est différent et surtout différent de l'intervenant et ça nécessite de se mettre sur leur temps pour être bien traitant, se mettre à leur rythme et des fois c'est pas possible ou du moins c'est pas fait pour plein de raisons. (MG 4)

- Selon 2 des médecins, le **soutien des aidants** est un bon levier de lutte contre la maltraitance

Une meilleure aide aux gens qui entourent les personnes âgées. (MG 1)

Soulager les aidants familiaux s'ils sont négligents ou maltraitants. (MG 14)

On pourrait mettre en place des groupes de paroles pour aidants ... (MG 15)

- La **bienveillance du personnel** est un élément clé pour 2 médecins

Veillez à ce que les intervenants soient eux-mêmes bien traités. Il me semble que dans les exemples qui me viennent en tête souvent c'était des gens qui se trouvaient pris au piège, dans la course au soin, qui se voyaient obligés de faire vite, de ne pas avoir de reconnaissance et c'est ça qui menait souvent à de la maltraitance parce que quand les gens étaient heureux de faire leur métier, il me semble qu'il y avait plutôt de la bienveillance. Donc si on traite bien les intervenants, en général ils le rendent bien. (MG 7)

- 1 autre appelle à faire preuve de **conscience professionnelle**

Une exigence morale pour les médecins, tu intervies si tu penses que tu dois intervenir, je pense que la médecine va tout doucement s'orienter vers un salariat et ça je pense que ça va pas forcément aider le problème (MG 5)

- 1 autre encore à lutter contre l'**uniformisation** de la vie en institution

Il faut structurer un peu plus les actions, on est beaucoup sur tout ce qui doit être fait dans la journée, c'est à dire : les laver, les habiller et les parquer pour qu'ils aillent à table à midi et puis le soir en fait et peu sur le vrai soin et sur les activités qu'on peut leur faire faire, l'accompagnement. Alors ça se fait de plus en plus, y en a certains à qui on ne va pas faire la toilette tous les jours parce qu'ils souffrent, on va faire une toilette plus limitée, on va se questionner en fait sur ce qui est bien pour la personne et

pas bien. Être un peu plus dans l'écoute des besoins des personnes et dans les activités des personnes. (MG 2)

- 1, enfin, propose de repenser le **rôle du médecin coordonnateur** en EHPAD en vue de lutter contre la **maltraitance institutionnelle**

Je vais très peu dans les maisons de retraite, j'ai que 3 patientes en maison de retraite. Je refuse d'y aller parce que la maltraitance est également administrative, à mon avis. Nous comme médecins on est obligés d'y aller entre midi et deux, faut qu'on remplisse le dossier, l'infirmière elle est pas là, les transmissions, la parole du médecin ça l'intéresse pas trop, donc il y a beaucoup de maisons de retraite où tout est propre, beau, tout est dans les clous, mais du coup tu fais pas attention au bien-être des personnes âgées, donc voilà je trouve que le bien-être n'est pas la priorité donc du coup je n'interviens plus parce que je me sens impuissant par rapport à l'administratif. Le mode de fonctionnement actuel des institutions avec un médecin coordonnateur qui est un agent administratif, qui est payé une journée et demi pour faire de l'administratif, je trouve que ça c'est une maltraitance, il pourrait faire au moins une demi-journée le tour des malades, faire beaucoup moins d'administratif, remplir beaucoup moins de grille GIR. (MG 5)

2.4 Limites du médecin traitant

➤ Défaut de **communication**

- 3 médecins évoquent le fait que ce sujet reste encore **tabou** de nos jours

C'est encore un tabou, une chose dont on ne parle pas et que parfois on passe sous silence. (MG 10)

- 2 expliquent que la victime vient souvent en consultation **accompagnée** par le potentiel auteur des sévices

Si c'est une personne fragile, elle vient pas forcément seule en consult. (MG 9)

- 1 des médecins aborde le défaut de **coordination** dans les soins

Le cloisonnement du système, de la prise en charge de la personne âgée, médicale/sociale, ville/hôpital. (MG 6)

- 1 des médecins parle de la **sensibilité** du médecin généraliste

Le vécu, ça peut être très mal vécu, y a peut-être des limites à ce niveau-là également. (MG 2)

➤ **Solutions de repli limitées**

- 3 médecins rapportent que **la victime** peut être un obstacle éventuel à la prise en charge

Je l'aurais poussée à porter plainte en lui expliquant que c'est important, j'aurais fait un CMI mais souvent les femmes elles veulent pas y aller. (MG 13)

Le refus du patient de parler. Ou aussi, le cas le plus fréquent qu'on peut rencontrer c'est quand même des personnes âgées qui ont des troubles cognitifs, la limite dans ce cas-là c'est s'ils nous en parlent, de vérifier la véracité des propos parce que si on doit partir sur le terrain de la maltraitance, le préjugé maltraitant va se sentir visé donc il va falloir que ce soit bien vérifié. Donc voilà je pense que les troubles cognitifs ça peut être un frein pas une limite. (MG 14)

- 4 médecins rapportent que **les familles** peuvent être, elles aussi, un obstacle éventuel

Le poids des familles, si la famille est maltraitante, c'est encore pire. (MG 11)

En fait, c'est une famille qui s'opposait à une mise en maison de retraite. (MG 14)

- 1 des médecins a abordé le problème de l'**offre de soin** qui est **limitée**

Quand on a un groupe qui intervient et dont on a le soupçon qu'ils sont maltraitants c'est pas toujours évident de les remplacer, l'offre de soin n'est pas si grande que ça. (MG 7)

➤ Médecin de famille souvent **médecin** de la **victime** et de l'**auteur**, limite rapportée par deux participants

Je n'ai pas pu en parler avec le fils parce que c'est également un de mes patients et j'ai peur qu'il se braque ou que je fasse fausse route, qu'il le prenne mal, qu'il se sente jugé. La place du médecin traitant au sein de la famille peut être une limite. (MG 12)

Parfois aussi parce qu'il est le médecin traitant de celui qu'il peut accuser de maltraitance donc c'est compliqué parce qu'il est partout. (MG 4)

- Sentiment de **solitude** du médecin généraliste face à la maltraitance de l'âge rapporté par 6 médecins

Prendre les décisions tout seul dans son coin c'est compliqué quand même. (MG 11)

On est pas du tout épaulés pour pallier à ça quand ça commence à être compliqué à la maison. (MG 12)

Quand on voit des familles qui se comportent de manière limite, avoir une difficulté d'action sur cette maltraitance. Vers qui on se tourne? Qui peut on solliciter pour vraiment savoir s'il y a de la maltraitance ou pas ? à qui le signaler ? (MG 2)

- 6 des médecins expriment un défaut de **formation**

J'ai jamais appris ça donc je serais en difficultés. (MG 10)

Au niveau législatif on n'a pas beaucoup d'armes et surtout on est pas du tout formés pour ça. (MG 11)

Le manque de formation (MG 12)

Il me semble que je ne l'ai pas vu durant ma formation même si mes cours sont loin... (MG 13)

- La totalité des médecins interrogés **méconnaissent les structures existantes**

L'association ALMA non je ne connais pas. (MG 14)

Dans le cadre d'une maltraitance envers un mineur ou femme je sais à qui m'adresser mais c'est pour ça que la question est bonne car je n'ai rien qui me vient instantanément en ce qui concerne les personnes âgées. Il faut porter plainte au niveau de la police, mais on n'a pas vraiment de règle là-dessus. L'absence de structure organisée pour pouvoir en parler et une aide à proposer à ces personnes âgées en situation de maltraitance. (MG 3)

Ne pas savoir quoi faire vis à vis de ça et ne pas avoir des solutions de remplacement. L'absence de savoir par qui passer, comme ça, ça me vient, c'est les forces de l'ordre

mais je sais pas trop en fait. (MG 7)

Quand ça m'est arrivé honnêtement je ne savais pas quoi faire, il a fallu que je me renseigne pour savoir comment on devait procéder, et si je n'avais pas eu ce cas-là, j'aurais été incapable de dire qu'il fallait faire un signalement. (MG 8)

Connaître les réponses adéquates et leurs graduations parce qu'à chaque problème il y a sa réponse et ce n'est pas forcément la réponse maximale. (MG 4)

Connaissez-vous l'association ALMA France ou le n° 3977? (LG)

Pas du tout, je ne connais pas du tout. On sait pas qui prévenir on sait pas comment le faire, c'est toujours pareil il faut qu'on améliore notre pratique et nos connaissances sur ce sujet sensible qu'on ne veut jamais aborder parce que c'est trop sensible. (MG 11)

- 2 des médecins expriment une **méconnaissance de la loi**

Quelles limites peut rencontrer le médecin traitant pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées ? (LG)

La méconnaissance de la loi (MG 7)

➤ Médecin généraliste, **humain** avec ses propres limites

- **Surmenage** du médecin

Nos propres limites, le boulot, la fatigue (MG 1)

- 5 médecins abordent la question du manque de **temps**

Après une autre limite c'est aussi le temps passé, parce que comme on passe rapidement au domicile des gens ou qu'on les voit rapidement au cabinet, il est pas toujours évident de mettre le doigt dessus, comme pour les enfants, comme pour d'autres personnes. (MG 7)

Le temps, on n'a pas de temps en consult. (MG 9)

- 3 citent un défaut de **vigilance**

Moins de perception des choses, commencer à s'habituer, à moins se révolter contre des choses qui sont pas normales. On essaye de jamais tomber là-dedans mais au bout

de quelques années t'es moins vigilant. (MG 1)

C'est de ne pas s'en rendre compte, de ne pas être présent, de banaliser certaines situations. (MG 2)

- 3 des médecins ont rapporté une crainte d'intervenir **à tort**

La peur de se tromper, de mal voir les choses, de penser qu'il y a maltraitance alors qu'en fait la vie à domicile c'est un enfer. Un mauvais jugement, autant on est certainement négligents parce qu'on ne le prévient pas assez mais autant ça fait peur aussi de l'être trop. (MG 10)

J'ai peur qu'il se braque ou que je fasse fausse route. (MG 12)

- 2 ont signalé comme limite que le **médecin** peut être lui-même **auteur** de la maltraitance

Être lui-même maltraitant (MG 4)

Est-ce que je me suis senti maltraitant ? Non ! Enfin peut-être que je l'ai été mais à mon insu. (MG 6)

- 1 médecin expose le problème de l'**approche paternaliste**

L'espèce de lourdeur et puis de prétention de tous les intervenants entraîne une dérive actuelle qui a tendance à broyer les gens. (MG 5)

3) Synthèse des résultats

Les médecins interrogés connaissent, pour la plupart, la maltraitance physique, psychique et la négligence. Les maltraitements médicale et institutionnelle sont abordées mais moins représentées. Les autres types de maltraitements sont très peu cités, voire pas du tout pour la maltraitance sexuelle et l'âgisme.

Les maltraitements psychiques et les négligences ressortent dans les entretiens comme étant les plus fréquentes. Leurs connaissances semblent corrélées à leur vécu. En effet, l'expérience de maltraitance qui leur vient en premier à l'esprit concerne une situation de négligence, puis de maltraitance psychique, physique, financière, médicale et enfin une privation de droit.

Les facteurs de risque de maltraitance rapportés par les médecins dans leurs expériences sont : les troubles cognitifs, la perte d'autonomie, l'isolement du senior, une personnalité difficile de la victime, la méconnaissance des spécificités de l'âge ou de la démence de la part de l'aidant, l'isolement et l'épuisement de l'aidant, l'âgisme et enfin, la cohabitation. Ces résultats sont en accord avec la littérature.

66% d'entre eux éprouvent de la réticence à employer le terme de "maltraitance". Cette réticence peut être expliquée par le fait que ce mot est empreint d'une forte connotation négative, d'une idée de gravité et de jugement. Le terme en lui-même peut-il être un frein à la prise en charge des maltraitances de la personne âgée ? Pourtant 64 % pensent que le sujet de la maltraitance des seniors est trop peu abordé en médecine générale.

Le rôle que se donnent les médecins généralistes participant à notre étude est un rôle d'anticipation (en prévenant la perte d'autonomie, l'épuisement de l'aidant et en entourant la personne âgée dépendante), de repérage (par observation, exploration d'une situation suspecte ou sur demande de la famille), de protection (par une gestion pluridisciplinaire, une tentative de résolution par la communication, un recours au spécialiste, au Conseil de l'ordre ou à la justice et une orientation adaptée de la victime), de communication (entre professionnels, avec la famille, avec la personne âgée et par la sensibilisation de la population), de formation (du personnel soignant, et de l'aidant par l'éducation thérapeutique), de recherche et enfin de promotion de la bientraitance.

Nous avons constaté une méconnaissance totale de l'outil de repérage EASI malgré sa validité reconnue à l'international et son utilisation facile en médecine générale. De la même manière, la méconnaissance des associations de lutte contre la maltraitance était quasi systématique.

Les limites perçues sont : un défaut de communication, des solutions de repli limitées, la place délicate du médecin de famille qui peut être à la fois médecin de la victime et de l'auteur, l'isolement du médecin face à la prise en charge d'une personne âgée en situation de maltraitance, un défaut de formation, une méconnaissance des structures existantes et de la loi, le surmenage du médecin, le manque de temps, la crainte d'intervenir à tort et enfin le fait que le médecin peut être parfois juge et partie.

IV - Stratégies de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'âgé en France

1) Le réseau ALMA

En 1995, le Pr Robert HUGONOT crée un réseau d'écoute téléphonique local géré par des associations de bénévoles : le réseau Alma – Allô Maltraitance est né (47).

Sa mission est d'abord d'écouter les personnes âgées victimes de maltraitances, à domicile ou en institution, puis de proposer un suivi et un accompagnement à la victime afin de la sortir du cycle de la violence.

Ce réseau local s'est par la suite étendu à la quasi-totalité des départements du territoire pour former un maillage national, avec aujourd'hui 79 centres recensés. Ses membres, bénévoles formés à l'écoute et à la gestion des situations de maltraitances, collaborent avec des professionnels des secteurs sanitaires, juridiques et sociaux.

Les objectifs de ce réseau sont triples (48) : l'accompagnement des victimes et des témoins, la prévention et la sensibilisation de la population et enfin la recherche scientifique.

Par exemple, Alma organise des formations destinées au public tout comme aux professionnels de santé (notamment des cours pour le DESC de gériatrie de certaines facultés de médecine parisiennes ainsi que des interventions dans des écoles d'infirmiers). L'association réalise également des analyses statistiques à partir des données recueillies par téléphone, participant ainsi à l'amélioration des connaissances dans le domaine.

2) L'association Française pour la Bienveillance des Aînés et / ou Handicapés et Fédération 3977 Contre la Maltraitance

L'Association Française pour la Bienveillance des Aînés et/ou Handicapés a été fondée en 2002. Elle a pour mission les actions de prévention et de sensibilisation auprès des professionnels et du grand public.

En février 2008, l'association est missionnée par la secrétaire d'Etat à la solidarité, Valérie LETARD, pour créer un numéro national unique d'écoute téléphonique destinées aux victimes, leurs proches et toute personne suspectant une maltraitance à l'encontre d'une personne âgée. Le numéro d'écoute national 3977 est créé, ligne téléphonique d'écoute, de soutien, d'information et d'orientation des victimes.

En 2011, AFBAH devient HABEO (Handicap, Âge, Bientraitance, Écoute, Orientation) puis fusionne avec le réseau ALMA France en 2014 pour devenir la Fédération 3977 Contre la Maltraitance.

Aujourd'hui, la Fédération 3977 (49), toujours formée de bénévoles, couvre la totalité du territoire national. Elle est soutenue et financée par les pouvoirs publics (Direction Générale de la Cohésion Sociale du ministère des Solidarités et de la Santé).

On retrouve dans ses missions une continuité de celles d'ALMA :

- Assurer une écoute de tous les appels (victimes, proches, témoins ou professionnels) pour les accueillir et soutenir de façon bienveillante, au besoin sous couvert d'anonymat.
- Accompagner dans les démarches, informer des possibilités et des enjeux, conseiller pour faire cesser ces situations grâce aux partenariats développés avec les acteurs institutionnels et associatifs concernés.
- Contribuer à la prévention des maltraitances et à leur détection précoce par les professionnels et les proches aidants, notamment par l'information, la sensibilisation et la formation.
- Alerter le grand public de l'importance et des conséquences des maltraitances en France, notamment par l'intermédiaire de campagnes médiatiques (exemple disponible en Annexe 4) et contribuer au développement d'une politique publique de lutte contre les maltraitances.
- Contribuer aux connaissances sur les maltraitances à partir des informations recueillies suites aux appels reçus qui sont analysées et synthétisées dans un rapport annuel (23).
- Participer aux instances concernées par la lutte contre les maltraitances, comme la Commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la Bientraitance, et le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge.

En pratique, les centres poursuivent, en proximité, le premier contact pris avec la plateforme 3977. Ils écoutent les appelants, analysent chaque situation, les orientent au cas par cas vers les professionnels légitimes et compétents (travailleurs sociaux, infirmiers ou médecins, avocats...), les services (Centres Communaux d'Action Sociale, Conseils départementaux, Agence Régionale de Santé, CLIC...) ou les institutions (police, gendarmerie, justice) chaque fois que nécessaire pour leur apporter une réponse adaptée. Ils tiennent à éviter tout contact direct avec les appelants en sollicitant les acteurs pertinents de proximité.

À chaque étape, la fédération s'appuie sur des principes éthiques : bienveillance et neutralité vis-à-vis de l'appelant, respect de la confidentialité, notamment par l'usage d'un logiciel informatique spécifique qui permet la transmission confidentielle des données entre les différents intervenants dans le respect de la dignité et de la vie privée de la personne âgée, diversité professionnelle des écoutes et de l'accompagnement, prévention de tout conflit d'intérêt.

3) Le Comité National de vigilance et de lutte contre la maltraitance

Selon l'article D116-1 du code de l'action sociale et des familles (50) : le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, présidé par le ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, a pour mission d'aider à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés.

Cette instance de concertation créée en novembre 2002, puis étendue aux personnes handicapées en 2007, se réunit tous les ans afin de déterminer un programme de travail et mobiliser des acteurs de terrain en fonction de la thématique choisie.

Ses objectifs : améliorer la connaissance de la maltraitance pour mieux la prévenir, sensibiliser la population, améliorer la protection juridique des personnes âgées, élaborer des outils de dépistage pour une meilleure gestion des risques, améliorer le traitement des signalements, être plus exigeant avec la qualité de la prise en charge proposée par les institutions et renforcer le dispositif de contrôle et d'inspection des établissements.

Les résultats de ces travaux conduisent à la préconisation d'actions concrètes, présentées en séances plénières, et permettent notamment d'élaborer deux guides de gestion des risques de maltraitance. Le premier réalisé en décembre 2008 est destiné aux établissements accueillant des personnes âgées et le second réalisé en Janvier 2009 est destiné aux services d'aides, de soins et d'accompagnements à domicile. Ces guides fournissent des outils permettant de repérer des risques de maltraitements afin de les signaler aux responsables du service d'aide ou de la structure accueillant la personne âgée.

En Janvier 2013, le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés devient le Comité National pour la Bientraitance et les Droits des personnes âgées et handicapées (CNBD) (51) et étend ainsi son champ d'action au développement d'une culture de la bientraitance au domicile et en institution.

4) La réforme de la protection juridique des majeurs vulnérables

Le 5 Mars 2007 est promulguée une loi renforçant les droits et libertés des personnes majeures protégées (52). Elle vient réformer la loi de 1968 sur les “incapables majeurs”, devenue inadaptée du fait de la nette augmentation des mesures de protection juridique liée au vieillissement de la population. Cette réforme participe notamment à améliorer la protection des majeurs vulnérables contre les maltraitances financières.

Principaux points du texte de loi :

- La mise sous tutelle ou sous curatelle n'est désormais possible que sur présentation d'un certificat médical circonstancié attestant d'une altération des facultés ou d'une incapacité à exprimer sa volonté. Sont ainsi supprimés les motifs de “prodigalité, intempérance ou oisiveté”.
- Un “mandat de protection future” est créé. Il devient possible par ce mandat de prévoir les modalités de son éventuelle protection future, notamment en désignant à l'avance qui sera chargé de veiller sur ses intérêts personnels ou patrimoniaux ainsi que sa personne de confiance. Ce mandat s'applique dès que l'altération des capacités est médicalement constatée, sans qu'un juge n'ait à intervenir.
- Les droits de la personne protégée sont renforcés : la personne est obligatoirement entendue lors de la procédure de mise sous tutelle. Les mesures doivent être révisées tous les 5 ans. Les décisions en matière de santé et de logement seront prises par la personne concernée (dans la mesure de ses possibilités), le tuteur n'ayant sur ces sujets qu'un rôle d'information et d'aide.
- Les tuteurs et curateurs extérieurs à la famille (mandataires judiciaires) seront soumis à des règles communes de formation, de contrôle, d'évaluation et de rémunération. Des comptes rendus réguliers des actes effectués pour le compte de la personne sous tutelle sont dès lors obligatoires. C'est la personne protégée qui subvient, dans la mesure de ses moyens, aux frais occasionnés par sa protection. Si nécessaire, la rémunération des mandataires peut être assurée par un financement public.
- La tutelle aux prestations sociales est supprimée (elle concernait les personnes en difficulté, incapables de gérer leurs ressources mais ne présentant pas d'altération de leurs facultés mentales). À sa place, deux autres régimes de protection voient le jour : la Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) et la Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ). Ces dispositifs

d'accompagnement social veillent notamment au paiement du loyer et constituent une alternative intéressante à la tutelle et à la curatelle, permettant aux personnes âgées d'être assistées pour la gestion de leur budget et leurs prestations sociales tout en conservant leur liberté de choix et leurs droits. Leur durée est de deux ans renouvelables une fois avec réévaluation régulière par le juge des tutelles.

- Les personnes pouvant saisir directement le juge des tutelles sont aujourd'hui : la personne à protéger elle-même, le conjoint, concubin ou pacsé, un parent ou toute autre personne entretenant des liens étroits et stables avec le majeur. Le médecin généraliste doit quant à lui réaliser un signalement au Procureur qui pourra, s'il l'estime nécessaire, saisir le juge des tutelles pour mettre en place une mesure de protection adaptée.

5) L'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

Créée en 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale, l'ANESM succède au Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale. Elle a pour mission d'élaborer des "guides de bonnes pratiques professionnelles" destinés aux personnels des établissements et services accueillant des personnes âgées, handicapées ou mineurs. Elle contrôle également la qualité de leurs prestations par une évaluation externe tous les 5 ans. Par ailleurs, l'agence assure le développement et la diffusion de la culture de bientraitance au sein des établissements accueillant des personnes âgées, comme les EHPAD ou les résidences autonomie.

L'ANESM propose une définition de la bientraitance : "culture qui vise à promouvoir le bien-être de l'usager, en gardant toujours à l'esprit le risque de maltraitance". Elle consiste en une recherche continue de la personnalisation et de l'individualisation de la prestation, en respectant les droits et l'autonomie des personnes âgées. La bientraitance est une « manière d'être, de dire et d'agir », dans le respect des choix du patient et de ses refus.

Depuis le 1er Avril 2018, l'ANESM collabore avec la HAS pour l'élaboration et la diffusion de ses recommandations de bonnes pratiques. Plus tard, la HAS s'est vue confier par la loi du 24 juillet 2019 (53) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, la responsabilité de la procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Ainsi, elle a pour mission d'élaborer le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS, ainsi que le nouveau cahier des charges d'habilitation des organismes en charge des évaluations. L'évaluation est double, interne et externe.

L'évaluation interne est conduite par l'établissement ou le service lui-même en associant les professionnels, les personnes accompagnées et les partenaires. Elle doit analyser les processus mis en œuvre, l'organisation et les actions pour les personnes accompagnées. Elle s'appuie sur une analyse documentaire, l'observation des pratiques et le recueil du point de vue des différents acteurs. Il s'agit d'une démarche collective et participative qui nécessite d'impliquer l'ensemble des professionnels et de confronter leurs paroles à celles des personnes accompagnées. À l'issue de ce diagnostic partagé, les points à valoriser sont mis en avant et les éléments d'amélioration précisés. Un plan d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement est élaboré. Il doit être suivi et communiqué régulièrement aux professionnels et aux personnes accompagnées.

L'évaluation externe est réalisée par un organisme habilité par la HAS. Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

En cas de différends, de manquements survenus en matière de déontologie ou de méthodologie, le gestionnaire de l'établissement, un professionnel, une personne accompagnée, un membre de sa famille, ou encore les autorités de contrôle destinataires des rapports, en informent la HAS. À l'issue d'une procédure contradictoire, la HAS peut décider de suspendre ou de retirer l'habilitation de l'organisme.

La lutte contre la maltraitance est primordiale mais ne suffit pas, il s'agit d'aller plus loin, tendre vers la bientraitance, pour assurer le bien-être de la personne âgée. Dans cette optique, nous devons remettre en cause et questionner en permanence nos pratiques, que ce soit en tant que médecin généraliste en ville ou dans un EHPAD.

6) L'aide aux aidants

Les aidants familiaux sont en majorité des femmes, entre 45 et 64 ans, précisent Gand et Al, dans leur *rapport sur l'accompagnement et les besoins des aidants familiaux* (54), commandé par la Caisse Nationale pour l'Autonomie en 2012. En 2018, plus de 4,3 millions de personnes aident une personne âgée à domicile (55).

Nous avons vu que les facteurs propres à l'auteur ont un plus grand impact que les caractéristiques de la personne maltraitée sur la genèse des maltraitances. Dès lors, il

paraît primordial de former, de soutenir, d'accompagner et de soulager le proche aidant afin d'éviter un passage à l'acte maltraitant.

6.1 La formation des aidants

Des formations gratuites, en présentiel ou en ligne, adressées aux proches aidants de personnes âgées dépendantes sont proposées en France par diverses associations. Elles leur permettent d'acquérir des connaissances sur la maladie et d'apprendre à gérer des comportements parfois difficiles, assurant à la fois une meilleure prise en charge de l'aidé et une diminution du stress de l'aidant.

L'une d'entre elles, France Alzheimer (56), a été créée en 1985 à l'initiative de familles de personnes malades et de professionnels du secteur sanitaire et social. Elle est la seule association nationale de familles à être reconnue d'utilité publique dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. De nos jours, composée de 2200 bénévoles, elle s'appuie sur un réseau de 96 associations départementales.

Le médecin généraliste peut ainsi participer à l'éducation thérapeutique de l'aidant en l'informant de l'existence de ces formations, notamment dans les situations d'épuisement ou bien tout simplement dans une approche préventive.

6.2 Le soutien psychologique des aidants

Le médecin généraliste peut proposer des thérapies de soutien à l'aidant à l'occasion d'une consultation lui étant dédiée par exemple. Elles ont pour objectif de traiter un éventuel syndrome dépressif ou anxieux, d'atténuer les tensions du couple aidant-aidé et d'améliorer la dynamique familiale.

Il existe également des groupes de soutien, le plus souvent reliés à une association ou à des services sociaux. Ils permettent aux aidants de recevoir et d'échanger des conseils pour gérer les situations difficiles. L'un des objectifs principaux est de rompre l'isolement de l'aidant en lui donnant accès à un réseau de partage d'expériences.

6.3 Adaptation de la société au vieillissement

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, des plateformes d'accompagnement et de répit (57) ont été expérimentées entre 2009 et 2010, puis étendues à l'ensemble du territoire à partir de 2011. Elles ont pour objectif d'accompagner les aidants de personnes âgées en perte d'autonomie, quelles que soient leurs pathologies, afin d'éviter l'épuisement et, de cette manière, favoriser le maintien à domicile. Ces structures, au nombre de 150 aujourd'hui, sont rattachées à des accueils de jour ou constituent des structures autonomes, le plus souvent via des associations.

Elles ont un rôle d'information des aidants au sujet de la maladie de leur proche. Elles proposent des formations, du soutien psychologique, de l'aide pour trouver une structure médico-sociale comme un accueil temporaire ou une aide à domicile, des actions culturelles et sorties pour le couple aidant-aidé, favorisant les interactions sociales. La délivrance d'informations et de formations est gratuite, une participation financière est demandée par la plateforme pour certaines activités.

Ces plateformes présentent pourtant une limite non négligeable à leur utilisation. En effet, selon les résultats de l'enquête menée au printemps 2013 par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (58) sur l'activité des plateformes en 2012, elles rencontrent des difficultés pour se faire connaître auprès des professionnels libéraux, notamment les médecins généralistes.

Il faut donc aller plus loin et dans cette optique, le 28 Décembre 2015, est promulguée la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Elle prévoit, entre autres, la création du droit au répit (55) qui permet au proche aidant d'être relayé par une structure d'accueil temporaire grâce à une aide financière plafonnée à 500 euros par an, tout en assurant la continuité de l'accompagnement médico-social de la personne âgée. Ce droit au répit est réservé aux aidants de personnes âgées bénéficiant de l'APA, c'est à dire classées de GIR 1 à GIR 4 selon la grille AGGIR, qui permet de déterminer le degré de perte d'autonomie et les besoins de la personne âgée.

Cette loi définit également avec précision la notion de "proche aidant" (59) : "Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne".

Enfin, le "congé de soutien familial", inscrit dans le code du travail, permettant à un salarié de cesser son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne en perte d'autonomie, devient "congé de proche aidant" (60). Il donne plus de souplesse à l'aidant qui peut dès lors prendre son congé en temps partiel et le fractionner.

En cas d'urgence (aggravation soudaine de l'état de santé de la personne aidée ou situation de crise), le congé peut être pris immédiatement. Sa durée est de trois mois renouvelables, ne pouvant excéder un an au total. Il est étendu aux personnes âgées hébergées chez un tiers ou dans un établissement.

Ce texte de loi crée de nouveaux droits sociaux en concrétisant le soutien aux proches aidants dont le statut est désormais reconnu.

Par la suite, la loi du 13 février 2018 (61) crée un dispositif de don de jours de repos non pris au bénéfice des proches aidants de personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Avant le vote de cette loi, seuls les salariés parents d'un enfant gravement malade pouvaient bénéficier du don de jours de repos de la part de leurs collègues. Ce don de jours de repos permet au salarié qui en bénéficie d'être rémunéré pendant qu'il s'occupe de son proche.

Il n'existe pas de statut officiel d'aidant d'un proche âgé en perte d'autonomie qui donnerait droit à une rémunération durable. Cependant, il est possible d'être rémunéré pour l'aide apportée à son proche en devenant son salarié. Si la personne âgée n'est pas bénéficiaire de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), elle peut employer librement un membre de sa famille en tant qu'aide à domicile. Si la personne âgée est bénéficiaire de l'APA, la loi l'autorise à employer un membre de sa famille (à l'exception du conjoint, concubin ou partenaire de PACS) en tant qu'aide à domicile dans le cadre de l'APA qui lui est accordée. Son APA permet ainsi de rémunérer le membre de la famille qu'elle salarie.

Mise en place depuis le 30 septembre 2020, l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) (62) indemnise à hauteur de 66 jours le congé de proche aidant. Elle s'adresse à toute personne résidant en France qui réduit ou cesse son activité professionnelle et souhaite s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie d'une particulière gravité. Cette allocation, souple d'utilisation, est mobilisable pour un accompagnement de quelques semaines/mois ou pour un accompagnement régulier et étalé dans le temps dans le cadre d'une activité à temps partiel ou pour un accompagnement ponctuel en fonction du besoin. Elle est versée dans la limite de 66 jours pour l'ensemble de la carrière, quelle que soit l'activité professionnelle exercée et quel que soit le nombre de personnes aidées. Le montant de l'allocation journalière du proche aidant est forfaitaire. Il est fixé à 43,83 euros par jour pour une personne en couple et à 52,08 euros par jour pour une personne vivant seule.

Le gouvernement prévoit également des aides fiscales (63) pour les proches hébergeant durablement un senior ou participant à ses frais d'hébergement en EHPAD.

6.4 Les structures d'accueil temporaire pour personnes âgées

- L'accueil de jour (64) :

Cette structure a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible à domicile en étant accueillies une à plusieurs journées par semaine dans un EHPAD ou une structure autonome. Des activités variées y sont mises en place pour favoriser les stimulations physiques, sensorielles et

cognitives ainsi que des actions qui favorisent une meilleure nutrition et contribuent au bien-être. Les seniors préservent de cette manière leur autonomie grâce aux activités adaptées proposées. Le temps passé hors du domicile contribue à rompre l'isolement de l'aîné comme de l'aidant, lui permettant d'échanger avec les professionnels de l'accueil de jour ainsi que des familles de malades. Il permet également à l'aidant de se reposer ou de dégager du temps pour ses propres occupations.

- L'hébergement temporaire en EHPAD (65) :

Il permet à l'aidant de s'absenter sur une durée allant d'un week-end à plusieurs semaines par mois voire plusieurs mois d'affilée. Les résidents temporaires partagent la vie quotidienne des résidents permanents de l'établissement ou de la famille et sont accueillis dans les mêmes conditions. Cette structure constitue parfois une préparation à l'entrée en institution.

- L'accueil familial (66) :

Peu développé sur notre territoire, il permet à une personne âgée de passer, contre rémunération, une période plus ou moins longue au sein d'une famille d'accueil agréée par le Conseil Départemental. La caractéristique principale de cette forme d'hébergement est sa souplesse car elle permet un hébergement qui peut être temporaire ou permanent, à temps partiel (juste la journée par exemple), complet ou encore séquentiel (tous les weekends).

- Le "Baluchonnage" (67) :

Cette association fondée au Québec en 1999 commence à s'implanter en France depuis 2012. L'idée est de permettre un répit à l'aidant tout en évitant au malade un hébergement temporaire hors de son lieu de vie. "Il s'agit de remplacer l'aidant par une personne unique, qui va se fondre dans les habits de l'aidant en son absence, avec le moins de perturbation possible" explique Frédérique LUCET, membre fondateur de Baluchon France, psychologue et doctorante en sociologie du travail.

Baluchon Alzheimer fait le pari d'une intervention minimaliste, au sens de changer le minimum de choses possibles dans le quotidien du malade. Les interventions à domicile sont conservées (soins, aides ménagères, visites, accueil de jour) ce qui offre du temps de repos pour la "baluchonneuse" qui vient loger sur place.

Du répit, mais aussi de l'accompagnement. Durant son séjour à domicile, la baluchonneuse essaie d'entrer en communication avec la personne atteinte, en tissant une relation de confiance. En outre, à la lumière de son expérience et de sa formation, elle parvient à observer et dénouer des situations difficiles. Ce sont des choses parfois très simples qui peuvent faire la différence, comme par exemple la disposition des

miroirs dans la maison peut provoquer des situations de crise, si le malade qui passe devant ne se reconnaît pas.

Il s'agit d'un travail d'équipe très particulier, très formalisé. Les baluchonneuses, pour la grande majorité des femmes, sont accompagnées et formées. Pour chaque collectif, il y a une directrice clinique et une psychologue qui mettent en place l'organisation du travail. En tant que salariées, elles bénéficient d'une formation continue, de journées de ressourcement et de week-ends pour échanger sur les bonnes pratiques. Enfin, elles peuvent joindre 7j/7 et 24h/24 la coordinatrice clinique en situation difficile et les autres baluchonneuses via internet. Même seules au domicile, elles ne sont jamais isolées.

Les aides financières disponibles pour ces différentes structures sont l'APA et l'ASH. Parfois, les mairies ou départements et les caisses de retraite complémentaires ou complémentaires santé peuvent contribuer à financer une partie du coût de l'hébergement temporaire. Pour les personnes bénéficiant de l'APA, une aide supplémentaire ponctuelle peut être accordée en cas d'hospitalisation du proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence ou dont l'aide est indispensable à la vie à domicile. Son montant peut atteindre jusqu'à 1 012,76 euros au-delà des plafonds de l'APA à domicile.

Le gouvernement a créé le 04 Juin 2015 un portail national d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches (68), afin de répertorier la plupart des structures et aides disponibles sur une interface unique pour les aider à choisir la solution la plus adaptée à leur situation.

7) Place et rôle du médecin traitant

7.1 Prévention

Comme pour n'importe quel autre risque impactant la santé, le médecin de soins primaires a un rôle primordial de prévention, ce que nous retrouvons effectivement dans notre étude.

L'information et la sensibilisation des personnes âgées et de leur famille vis à vis de la problématique de maltraitance peut se faire notamment en mettant à disposition dans la salle d'attente du cabinet ou dans les EHPAD des affiches ou dépliants (nous en avons réalisé un à titre d'exemple disponible en Annexe 5).

Le médecin doit s'évertuer à lutter contre la perte d'autonomie, il peut proposer une rééducation dans le cadre d'un maintien de l'autonomie par un kinésithérapeute, qui pourrait soulager d'éventuelles douleurs chroniques par la même occasion. Une autre

option serait de passer par l'association Siel Bleu (69), qui propose une activité physique adaptée à la personne. Des antennes sont disponibles partout en France avec le numéro de la personne à contacter pour chaque département accessible sur leur site. Une prise en charge à domicile au tarif de 50 euros par heure déductible d'impôt est proposée dans un premier temps. Ces frais sont pris en charge par certaines caisses de retraite ou de mutuelle. Pour les revenus les plus modestes, il est également possible de faire une demande d'aide auprès de la Fondation Siel Bleu. Les séances à domicile peuvent ensuite conduire à intégrer un des cours collectifs, ce qui permet de favoriser le lien social. Les tarifs sont moins élevés et dépendent du cours.

Si la perte d'autonomie survient malgré tout, le médecin évalue et anticipe les besoins du senior en mettant en place des aides à domicile de manière précoce. En parallèle, il peut rencontrer la famille de la personne en perte d'autonomie à l'occasion d'une consultation dédiée pour favoriser l'éducation des aidants et promouvoir la culture de la bientraitance.

Il veille également à prévenir un épuisement du proche aidant en l'accompagnant à chaque étape, l'informant de ses droits, des associations et des structures existantes pour l'aider comme par exemple les solutions de répit. De la même manière, il dépiste et traite une éventuelle pathologie chez l'aidant dans le but d'éviter qu'elle ne se répercute sur l'aidé.

7.2 Repérage

Comme vu plus haut, le médecin traitant est un interlocuteur privilégié de la personne âgée, parfois même son seul contact extérieur. Ceci fait de lui un acteur indispensable pour le repérage des facteurs de risque et symptômes de maltraitance.

Le dépistage systématique n'est de nos jours pas recommandé en France. D'ailleurs, aucun des médecins interrogés dans notre enquête ne le pratique. Les obstacles cités dans la littérature sont pour la majorité les mêmes que ceux rapportés dans notre étude : risque de faux positifs et présence de l'agresseur lors du dépistage (34), fréquence des troubles cognitifs et barrière de la langue ou culturelle (36), absence de preuve solide et potentiels effets négatifs pour les personnes concernées (70).

Toutefois, des outils de dépistage ont été développés pour aider les professionnels à mieux repérer ces situations. Ils peuvent être utilisés en consultation, par exemple, dans le cadre d'un repérage contextuel.

Parmi eux, l'Elder Abuse Suspicion Index (EASI), disponible en annexe 6, est le seul outil validé en soins primaires (71). Subventionné par les IRSC, il a été développé en 2006 par le Pr Yaffe, professeur de médecine générale à l'Université de Montréal. Cet

outil reconnu internationalement est validé en anglais et en français pour aider les médecins traitants à repérer les signes d'abus chez l'âgé. Il est facile d'utilisation, comporte 6 questions fermées et dure moins de deux minutes. Une réponse positive ou plus aux questions 2 à 6 doit alerter le médecin généraliste sur un risque de maltraitance et l'inciter à réaliser une évaluation approfondie de la situation, en faisant appel à différents professionnels du champ médical, social, voire juridique.

Si cet outil permet au généraliste de suspecter une maltraitance, il comporte aussi des limites : une faible sensibilité (47 %) et la possibilité d'être réalisé uniquement chez les personnes âgées ayant un score MMSE supérieur ou égal à 24. Or, les troubles cognitifs sont un facteur de risque majeur de maltraitance comme nous l'avons vu.

7.3 Protection

Les mesures de protection que peut mettre en place le médecin généraliste sont très diverses. Elles doivent être adaptées graduellement en fonction de la sévérité, du contexte et du type de maltraitance et toujours en collaboration avec la personne âgée, en respectant ses choix et ses refus.

Afin de protéger le patient, le médecin doit dans un premier temps évaluer la situation. Dans la mesure du possible, l'interrogatoire de la personne âgée est réalisé au cours d'une consultation individuelle, sans la présence du potentiel agresseur, afin de libérer la parole et d'éviter une confrontation directe (33),(36),(72). Adopter une position empathique, sans jugement permet d'établir une relation de confiance avec la victime et de la faire parler en rappelant la confidentialité de l'entretien. Il est souhaitable de poser des questions ouvertes afin d'aider le patient à révéler le problème, par exemple Hoover et Polson proposent (72) : "Pouvez-vous m'expliquer ce qui est arrivé ?" ou "Comment avez-vous eu cette blessure ?"

L'examen du patient déshabillé est complet, de la tête aux pieds. Des signes physiques de violence sont recherchés consciencieusement. La tâche est ardue, en effet la proportion élevée de maladies chroniques chez les personnes âgées entraîne des potentiels faux positifs (ecchymoses spontanées attribuées à tort à la violence physique par exemple) et des potentiels faux négatifs (fractures attribuées à tort à l'ostéoporose). La propreté et l'état général sont à apprécier. L'état mental est évalué à la recherche notamment d'un syndrome dépressif ou anxieux. L'examen détaillé du dossier médical du patient peut révéler des signes ambigus qui rétrospectivement sont en faveur de mauvais traitements.

D'après Lachs en 2004 (33), au terme de la consultation, le médecin généraliste doit pouvoir répondre à deux questions fondamentales pour la suite de la prise en charge : La personne âgée accepte-t-elle l'aide proposée ? Si non, est-elle capable de prendre

une décision pour elle-même ? Si la personne âgée est dans l'incapacité de prendre une décision et lorsque sa sécurité ou sa santé sont en péril, une demande de mesure de protection judiciaire est à envisager, notamment pour les maltraitances financières.

Dans une deuxième consultation dédiée, le généraliste a la possibilité d'interroger l'aidant principal, s'il en existe un, afin de repérer d'éventuelles discordances dans les discours et apprécier son attitude générale. Des accusations agressives ou une confrontation peuvent conduire à une escalade des abus, à l'isolement de la victime potentielle, ou aux deux. Il est préférable que le médecin adopte une approche sympathique et sans jugement. Repérer les difficultés rencontrées par l'aidant afin de lui proposer une aide individualisée peut permettre de faire cesser les comportements maltraitants : traiter un syndrome dépressif, prendre en charge une addiction, informer sur le droit au répit et le congé de proche aidant, proposer des solutions d'hébergement temporaire en cas d'épuisement, transmettre les coordonnées d'associations d'aidant qui pourront proposer des formations, des groupes de parole et un soutien psychologique.

Les différentes interventions à proposer dépendent du contexte et du type de maltraitance. Il n'existe pas de protocole unique de prise en charge, mais une prise en charge multidisciplinaire est largement conseillée par la littérature (36),(35).

En cas d'urgence, une hospitalisation de la personne âgée est souhaitable pour l'extraire d'un milieu dangereux. Le médecin peut également prévenir les services de police ou de gendarmerie et réaliser un signalement écrit au Procureur de la République s'il l'estime nécessaire du fait de la sévérité de la situation, que les maltraitances soient avérées ou suspectées, physiques, psychiques ou sexuelles.

Dans les autres cas, plusieurs ressources sont à la disposition du médecin traitant :

- Les services sociaux du secteur comme le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) ou le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), qui peuvent réaliser une enquête sociale, préciser les besoins de la personne âgée et effectuer un signalement au Procureur si besoin.
- La MAIA du territoire concerné, afin d'évaluer les besoins à domicile et coordonner les actions des différents intervenants, fluidifiant ainsi la prise en charge.
- La RESAD : Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficultés, à l'échelle municipale. Il s'agit d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ambulatoire, se déroulant une fois par mois, au cours de laquelle un professionnel présente une situation psycho-sociale complexe concernant un

adulte. Tous les professionnels impliqués dans la prise en charge peuvent y assister. La RESAD permet ainsi d'apporter une réponse concertée et collégiale et favorise l'échange des savoirs entre professionnels.

- Les autres intervenants (infirmiers, kinésithérapeutes, gériatre, aide-soignant) qu'il peut contacter pour confronter les avis.
- La fédération 3977 ou le réseau ALMA
- L'EMOG afin de réaliser une évaluation gériatrique plus approfondie. Dans cette même optique, il peut aussi hospitaliser la personne âgée en gériatrie.
- La rédaction d'un certificat médical initial descriptif si la personne âgée décide de porter plainte, ce qui reste relativement rare.

Il pourrait être intéressant pour le médecin d'avoir accès à une fiche ou un site internet récapitulatif des différentes ressources existantes avec leur numéro. En effet, la difficulté d'accès aux informations pendant ce genre de consultation sensible peut être un frein important.

V - Discussion

Les mauvais traitements subis par les seniors sont donc difficiles à repérer en pratique courante comme l'ont rapporté les médecins dans cette étude. En effet, le sujet est sensible et médecins comme patients peinent à l'aborder. Il est fort probable que les médecins traitants évitent ce thème lors des consultations car il ne le maîtrise pas et se sentent isolés pour prendre en charge les victimes. Pourtant un soutien peut être proposé à ces personnes en souffrance, il est donc inenvisageable de continuer à fermer les yeux face à ce problème croissant. Des outils pourraient être utilisés par les médecins pour amener plus facilement le dialogue avec le patient ou sa famille :

- Une **affiche** ou **dépliant**, exposé dans la salle d'attente, donnant quelques exemples de maltraitance et invitant le lecteur à en parler à son médecin.
- Des **réunions régulières** entre **personnel d'EHPAD** et **patient/famille** offrant l'opportunité de faire remonter des situations problématiques et d'améliorer le quotidien des résidents.
- L'outil de repérage **EASI** permettant de creuser une situation suspecte.
- La possibilité d'**échanger** entre professionnels dans un contexte de **prise en charge pluridisciplinaire** si des doutes se présentent (par exemple avec l'outil Globule ou lors de RESAD).

En ce qui concerne la prévention, notre étude a mis en lumière plusieurs leviers intéressants. En effet, des pistes d'action ont pu émerger de part l'exploration des facteurs de risques de maltraitance d'une part et la recherche des limites rencontrées par les médecins généralistes d'autre part.

- Lutter contre la **dépendance** et l'**isolement** : ces deux facteurs de risque de mauvais traitements sont parmi les plus prépondérants. La prévention de la maltraitance des aînés doit donc s'attacher avant tout à maintenir l'autonomie de la personne (kiné, sport adapté) et l'entourer d'une équipe pluridisciplinaire formée aux spécificités du patient âgé.
- Lutter contre l'**épuiement de l'aidant** : les vulnérabilités de l'aidant, comme nous l'avons vu plus haut, jouent également un rôle non négligeable. Une consultation dédiée à l'aidant, systématiquement proposée, peut permettre de désamorcer des situations avant qu'elles ne dégénèrent. Elle serait l'occasion d'évaluer les besoins, de délivrer des informations, de proposer une éducation thérapeutique et du soutien.

- Améliorer la **formation** des médecins généralistes au sujet de la maltraitance de l'âge : par exemple, une mise en pratique sur des situations de maltraitance à tout âge avec à la clé des informations délivrées sur l'existence de la fédération 3977 et des autres associations concernant les sévices envers l'enfance et les sévices entre partenaires intimes.
- Améliorer l'**accès aux ressources** existantes : un site internet, type aide à la décision médicale, pourrait être dédié à la prise en charge d'une personne maltraitée. On pourrait y trouver les numéros d'associations à contacter (119 : allô enfance en danger, 3919 : numéro dédié aux violences conjugales, 3977 : allô maltraitance des personnes âgées), des questionnaires d'aide au repérage (EASI par exemple), des certificats médicaux initiaux pré-remplis, un courrier type de signalement, etc. Cette centralisation des données pourrait être d'une grande aide et un gain de temps non négligeable en contexte de consultation.
- Lutter efficacement contre l'**âgisme** : il est primordial de changer le regard actuel que porte la société sur les "vieux". Il faut s'attacher à réintégrer la personne âgée dans la vie communautaire et reconnaître la place légitime et fondamentale qui est la sienne tout en respectant ses droits qui devraient être les mêmes que ceux de n'importe quel autre citoyen. Des rencontres avec le monde associatif pourraient être organisées après chaque départ à la retraite en vue de combattre : solitude, ennui, sentiment d'inutilité, dépression, etc.
- Restructurer les **EHPAD** : mesure indispensable pour limiter la maltraitance institutionnelle qui est actuellement largement sous évaluée. Augmenter considérablement le personnel, le former de manière adéquate et limiter le plus possible l'uniformisation des structures. Permettre au résident de participer à la vie de l'établissement en l'incluant dans certaines tâches. Respecter ses droits et sa particularité.

1) Limites de l'étude

1.1 Validité interne

Notre étude présente un certain nombre de biais :

- Biais déclaratif : présent dans toutes les études qualitatives, il découle du discours de l'enquêté, de comment il est perçu par l'enquêteur et des aléas de la communication au sens large.

- Biais d'investigation : le manque d'expérience de l'enquêteur joue également un rôle malgré nos tentatives de limiter ce biais par une transcription des entretiens de type Verbatim, mot à mot. En effet, n'étant pas formée à la technique des entretiens, j'ai pu involontairement influencer le discours des médecins par mes questions ou réactions. Ce biais s'est atténué au fur et à mesure des entretiens.
- Biais de désirabilité : les enquêteurs étant identifiés comme des confrères des enquêtés, ces derniers ont pu modifier (de façon consciente ou non) leurs réponses pour plaire, ou en tous cas ne pas déplaire ou être mal perçus.
- Biais de mémorisation : les enquêtés ont pu donner leurs réponses, en fonction des souvenirs qu'ils ont gardés.

1.2 Validité externe

La méthode qualitative choisie nous a permis d'obtenir un discours très riche avec des participants variés et assez nombreux pour atteindre une suffisance des données. Néanmoins, il aurait été de notre souhait de réaliser d'autres entretiens. En effet, malgré une suffisance des données obtenue, le nombre de participants reste relativement faible ce qui rend difficile l'extension de nos résultats à l'ensemble de la population des généralistes en France et a fortiori dans le monde.

2) **Forces de l'étude**

En France, nous disposons de peu d'études à propos des connaissances et limites des médecins généralistes au sujet de la maltraitance des personnes âgées. Une revue de la littérature sur le sujet dans l'État du Michigan aux Etats-Unis a été publiée en 2006 dans le *Journal Of The National Medical Association* (73). Les résultats, en accord avec notre étude, montrent une mauvaise connaissance de la part des médecins au sujet de la maltraitance de l'agé.

Le biais d'interprétation a été limité par le fait que l'analyse a été effectuée par deux doctorantes permettant un double codage. Cette analyse croisée a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

L'utilisation de la grille d'auto-évaluation COREQ a permis également l'amélioration de la validité interne.

Notre échantillon de médecins généralistes est suffisamment varié (activités diverses, âges différents, mode et lieux d'exercice multiples) pour supposer qu'il est représentatif des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine.

3) Ouverture

Notre étude a montré la demande de la part des médecins généralistes d'être mieux formés sur le sujet et d'avoir à disposition un outil simple pour orienter les patients qui le nécessite. Nous avons réalisé un dépliant répondant à cette demande.

Il pourrait être intéressant de faire une étude complémentaire dont l'objectif serait de mesurer l'impact de cet outil dans la pratique des médecins au bout de quelques années d'utilisation.

Une étude sur le point de vue des patients au sujet de la maltraitance de l'âgé pourrait également être très intéressante.

Il paraît important de souligner l'absence récurrente de ce thème, dont l'enjeu ne peut pourtant pas être nié, dans le *référentiel du collège national de gériatrie* (74). Le terme de maltraitance n'y apparaît qu'une fois et aucun chapitre ne lui est dédié. En ce qui concerne le *livre blanc de la gériatrie française*, un chapitre de 3 pages sur 431 y est consacré. Le ressenti des médecins interrogés dans notre enquête est donc bien le reflet de la réalité de leur formation initiale.

Lever le tabou qui règne au sujet de la maltraitance des seniors sera une étape primordiale pour tendre à plus de transparence. Une médiatisation est indispensable pour arriver à cette fin, comme on a pu le voir en ce qui concerne les maltraitances de l'enfant et les maltraitances conjugales. L'État doit se saisir de cette lutte et en faire une cause nationale, en mettant à contribution tous les acteurs concernés, pour espérer un recul des violences et rendre à nos aînés un peu de sérénité, de douceur et d'insouciance.

CONCLUSION

La maltraitance de la personne âgée est un sujet sensible et d'actualité. Il est grand temps de s'atteler à ce problème de santé publique en multipliant les études afin de mieux cerner son étendue. Le bien-être des seniors concerne chacun d'entre nous, que ce soit vis-à-vis de nos parents, nos grands-parents ou vis-à-vis de notre propre avenir.

Le médecin généraliste représente souvent la source d'information principale des patients et de leurs proches. Cette proximité professionnelle, parfois même affective, privilégie le médecin traitant dans la lutte contre la maltraitance. Le rôle que se donnent les médecins interrogés dans notre enquête est un rôle d'anticipation, de repérage, de protection, de communication et de promotion de la bientraitance.

Cependant, dans la pratique, cette proximité peut se transformer en réel frein. Les médecins traitants éprouvent des difficultés pour repérer et prendre en charge leurs patients âgés vulnérables potentiellement maltraités. La crainte des répercussions, la sensation d'impuissance, le manque de formation sont autant d'obstacles rencontrés. Le manque de temps, la méconnaissance des différents acteurs existant et le besoin d'un diagnostic de certitude sont des freins connus dans la littérature que l'on retrouve ici. Mais notre étude a pu également mettre en lumière une grande difficulté de communication, de la part du médecin comme de celle des patients. Il existe, encore de nos jours, un réel tabou autour de la maltraitance, sujet si sensible que le terme lui-même est employé avec grande réticence.

Un outil de dépistage rapide, simple et fiable, tel que le questionnaire EASI, peut être utilisé pour éclaircir des situations floues ou comme moyen d'aborder le sujet. Une campagne de communication de la fédération 3977 auprès des professionnels de soins primaires ainsi que l'intégration d'un chapitre dédié à la maltraitance en gériatrie dans la formation initiale des médecins généralistes permettrait de mieux les sensibiliser. Une clarification des modalités de signalement pourrait aussi aider les médecins.

La prise en charge de patients âgés nécessite une formation spécifique ainsi qu'une collaboration accrue avec la famille et entre praticiens. Le recrutement des soignants en EHPAD devrait exiger une telle formation. Nous pourrions également imaginer un accueil d'urgence gériatrique avec une équipe formée aux spécificités de l'âgé et des locaux plus adaptés. Enfin, une éducation thérapeutique devrait être proposée à tout aidant familial dans un temps de consultation dédiée où l'on pourrait également lui remettre l'ensemble des informations sur les solutions existantes : répit, aides financières et humaines, groupes de paroles et soutien psychologique. Le site "pour-les-personnes-âgées.gouv.fr" regroupe une grande partie de ces informations.

Le médecin généraliste reste trop souvent seul face à ces prises en charge difficiles. Soit de manière volontaire, car il préfère gérer ces situations dans la sphère de l'intime, soit de manière involontaire car il ne sait pas à qui s'adresser et se sent alors isolé. Or, la plupart du temps, une situation de maltraitance est très complexe et il faut s'attacher à la résoudre sous un angle pluridisciplinaire. Des ressources existent à différents niveaux et doivent être mobilisées : social (CLIC), associatif (fédération 3977), hospitalier (EMOG, gériatre), paramédical (kiné, infirmières libérales).

La lutte contre l'âgisme est un facteur déterminant. Les discriminations et le regard négatif que porte la société sur cette tranche de la population favorisent la violence. Il est primordial de mener ce combat, et particulièrement dans le milieu médical, si l'on désire que nos pratiques tendent vers la bienveillance.

Nous devons tenter de faire évoluer les représentations sociales actuelles en redonnant une place à la vieillesse. En passant par la nécessaire acceptation de la différence des âges nous réintégrerons la vieillesse dans le cycle de vie. Les actions inter-générationnelles contribuent à ce travail de fond. En cultivant le lien social, elles facilitent la reconnaissance de l'autre, luttent contre l'isolement et assurent la transmission des savoirs et de l'expérience en favorisant la solidarité entre les personnes.

Bibliographie

1. Rosay-Notz H. Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles. *Etudes Sur Mort*. 2004;126(2):27-36.
2. Espérance de vie, une croissance éternelle ? *Le Monde.fr* [Internet]. 16 déc 2010 [cité 10 avr 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2010/12/16/esperance-de-vie-une-croissance-eternelle_1454207_3244.html
3. Abuse of older people on the rise – 1 in 6 affected [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
4. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835208/fr/mission-du-responsable-d-etablissement-et-role-de-l-encadrement-dans-la-prevention-et-le-traitement-de-la-maltraitance
5. Krug EG, *Weltgesundheitsorganisation*, éditeurs. *World report on violence and health*. Geneva; 2002. 346 p.
6. Journée internationale des personnes âgées | Nations Unies [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/observances/older-persons-day>
7. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
8. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
9. Rapport : Vivre ensemble plus longtemps [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/rapport-vivre-ensemble-plus-longtemps-0.html>
10. Larousse É. vieillesse - LAROUSSE [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/vieillesse/16942>
11. Jeandel C, Aquino J-P, Berrut G, Chassagne P, Emeriau J-P, Maubourguet N, et al. *Livre Blanc de la Gériatrie française*. édition 2011. ESVproduction; 434 p.
12. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
13. Desjardins B, Légaré J. Le seuil de la vieillesse : quelques réflexions de démographes. *Sociol Sociétés*. 1984;16(2):37-48.
14. Maltraitance des personnes âgées [Internet]. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
15. AMYOT Jean Jacques, *Guide de la Prévention et de la lutte contre la maltraitance des*

- personnes âgées, Paris, 2010, DUNOD.
16. MARAND-FOUQUET C. Les maltraitements au regard de l'Histoire [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.alpes-maritimes.gouv.fr/content/download/7925/88980/file/maltraitancehistoire.pdf>
 17. BAS (Philippe). Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Paris: Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille; 2007. 30 p.
 18. OMS | Questions-réponses sur l'âgisme [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>
 19. Hugonot R, Savioz, Hydle, Rasclard, De Saussure, Autexier. 48ème Journée Régionale de Gérontologie – 1992. In Voiron; 1992. p. 80.
 20. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées: partenaires multisectoriels. [Internet]. 2016 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2689058>
 21. [l'Observatoire de l'Âgisme], le site de l'observatoire de l'âgisme [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.agisme.fr/>
 22. Rapport violence et santé. Haut Comité de la santé publique; 2004 mai p. 190.
 23. Rapports d'activité [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://3977.fr/rapport-activite/>
 24. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 1 févr 2017;5(2):e147-56.
 25. Beaulieu M, Picard F, Bergeron-Patenaude J. La maltraitance envers les aînés: changer le regard [Internet]. 2013 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/446719>
 26. Centre d'étude - Allo Maltraitance Majeurs Vulnérables [Internet]. Alma Paris. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://alma-paris.org/nos-actions/un-centre-detude/>
 27. Caudron J-M, Charlot V, Guffens C. La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables. Voiron: Territorial; 2011.
 28. 25 PROPOSITIONS pour réformer durablement l'accompagnement des personnes âgées! | FNADEPA [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.fnadepa.com/article/25-propositions-pour-reformer-durablement-l-accompagnement-des-personnes-agees>
 29. Lachs MS. The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*. 5 août 1998;280(5):428.
 30. Beaulieu M, Bergeron-Patenaude. M. Beaulieu et Bergeron-Patenaude; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; Ogrodnik, 2007). 2012;
 31. 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.
 32. SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA. La maltraitance des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe : une analyse documentaire Société Alzheimer du Canada. 2010.
 33. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *The Lancet*. oct 2004;364(9441):1263-72.
 34. Sethi D, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe;

2011. 86 p.
35. Berg N, Beaulieu M, Oudewater M, Langhendries D, Giet D. La maltraitance envers les personnes âgées : quelques éléments pour la pratique médicale. Rev Med Liège. :8.
 36. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1404688>. Massachusetts Medical Society; 2015 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1404688>
 37. Présentation [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <http://mobisante-mobisante.e-monsite.com/pages/presentation.html>
 38. Sabine G-S. La maltraitance institutionnelle des personnes âgées. [Rennes]: Ecole Nationale de Santé Publique; 2001.
 39. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLOS Med. 27 juill 2010;7(7):e1000316.
 40. Harvard Second Generation Study [Internet]. harvardstudy. [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.adultdevelopmentstudy.org>
 41. L'Espagne légalise l'euthanasie, devenant le sixième pays au monde le faire. Le Monde.fr [Internet]. 18 mars 2021 [cité 10 avr 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/03/18/l-espagne-devient-le-quatrieme-pays-europeen-a-legaliser-l-euthanasie_6073591_3210.html
 42. Les dernières actualités - Exit A.D.M.D. Suisse romande [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.exit-romandie.ch/>
 43. DIGNITAS - Vivre dignement - Mourir dignement [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <http://dignitas.ch/index.php?lang=fr>
 44. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.
 45. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
 46. KAUFMANN Jean-Claude. L'entretien Compréhensif. In: 4ème édition. 2016. p. 128. (Armand Colin).
 47. Notre histoire [Internet]. Alma Paris. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: https://alma-paris.org/?page_id=134
 48. En bref [Internet]. Alma Paris. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: https://alma-paris.org/?page_id=14836
 49. La Fédération 3977 en quelques mots | 3977 [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://3977.fr/le-3977-en-quelques-mots/>
 50. Section unique : Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés (Articles D116-1 à D116-4) - Légifrance [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006178295/2011-12-23/>
 51. Décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 portant création du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées. 2013-16 janv 7, 2013.
 52. LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs (1). 2007-308 mars 5, 2007.
 53. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.

54. Gand S, Hénaut L, Sardas J-C. Soutenir et accompagner les aidants non professionnels de personnes âgées : de l'évaluation des besoins à la structuration des services sur un territoire [Internet] [report]. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie; 2012 [cité 18 avr 2021]. p. 214. Disponible sur:
<https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00818057>
55. L'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
56. France Alzheimer - Union nationale des Associations France Alzheimer [Internet]. France Alzheimer. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/>
57. Les plateformes d'accompagnement et de répit [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit>
58. Les plateformes d'accompagnement et de répit : Bilan national de l'enquête d'activité 2012. Paris: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie; 2014.
59. Article L113-1-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031716507/
60. Sous-section 2 : Congé de proche aidant. (Articles L3142-22 à L3142-31) - Légifrance [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031727993/2015-12-30/>
61. Le don de jours de repos entre collègues [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/travailler-et-aider-un-proche/le-don-de-jours-de-repos-entre-collegues>
62. L'allocation journalière du proche aidant : qu'est-ce que c'est ? [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/soutien-financier/lallocation-journaliere-du-proche-aidant-quest-ce-que-cest>
63. Vous aidez un proche âgé : quelles aides fiscales ? [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/soutien-financier/vous-aidez-un-proche-age-quelles-aides-fiscales>
64. Aller à l'accueil de jour [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-daccueil-temporaire/aller-a-laccueil-de-jour>
65. Hébergement temporaire pour personne âgée (Ehpad, accueillant familial) [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33912>
66. Accueil familial d'une personne âgée et/ou handicapée (accueillant familial) [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15240>
67. Présentation et valeurs de Baluchon France [Internet]. Baluchon France. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://baluchonfrance.com/presentation-et-valeurs/>
68. Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur:

- <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
69. Siel Bleu - La santé par l'activité physique adaptée ! [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.sielbleu.org>
 70. Moyer VA. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 19 mars 2013;158(6):478.
 71. Évidence d'Abus Selon des Indicateurs (EASI) [Internet]. Département de médecine de famille. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/recherche/projets/easi>
 72. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *Am Fam Physician*. 15 mars 2014;89(6):453-60.
 73. Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *J Natl Med Assoc*. mars 2006;98(3):403-4.
 74. Gériatrie, 4e édition - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 5 juin 2021]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.docelec.u-bordeaux.fr/student/content/toc/3-s2.0-C20170022103>

Annexe 1 : Exemple d'affiche de lutte contre la discrimination

STOP DISCRIMINATION

Une discrimination est une inégalité de traitement fondée sur un des **20** critères interdits par la loi *

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
|  <p>L'âge</p> |  <p>L'apparence physique</p> |  <p>L'appartenance ou non à une ethnie</p> |  <p>L'appartenance ou non à une nation</p> |  <p>L'appartenance ou non à une race</p> |
|  <p>L'appartenance ou non à une religion déterminée</p> |  <p>L'état de santé</p> |  <p>L'identité sexuelle</p> |  <p>L'orientation sexuelle</p> |  <p>La grossesse</p> |
|  <p>La situation de famille</p> |  <p>Le handicap</p> |  <p>Le patronyme</p> |  <p>Le sexe</p> |  <p>Les activités syndicales</p> |
|  <p>Les caractéristiques génétiques</p> |  <p>Les mœurs</p> |  <p>Les opinions politiques</p> |  <p>L'origine</p> |  <p>Le lieu de résidence</p> |

et dans un domaine cité par la loi *

| | | | | |
|---|--------------------|-----------------------|---------------------|-----|
| La fourniture d'un bien ou d'un service | L'accès à l'emploi | L'accès à l'éducation | L'accès au logement | ... |
|---|--------------------|-----------------------|---------------------|-----|

* www.legifrance.gouv.fr

 **STOP-DISCRIMINATION.gouv.fr**

Annexe 2 : Guide d'entretien

Questions préliminaires : Présence de patientèle âgée dans votre pratique ? Spécificités/Maltraitance ? Année de naissance ? Lieu d'exercice ?

- 1) Quelles sont selon vous les différents types de maltraitance envers les personnes âgées ? Quelle serait la plus fréquente ?
- 2) Pouvez-vous me parler d'une situation de maltraitance envers une personne âgée que vous avez vécu ?
- 3) Abordez-vous ce sujet avec vos patients ? Et à contrario ?
- 4) Vers qui vous tournez-vous en cas de maltraitance avérée ?
- 5) Quelles sont vos préconisations pour prévenir la maltraitance envers les personnes âgées ?
- 6) Connaissez-vous l'outil d'évaluation du risque de maltraitance Elder Abuse Suspicion Index (EASI) créé par le Docteur Marc Yaffe au Canada, l'association ALMA France ou le n° 3977 ?
- 7) Quelles limites peut rencontrer le médecin traitant pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées ?

Annexe 3 : Grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

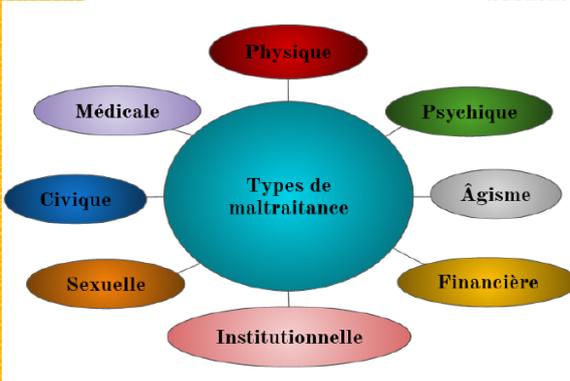
| N° | Item | Guide questions/description |
|--|--|--|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? |
| 2. | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i> |
| 3. | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? |
| 4. | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? |
| 5. | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? |
| Relations avec les participants | | |
| 6. | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? |
| 7. | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i> |
| 8. | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i> |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9. | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i> |
| Sélection des participants | | |
| 10. | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i> |
| 11. | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i> |
| 12. | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? |
| 13. | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? |
| Contexte | | |
| 14. | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i> |
| 15. | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? |
| 16. | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i> |
| Recueil des données | | |
| 17. | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? |
| 18. | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? |
| 19. | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? |
| 20. | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? |

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

| N° | Item | Guide questions/description |
|---|--|--|
| 21. | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ? |
| 22. | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? |
| 23. | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| Analyse des données | | |
| 24. | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? |
| 25. | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? |
| 26. | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? |
| 27. | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? |
| 28. | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? |
| Rédaction | | |
| 29. | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i> |
| 30. | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? |
| 31. | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? |
| 32. | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? |

Annexe 4 : Exemple de dépliant informatif sur la maltraitance des seniors

| | | | |
|--|--|---|--|
|  <p>Outil de lutte contre la maltraitance des personnes âgées</p>  | <p>Qu'est-ce que la maltraitance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maltraitance consiste en un ou plusieurs gestes, ou une absence d'action appropriée, qui cause du tort ou de la détresse à un senior. • Elle se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance. • Elle peut être intentionnelle ou non. • La maltraitance peut prendre deux formes : <ul style="list-style-type: none"> - La violence : Malmener une personne ou la faire agir contre sa volonté, en employant la force ou l'intimidation. - La négligence : Ne pas se soucier de la personne, notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins. | <p>Quelques exemples de questions à poser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment allez-vous ? Comment vous sentez-vous ? • Comment avez-vous eu cette blessure ? • Pouvez-vous me décrire comment ça va à la maison ? • Comment voyez-vous votre situation ? • Vous semblez inquiet par rapport à vos finances. Qu'est-ce qui vous inquiète à ce sujet ? • Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous rend mal à l'aise ? • Comment peut-on vous aider ? | <p>Vers qui référer une situation de maltraitance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas d'urgence, appelez le 15 • En cas de soupçons, appelez la fédération de lutte contre la maltraitance des personnes âgées : 3977 • Pour trouver les coordonnées du CLIC* le plus près de chez vous : https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-points-dinformation-et-plateformes-de-repit • Pour obtenir davantage d'information sur la maltraitance : https://3977.fr/ <p>*CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination en gérontologie</p> |
|--|--|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Quels sont les différents types de maltraitance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physique : coups et blessures, brûlures, soins brusques ou sans prévenir, alimentation forcée, chutes provoquées. - Psychique : insultes, chantage, isolement des proches, manipulation, menaces, abus d'autorité, infantilisation, non-respect de l'intimité - Âgisme : discrimination, restrictions ou normes sociales en raison de l'âge (attitudes hostiles ou négatives, exclusion sociale, réduction de l'accessibilité à certaines ressources. |  <p>Types de maltraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financière : abus de confiance ou d'un état de faiblesse, vol - Sexuelle : geste, parole ou attitude à connotation sexuelle non consenti, qui porte atteinte au bien-être, à l'intégrité ou à l'identité sexuelle. | <ul style="list-style-type: none"> - Institutionnelle : formation inadéquate du personnel, couches systématiques, heures de lever, de coucher, de repas uniformisées, privation ou obligation de participation aux activités de l'institution, règles abusives - Privations ou violations de droits : déni du droit de choisir ou de prendre des risques, de vivre sa sexualité, institutionnalisation forcée, privation de l'exercice des droits civiques ou de la pratique de sa religion. - Médicale : information insuffisante ou inadaptée sur les traitements ou les soins, manque de soins de base, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, non prise en compte de la douleur, acharnement thérapeutique |
|--|--|---|

Annexe 5 : Exemple d'affiche de la Fédération 3977



Maltraitance des personnes âgées et des adultes en situation de handicap

Le courage de voir

Victime ou témoin contactez le

3977

Lundi > vendredi - 9h > 19h
Samedi > dimanche - 9h > 13h - 14h > 19h
Service & appel gratuits



Le choix d'en parler

Vous l'avez remarqué : quelque chose ne va pas.
C'est cela, la maltraitance. Au début, ça n'a rien d'évident :
un trouble, un dérapage, un glissement. Et finalement
une asphyxie. Pourtant les solutions ne manquent pas.
Vous aider à les trouver, c'est notre raison d'être.

N'attendez pas, n'attendez plus : appelez le 3977.



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité



3977.fr



3977 Service & appel
gratuits

Annexe 6 : Questionnaire EASI

EVIDENCE D'ABUS SELON DES INDICATEURS (©) EASI (Elder Abuse Suspicion Index (©) EASI)

| Questions de l'EASI | | | |
|---|-----|-----|-----------------|
| Q1. – Q.5 doivent être posé au patient(e); Q6. est répondu par le médecin. <i>(Au cours des 12 derniers mois)</i> | | | |
| 1) Avez-vous dépendu de quelqu'un pour une des suivantes : Prendre votre bain ou douche, vous habiller, faire vos commissions, faire vos transactions bancaires, ou vos repas ? | OUI | NON | N'a pas répondu |
| 2) Est-ce que quelqu'un vous a empêché(e) de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs, de l'aide médicale, ou de rencontrer des gens que vous vouliez voir ? | OUI | NON | N'a pas répondu |
| 3) Avez-vous été dérangé(e) par les paroles de quelqu'un qui vous ont fait sentir honteux (se) ou menacé(e)? | OUI | NON | N'a pas répondu |
| 4) Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté ? | OUI | NON | N'a pas répondu |
| 5) Est-ce que quelqu'un vous a fait peur, vous a touché d'une manière que vous ne vouliez pas, ou vous a fait mal physiquement ? | OUI | NON | N'a pas répondu |
| 6) L'abus envers une personne âgée <u>peut</u> être associé à des manifestations telles que: de la difficulté à maintenir un contact visuel, une nature retirée, de la malnutrition, des problèmes d'hygiène, des coupures, des ecchymoses, des vêtements inappropriés, ou des problèmes d'adhérence aux ordonnances. Avez-vous remarqué de telles manifestations aujourd'hui ou au cours des 12 derniers mois? | OUI | NON | Incertain |

© Le *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)* s'est vu délivrer les droits d'auteur par l'Office de la protection intellectuelle du Canada (Industrie Canada) le 21 février 2006. (Numéro d'enregistrement: 1036459)