



HAL
open science

Repérage des maltraitances envers les personnes âgées non institutionnalisées : état des lieux des connaissances et des pratiques de travail en réseau pluridisciplinaire des médecins généralistes libéraux des Landes

Olivia Macquart

► To cite this version:

Olivia Macquart. Repérage des maltraitances envers les personnes âgées non institutionnalisées : état des lieux des connaissances et des pratiques de travail en réseau pluridisciplinaire des médecins généralistes libéraux des Landes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03721390

HAL Id: dumas-03721390

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03721390v1>

Submitted on 12 Jul 2022

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 2022

Thèse n° 42

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le :

12 Mai 2022

Par

Olivia MACQUART

Née le 15 Novembre 1992 à Narbonne

**Repérage des maltraitances envers les personnes âgées non
institutionnalisées : état des lieux des connaissances et des
pratiques de travail en réseau pluridisciplinaire des
médecins généralistes libéraux des Landes.**

Sous la direction du Docteur Bertrand LHEZ

Membres du jury :

Professeur Claire ROUBAUD.....Présidente

Docteur Marco ROMERO.....Rapporteur et Juge

Docteur Brice AIME.....Juge

Docteur Bertrand LHEZ.....Directeur et Juge

Remerciements

Au Professeur Claire Roubaud, pour m’ avoir fait l’honneur de présider ma thèse, veuillez accepter ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Marco Romero et au Docteur Brice Aimé d’ avoir bien voulu accepter de participer à ce jury, soyez assurés de ma sincère considération.

À mon directeur de thèse, le Docteur Bertrand Lhez. Merci pour ton aide en amont et tout au long de ce travail de thèse.

Aux médecins qui m’ ont accompagné avec bienveillance de l’internat à mes premiers pas de médecin. Les docteurs Mazin et Laterrade qui m’ ont fait découvrir la médecine de campagne. Jean Fabre et l’ équipe des urgentistes de Dax qui m’ ont donné confiance. Mathilde et Roberto qui m’ épaulent au quotidien en médecine interne. François Lifermann grâce à qui j’ aiguisé mon sens critique médical le ventre vide.

Aux équipes paraméd de folie que j’ ai pu croiser, des urgences de Dax, au service de médecine E en passant par les urgences pédiatriques bayonnaises, merci pour votre aide et votre bonne humeur.

A ma grand mère Maï, merci pour le soutien permanent et infaillible. C’ est à tes côtés, en vous observant Paï et toi que j’ ai appris l’empathie qu’ aucun livre de médecine ne pourrait enseigner. Merci de m’ avoir permis d’ en arriver ici aujourd’ hui.

A ma grand mère Marion, ce mélange de force et de mauvais caractère dont j’ ai semble-t-il hérité. Même loin je reste ton A.

A ma mère, avec qui rien n’ est simple tant qu’ on peut faire compliqué, merci pour les coups d’ aspirateur en P1, pour la correction de thèse (et les 200 virgules) au pied lever 11 ans plus tard, pour les 5372829 km cumulés vers Mandirac et pour à peu près tout le reste sauf les choix de cadeaux.

A mon (PETIT) frère, médaille d’ or de la patience malgré ce vol initial de doudou en 1994, merci de m’ avoir pardonné. Tu es parfait.

A mes tantes, oncles et innombrables cousines et cousins qui ont toujours répondu présent.

A Victor, devenu mon copilote d'externat, pour le meilleur (le FIZZ, le ski, les révisions de NP) et pour le pire (le FIZZ, l'option base moléculaire du médicament de p2)

A Marion, ma cousine pas vraiment jumelle. Merci de m'avoir tiré vers le haut à chaque étape, ce n'était pas une mince affaire.

A mes garçons du RU pédale club. A nos 7536 repas en terrasse à Bouto qui m'ont permis de tenir le choc de l'externat ainsi qu'au tuto escalade de façade pour gratter en soirée interne, aux virées scooter en surnombre et autres escapades. Merci, merci, merci.

A (Dark) **Gégé** d'avoir partagé quelques rousquilles. A **Denis** d'avoir insisté sur cette classification d'Ishikawa modifiée par Sharma, sans toi je n'en serai pas là. A **Guillaume**, le petit dernier, d'endosser le rôle du coupable (c'est pour ton bien, et coupe moi cette mèche).

A **Paul** envers et contre toutes les tenues de cycliste. A **Jean Thib** pour les calendriers. A **Beubeu** et ses mauvais plans after au Tralala. A **Babou** le roi du grattage. A **Basile** de m'avoir embarquée dans les Landes un beau jour pour « réviser ». A **Hector Benef**, pour toutes ses astuces et sa rigueur exemplaire dans la bringue comme dans les études. A **Thib Austruy** le cleptomane angélique. A **Nikette** et son débardeur fourmis. A **Gui Carles** et ses histoires de poissons. A **Guiton**. A **Gibs** et son Eddy Mitchel.

Et enfin à **Ben**, il était long le chemin parcouru (en Lulu) pour devenir des docteurs mais chaque étape valait le coup. Tu auras toujours ta place sur le canap de LVDCB, reviens vite !

A Anne ma coexterne de toutes les galères. A **Anais**, toujours une paire de lunettes en poche pour relancer la soirée. A **Rachelle** et nos parfaites vacances bouffe soleil potins.

Aux bruyantes pintades narbonnaises, merci au doux son de la voix du sergent **Cordon**, aux tenues contre porte moustiquaires de **Marie**, au Perrier du mariage de **Léo** et à toutes nos oies sauvages, à la chorée Club med de **Chachou**, aux cartes de vœux de **Sonio** (maléfique3), aux conseils ginto-immo de **Gary**, aux plans foireux de **Madaulus**. Merci **Zoé** pour la traduction et **Sophie** pour les gâteaux à la courgette.

Hélène, mon routier préféré, cette tornade qui m'a embarquée dans les études de médecine comme elle m'embarquait en scooter faire les 400 coups. Le résultat est similaire, beaucoup

de fatigue, quelques blessures, mais ça en valait la peine. **Lisa**, à première vue on dirait pas, mais tout est si facile. Merci d'être là, toujours. **Popo (maléfique1)**, mon numéro d'urgence 24/24, aussi insupportable qu'indispensable. Merci de me supporter depuis des décennies, t'es le meilleur. **Estelle (maléfique 2)**, mon (ex) époux. Déjà bien trop d'années que j'ai besoin de traverser plus d'une rue pour te rejoindre (en pyj). Je t'attends sur la côte Ouest pour entamer rapido notre retraite bien méritée. (Merci aussi au SAV Nono, et à notre Francis national). **Deb**, même si finalement on ne mesure pas 1m80 comme prévu je continuerai de falsifier mon passeport pour toi.

A la team Narbonne Plage, aux Gharbi/Tolsa et apparentés qui m'ont adopté pendant tous mes étés d'externat. Merci pour le totem, merci pour les tropéziennes. Merci de m'avoir rassurée dès que nécessaire. : **Jb** en étant plus stressé que moi, **Elias** en l'étant moins. **Hugo**, en étant ivre avant moi et **Victo** en étant plus tyrannique. **Julia** en étant la même (en jeune) et **Tom** en étant encore plus lourd (Cf cirque Muller).

A mes petits diams de Capbreton, si j'avais passé autant de temps sur ma thèse qu'à refaire le monde avec vous je serai sûrement prix Nobel. Merci de me supporter, de me suivre dans mes divagations, de me relancer, de me consoler, de ne pas insister quand je décide de me coucher à 19h32 et de me faire rire quotidiennement depuis quelques années.

Alice, merci d'arriver à vivre avec la zinzin que je suis, avec mention spéciale pour ces derniers mois de boulot/thèse au summum de mon art. Ma vie est si douce avec toi (et Roger) à LVDCB. **Matou**, aux Beyoncé que nous sommes (presque). **Océ**, ceci est un câlin virtuel. Et aux autres girls, **Pépé**, **Gaby**, **Ana**, **Capron**.

Hugo, je te pardonne cette désinvitation d'anniversaire en 2009. Merci de m'avoir permis de décompresser à Contis grâce à 2636 bringues et 2 virées à la plage.

Clém, merci pour la collaboration lors de la création de l'échelle de Macquart d'interville

Aux copines et aux copains internes landais Jojo, Morgan, Kekev, Elora, Lulu que mon asocialité n'ont pas effrayé. Et aux poulettes des urg de Dax (on a survécu) et la team de pédiatrie de Bayonne (on a survécu, aussi).

A mon grand père Paï et mon oncle Pierre, je vous dédie cette thèse.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	5
Liste des abréviations	6
Résumé	7
Abstract	9
Introduction	11
Matériel et méthode	15
Type d'étude	15
Population étudiée	15
Elaboration du questionnaire	16
Analyse statistique	16
Résultats	17
Caractéristiques de l'échantillon d'étude (Tableau 1)	17
Pratiques vis-à-vis de la MPA des médecins généralistes des Landes (Tableau 2)	19
Connaissance et perception de la MPA des médecins généralistes des Landes (Tableau 3)	21
Connaissances et perception des médecins généralistes des Landes vis-à-vis du réseau de la MPA (Tableau 4)	23
Discussion	25
Limites de l'étude	25
Force et intérêt du travail	26
Analyse des résultats et comparaisons avec la littérature	26
Conclusion	30
Bibliographie	31
Annexes	34
Serment d'Hippocrate	43

Liste des abréviations

ALMA : Allo Maltraitance des Personnes Agées

MPA : Maltraitance à Personnes Agée

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EASI : Elder Abuse Suspicion Index

Résumé

Titre : Repérage des maltraitances envers les personnes âgées non institutionnalisées : état des lieux des pratiques et des connaissances du travail en réseau pluridisciplinaire des médecins généralistes libéraux des Landes.

Contexte. Dans une population mondiale vieillissante le sujet de la maltraitance envers les personnes âgées n'a été que tardivement étudié. Pourtant, la prévalence de ce fléau serait d'une personne âgée sur 6 d'après l'OMS. En France, les médecins généralistes, souvent confrontés en consultation à cette tranche de population, ne sont pas assez sensibilisés au repérage des maltraitances et se retrouvent démunis face à cette problématique complexe.

Objectifs. Premièrement, déterminer la propension des médecins généralistes à repérer les maltraitances envers les personnes âgées afin de leur proposer in fine, un outil d'aide au repérage et à la prise en charge sous forme de fiche mémo. Secondairement, évaluer les connaissances ainsi que les pratiques des médecins généralistes concernant le repérage et le travail en réseau pluridisciplinaire autour des maltraitances.

Méthode. Etude quantitative descriptive transversale réalisée du 4 Octobre 2021 au 9 décembre 2021. Diffusion d'un formulaire « google form » contenant 21 questions fermées via e-mail par l'Ordre des médecins des Landes auprès des 477 médecins généralistes inscrits.

Résultats. 113 médecins généralistes ont répondu. Le repérage n'est pas fait de manière systématique mais au cas par cas, souvent par sollicitation extérieure. Il existe plusieurs freins à ce repérage dont principalement le manque d'outil. Le taux de personnes âgées maltraitées était largement sous-estimé, les violences physiques semblant plus repérées que les psychiques. Une minorité de médecins généralistes avait déjà effectué un signalement, les connaissances théoriques à propos de la réalisation de ce dernier n'étaient pas suffisantes. Enfin, les médecins généralistes interrogés étaient en demande d'aide au repérage notamment via plus de formation et via une amélioration de la communication secteurs soignant-social et ville-hôpital.

Conclusion. La maltraitance de l'âgé est un sujet d'actualité complexe. Les médecins généralistes en sont acteurs mais manquent de formation et d'information. Dans ce contexte,

il faut replacer la lutte contre la maltraitance dans un exercice coordonné en réseau pluridisciplinaire, plus facile d'accès, s'appuyant sur plus d'outils et une prise en charge conjointe des secteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et associatifs.

Mots-clés. Maltraitance de la personne âgée - Violence - Négligence - Mauvais traitement - Sujet âgé - Ancien - Grand âge - Troisième âge - Adulte âgé - Aîné - Senior - Âgé - Repérage - Diagnostic précoce - Dépistage - Prévention - Médecine préventive – Signalement - Médecin généraliste - Médecin traitant - Médecin de famille

Abstract

Title : Identifying abuse of non-institutionalised elderly people: inventory of practices and knowledge of multidisciplinary networking among private general practitioners in the Landes.

Background. In an ageing world population, the subject of elder abuse has been belatedly studied. Yet the prevalence of this scourge is estimated by the WHO (World Health Organisation) to be one in six elderly people. In France, general practitioners who are often confronted with this population are not sufficiently aware of how to identify abuse, and find themselves at a loss when faced with this complex problem.

Goals. Firstly, to determine the propensity of general practitioners to identify elder abuse in order to propose a tool to help them identify and deal with it in the form of a memo sheet. Secondly, to evaluate the knowledge and practices of general practitioners concerning the identification and multidisciplinary networking of abuse.

Method. Quantitative descriptive cross-sectional study carried out from 4 October 2021 to 9 December 2021. Distribution of a "google form" sheet containing 21 questions via e-mail by the *Ordre des médecins des Landes* to the 477 general practitioners registered.

Results. 113 general practitioners responded. Identification is not done systematically but on a case-by-case basis, often by external request. There are several obstacles to this identification, mainly the lack of tools. The rate of mistreated elderly people was largely underestimated, as physical violence seemed to be more easily identified than psychological one. A minority of GPs had already made a report, and their theoretical knowledge of how to do so was not sufficient. Lastly, the GPs interviewed were asking for help in identifying violence, particularly through more training and improved communication between the health and social care sectors and between town and hospital.

Conclusion. Elderly abuse is a complex and topical issue. General practitioners are involved but lack training and information. In this context, the fight against abuse must be placed in a coordinated multidisciplinary network, which is easier to access, based on more tools and joint management of the medical, paramedical, social and associative sectors.

Keywords. Elder abuse - Aged - Elderly - Violence - Mistreatment - Neglect - Preventive Care - Preventive medicine - Early diagnosis - Disease early detection - General practitioner - General practice physician

Introduction

L'OMS définit en 2002 la maltraitance envers les personnes âgées 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 » (1).

Il s'agit donc d'actes volontaires ou involontaires, avec ou sans intention de nuire.

En France, le professeur Hugonot, gériatre, fonda en 1995, le réseau ALMA : Allo Maltraitance des personnes âgées. Ce réseau connut plusieurs évolutions aboutissant, en 2014, à la « Fédération 3977 ». Le 3977 est le numéro national d'appel téléphonique destiné aux victimes et témoins de situations de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées adultes, vivant à domicile ou en établissement.

Compte tenu du vieillissement rapide de la population dans de nombreux pays et de l'impossibilité de répondre aux besoins des personnes âgées du fait de contraintes budgétaires, le nombre de cas de maltraitance des personnes âgées risque de s'accroître (1).

La maltraitance des personnes âgées est donc un problème de santé publique important mais restant tabou, trop peu de cas sont signalés, sous évaluant le peu d'études de prévalence réalisées.

Au niveau international, une méta-analyse se basant sur 52 études réalisées dans 28 pays de diverses régions, publiée dans *The Lancet Global Health* en 2017 (2) et soutenue par l'OMS, a estimé qu'au cours de l'année écoulée, une personne sur six (15,7%) , âgée de plus de 60 ans et résidant à domicile a été victime d'une forme de maltraitance.

La crise COVID 19 est un accélérateur de cette problématique. Une étude américaine (3) par exemple, laisse entendre une augmentation de 84% de la prévalence des maltraitements à personnes âgées au domicile par rapport aux chiffres en pré pandémie.

Cette tendance est relayée en France par le rapport d'activité 2020 de la Fédération 3977 (4) qui recense 25 457 appels reçus par la plateforme sur l'année (+36%) ayant mené à l'ouverture de 7 212 dossiers (+16%) de potentielles maltraitances.

Suite à l'isolement des personnes induit lors des confinements, le profil des maltraitances a, lui aussi évolué : augmentation des maltraitances psychologiques (+ 25%). Les actions préconisées et réalisées lors de l'accompagnement par les centres de la fédération 3977 sont elles, en baisse compte tenu de la situation sanitaire (-18%)

L'OMS se base sur un article de Pubmed de 2016 (5) pour détailler les facteurs de risque de maltraitance à différents niveaux :

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

La maltraitance des personnes âgées est associée à la fois à une augmentation de la mortalité et des morbidités, qu'elles soit physiques (entraînant perte d'autonomie et de qualité de vie) ou psychiques (avec notamment, la dépression et le déclin cognitif). Tout cela menant de manière conjointe à un risque plus accru d'hospitalisation et d'institutionnalisation entraînant des coûts de santé plus importants (6,7).

Pendant longtemps, la maltraitance n'a pas eu de définition juridique. Depuis la loi du 7 février 2022 (8) elle est définie comme telle : La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les

violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

En France, le personnel de santé a pour obligation de signaler aux autorités tout cas de maltraitance concernant les personnes incapables de se protéger (9).

L'article du Code Pénal 226-14 (10) permet au professionnel de santé d'être délié du secret médical si la victime est considérée comme vulnérable de par son âge (sans qu'un seuil soit clairement défini), son incapacité physique ou psychique. En revanche, le seul âge avancé d'une personne ne confère pas au médecin l'autorisation de le signaler sans son accord.

Malgré tout, ce sont les médecins qui ont les taux de signalement de cas de maltraitance d'aînés les plus bas parmi les travailleurs de la santé et des services sociaux, et ce constat du Dr O'Brien de 1985 (11) est similaire au rapport d'activité du 3977 de 2020 (4) qui estimait à 3% les signalements émanant des médecins généralistes.

Depuis presque 40 ans, les préoccupations se sont basées sur le taux bas de signalement, alors qu'il s'agit de la partie émergée de l'iceberg. Le travail du médecin généraliste passant plutôt par l'accompagnement pluridisciplinaire en réseau de la personne âgée, ce dernier dépend inévitablement du repérage.

Parmi les travaux concernant le repérage de la MPA en soins premiers, au niveau régional, la thèse de 2021 de Lucie Garra (12) LG explore par une étude qualitative le vécu, les connaissances ainsi que le rôle que se donnent 15 médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine. Une autre étude qualitative sur le même sujet avait été réalisée par auto questionnaire en 2005 auprès de 500 médecins généralistes américains (13).

Quelles sont les pratiques des médecins généralistes des Landes exerçant en cabinet concernant le repérage des maltraitements envers les personnes âgées non institutionnalisées ?

L'hypothèse de cette recherche était que le repérage des MPA n'est pas fait de manière systématique en consultation par les médecins généralistes par manque de connaissances théoriques et pratiques du réseau pluridisciplinaire disponible dans cette lutte.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la propension des médecins généralistes des Landes à repérer les maltraitances envers les personnes âgées non institutionnalisées en cabinet de ville afin de leur proposer in fine, un outil d'aide au repérage et à la prise en charge en réseau de ces MPA dans le département, sous forme de fiche mémo.

Les objectifs secondaires étaient premièrement, d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes concernant le repérage. Et dans un deuxième temps, d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes concernant les ressources disponibles et le travail en réseau.

Matériel et méthode

La méthodologie de l'étude fut argumentée et validée au cours d'entretiens avec le directeur de thèse et un membre du jury médecin généraliste. Initialement, sous format classique, nous sommes redirigés ensuite vers une version thèse article. Une revue narrative de la littérature a été réalisée autour du sujet de recherche dans les bases de données Pubmed, Sudoc (Système Universitaire de Documentation), CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux en langue Française), service public.fr, OMS, HAS (Haute Autorité de Santé), Google et Google scholar.

Le caractère quantitatif de l'étude fut choisi devant le peu d'éléments dans la littérature concernant ce sujet et particulièrement en France.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale étudiant les connaissances et les pratiques des médecins généralistes des Landes dans le repérage des maltraitances envers les personnes âgées non institutionnalisées. L'enquête a été réalisée du 4 Octobre 2021 au 9 décembre 2021.

Le critère de jugement principal concernait donc les pratiques en terme de recherche de la maltraitance des personnes âgées par les réponses « très souvent » ou « au cas par cas » ou « presque jamais » à la question «concernant les maltraitances à personnes âgées, quand les recherchez vous ? ».

Population étudiée

La population cible de notre étude était les médecins généralistes. La population source était les 477 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des Landes sur l'année 2021.

Les critères de variation étaient l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, la part de personnes âgées de plus de 65 ans dans la patientèle, la formation en gériatrie et celle spécifique aux maltraitances.

Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1), réalisé sur Google Drive, était composé de 21 questions fermées. La diffusion du questionnaire était accompagnée d'une brève présentation du travail de recherche sous forme écrite. Les réponses étaient anonymes. Il comportait 5 parties, la première exposait les caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. L'objectif principal était étudié dans la deuxième et les objectifs secondaires dans les 3 dernières.

Afin d'interroger le plus grand nombre de médecins, nous avons décidé de diffuser le questionnaire par messagerie électronique. L'Ordre des médecins des Landes s'est chargé de la diffusion. Nous avons réalisé dans un premier temps, un échantillon test avec 3 médecins généralistes intéressés par ce sujet, afin de vérifier la pertinence, la compréhension et la durée de remplissage du questionnaire.

Une relance était réalisée 6 semaines après le premier envoi, entre le 4 Octobre 2021 et le 19 novembre 2021. Le questionnaire a été clôturé le 9 décembre 2021, pour pouvoir analyser les données collectées.

Analyse statistique

Les résultats ont été récupérés sous forme de tableur à partir de la plateforme de création des questionnaires (Google form). Les résultats descriptifs ont été rapportés sous forme de pourcentage. Ce travail a fait l'objet d'une déclaration (N°2157101) auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Résultats

L'échantillon d'étude était composé de 113 médecins généralistes des Landes ayant répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 23,6%.

Caractéristiques de l'échantillon d'étude (Tableau 1)

Parmi les 113 médecins généralistes ayant répondu à l'enquête, le ratio hommes femmes était de 1 (50,4 % d'hommes pour 49,6 % de femmes) et plus d'un tiers était de jeunes médecins de moins de 35 ans (38,1 %). Plus de 80% de l'échantillon d'étude exerçait au sein d'un milieu rural (23,9%) ou semi rural.(57,5%).

La grande majorité (85%) des médecins généralistes interrogés déclarait une patientèle composée d'au moins un quart de personnes âgées de plus de 65ans.

Enfin, 38,9% des médecins avaient une formation en gériatrie, qu'il s'agisse d'un semestre pendant l'internat ou d'un diplôme universitaire, alors que 90,3% des répondants n'avaient eu aucune formation particulière sur la maltraitance. Toutes les caractéristiques de la population interrogée sont détaillées dans le **Tableau 1**.

Tableau 1 : Description des caractéristiques de la population de médecins généralistes des Landes, étude sur la maltraitance des personnes âgées, octobre-décembre 2021 (N=113)

Variables	Effectifs (%)
Sexe	
- Femme	56 (49,6)
- Homme	57 (50,4)
Âge	
- ≤ 35 ans	43 (38,1)
- Entre 36 et 45 ans	30 (26,5)
- Entre 46 et 54 ans	18 (15,9)
- ≥ 55 ans	22 (19,5)
Mode d'exercice	
- Rural	27 (23,9)
- Semi rural	65 (57,5)
- Urbain	21 (18,6)
Part des personnes âgées au sein de la patientèle	
- < 25 %	17 (15,0)
- [25 ; 50] %	55 (48,7)
- [51 ; 75] %	34 (30,1)
- > 75 %	7 (6,2)
Formation en gériatrie	
- Aucune formation	69 (61,1)
- Diplôme Universitaire	11 (9,7)
- Semestre d'internat en gériatrie	33 (29,2)
Formation sur la maltraitance	
- Aucune formation	102 (90,3)
- Diplôme Universitaire	1 (0,9)
- Formation médicale continue	10 (8,8)

Pratiques vis-à-vis de la MPA des médecins généralistes des Landes (Tableau 2)

A la question principale de la propension des médecins généralistes au repérage des MPA, il ressort que près des trois quart (73,5%) le font au cas par cas, ils n'étaient que 2 (1,8%) à les rechercher très souvent et 28, soit presque un quart, à ne le faire presque jamais.

Selon les médecins interrogés, la sollicitation de l'équipe à domicile était la circonstance majoritaire de réalisation d'un repérage de MPA (82,3%), à équivalent d'un repérage sans circonstances particulières (82,3%), suivi de la sollicitation de la famille ou d'un proche (62,8%) et de celle d'un organisme social (62,8%).

Ils estimaient que les freins rencontrés étaient en premier lieu, le manque d'outil d'aide au repérage (70,8%), puis le manque de temps (51,3%). Il faut noter que près de la moitié des participants (44,2%) indiquait ne pas savoir quelle suite donner au repérage si celui-ci était positif.

Enfin, seulement 2 praticiens (1,8%) connaissaient l'outil de repérage Evidence Abus Selon des Indicateurs EASI (Annexe 2).

Seulement 3 participants (2,7%) s'estimaient à l'aise vis-à-vis d'une situation de MPA, alors que 41,6% ne l'étaient pas du tout.

Seulement 15% des médecins interrogés avait déjà effectué un signalement pour une MPA.

Les pratiques vis-à-vis de la MPA des médecins généralistes des Landes interrogés sont détaillées dans le **Tableau 2**

Tableau 2 : Pratiques des médecins généralistes des Landes vis à vis de la Maltraitance des personnes âgées, étude sur la maltraitance des personnes âgées, octobre-décembre 2021 (N=113)

	Effectifs total (N=113)
	N (%)
Recherche de la MPA*	
- Presque jamais	28 (24,8)
- Au cas par cas	83 (73,5)
- Très souvent	2 (1,8)
Circonstances de signalement de MPA*	
- Consultation pour motif traumatologique	61 (53,9)
- Consultation pour motif psychiatrique, trouble du comportement ou trouble mnésique	63 (55,7)
- Sollicitation d'un organisme social	71 (62,8)
- Sollicitation de l'équipe à domicile	93 (82,3)
- Sollicitation de la famille, d'un proche	71 (62,8)
- Pas de circonstances particulières	93 (82,3)
Connaissances de l'EASI**	
- Oui	2 (1,8)
- Non	111 (98,2)
Freins rencontrés	
- Manque de temps	58 (51,3)
- Manque d'outils d'aide au repérage	80 (70,8)
- Je ne sais pas quelle suite donner au repérage si repérage positif	50 (44,2)
- Le repérage me met mal à l'aise	21 (18,6)
Sentiment d'aise vis-à-vis d'une situation de MPA*	
- Pas du tout à l'aise	47 (41,6)
- Moyennement	63 (55,8)
- Parfaitement	3 (2,7)
Signalement déjà effectué pour une MPA*	
- Oui	17 (15,0)
- Non	96 (85,0)

*MPA : Maltraitance envers une personne âgée

Connaissance et perception de la MPA des médecins généralistes des Landes (Tableau 3)

Près de la moitié des médecins interrogés (45,1%) estimait le taux de personnes âgées maltraitées à 1 sur 50.

Ils estimaient le taux de maltraitance en institution (48,7%) quasi équivalent à celui du domicile (51,3%).

La majorité des répondants (61,9%) estimait l'ordre de fréquence des formes de MPA comme la suivante : d'abord les négligences involontaires, puis les MPA psychologiques, les MPA physiques et enfin financières.

L'enfermement (pour 79,6%) et la contention physique (pour 77,9%) étaient estimées comme 2 situations maltraitantes, selon les médecins interrogés, concernant leur patientèle de personnes âgées démentes avec des troubles du comportement.

Selon 62,8% des participants, il était possible de réaliser une information préoccupante et 54,9% estimaient que le signalement ne se faisait pas auprès du procureur de la république. Le signalement était un acte anonyme pour 24,8% des médecins, et 23% d'entre eux croyaient à une levée du secret professionnel lors de tout signalement de MPA.

Les connaissances et la perception de la MPA des médecins généralistes des Landes sont présentées dans le **Tableau 3**.

Tableau 3 : Connaissances et perception des médecins généralistes des Landes vis à vis de la Maltraitements des personnes âgées, étude sur la maltraitance des personnes âgées octobre-décembre 2021 (N=113)

	Effectifs (%)
Ratio perçu de personnes âgées maltraitées	
- 1 sur 1000	8 (7,1)
- 1 sur 500	27 (23,9)
- 1 sur 50	51 (45,1)
- 1 sur 6	27 (23,9)
- 1 sur 2	0 (0)
Lieu de MPA* perçu comme le plus fréquent	
- A domicile	58 (51,3)
- En Institution	55 (48,7)
Ordre de fréquences des différentes formes de MPA	
- Psychologiques > physiques > financières > négligences involontaires	15 (13,3)
- Physiques > psychologiques > négligences involontaires > financières	2 (1,8)
- Psychologiques > négligences involontaires > physiques > financières	26 (23,0)
- Négligences involontaires > psychologiques > physiques > financières	70 (61,9)
Situations paraissant maltraitantes dans votre patientèle de personnes âgées démentes avec des troubles du comportement	
- Contention physique	88 (77,9)
- Contention médicamenteuse	64 (56,6)
- Enfermement	90 (79,6)
- Aucune	8 (7,1)
Caractéristiques du signalement	
- Anonyme	28 (24,8)
- Possibilité de réaliser une information préoccupante	71 (62,8)
- Toute situation de maltraitance relève d'un signalement systématique au parquet avec levée du secret professionnel	26 (23,0)
- Se fait au procureur de la République	51 (45,1)

* MPA = Maltraitance envers une Personne âgée

** EASI = Evidence Abus Selon des Indicateurs

Connaissances et perception des médecins généralistes des Landes vis-à-vis du réseau de la MPA (Tableau 4)

Les médecins généralistes participants connaissaient, pour la plupart (88,5%), l'existence du réseau Allo Maltraitances Personnes Âgées (ALMA). Cependant, seulement 18,6% avaient connaissance de l'existence d'unités d'accueil des victimes sur les hôpitaux environnants (Dax et Mont de Marsan).

L'hospitalisation d'une personne âgée maltraitée (ou la demande de conseil auprès d'un gériatre ou autre service hospitalier) était estimée par le plus grand nombre de participants (86,7%) comme une attitude à adopter suite au repérage positif d'une MPA, suivi d'une sollicitation d'une assistance sociale (pour 71,7%), puis d'une association spécialisée (pour 63,7%).

Finalement, les médecins généralistes interrogés estimaient que de nombreuses aides au repérage pouvaient faciliter la prise en charge de MPA : une formation dans le cadre de la pratique professionnelle (pour 88,5%), une amélioration de la communication secteur soignant et social (pour 78,8%), une amélioration de la communication ville-hôpital (pour 64,6%) ainsi que des cours dédiés lors de l'externat/internat (pour 62,8%).

Les connaissances et la perception des médecins généralistes des Landes vis-à-vis du réseau de la MPA sont décrites dans le **Tableau 4**.

Tableau 4 : Connaissances et perception des médecins généralistes des Landes vis à vis du réseau de prise en charge de la Maltraitements des personnes âgées, étude sur la maltraitance des personnes âgées octobre-décembre 2021 (N=113)

	Effectifs (%)
Connaissance ALMA*	
- Oui	100 (88,5)
- Non	13 (11,5)
Connaissance des Unités d'accueil des victimes sur les hôpitaux de Dax et de Mont de Marsan	
- Oui	21 (18,6)
- Non	92 (81,4)
Attitudes à adopter en cas de repérage positif d'une MPA**	
- Contacter une association spécialisée (ALMA* et autre)	72 (63,7)
- Encourager la personne à porter plainte	54 (47,8)
- Faire appel à une assistance sociale	81 (71,7)
- Faire hospitaliser / demander conseil (gériatrie ou autre service hospitalier)	98 (86,7)
- Travailler en réseau avec les paramédicaux libéraux	71 (62,8)
- Gestion au cabinet en direct sans intervenant extérieur	1 (0,9)
Aide au repérage	
- Cours dédiés lors de l'externat / internat	71 (62,8)
- Formation dans le cadre de la pratique professionnelle (FMC et autre)	100 (88,5)
- Amélioration de la communication secteur soignant et social	89 (78,8)
- Amélioration de la communication ville hôpital	73 (64,6)

*ALMA = *Allo Maltraitements Personnes Âgées*

**MPA = *Maltraitements d'une personne âgée*

Discussion

Le thème des MPA est peu fréquent dans les thèses de médecine, mais avec une tendance à la hausse. Il reste très peu abordé pendant nos études, alors que ces situations sont fréquentes durant le cursus universitaire et ensuite, tout au long de notre carrière de généraliste.

Cette étude observationnelle transversale, a permis de dresser un état des lieux des connaissances et des pratiques concernant le repérage des MPA par les médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans les Landes.

Volontairement, nous nous sommes intéressés seulement aux MPA hors institution afin d'explorer, entre autre, cette partie encore méconnue des violences intra familiales.

L'hypothèse de recherche selon laquelle le repérage des MPA n'est pas fait de manière systématique en consultation par les médecins généralistes par manque de connaissances théoriques et pratiques du réseau pluridisciplinaire disponible dans cette lutte est vérifiée.

Limites de l'étude

Un biais de sélection existe, puisque le fait de répondre au questionnaire était basé sur le volontariat. Il est possible que les médecins participant à cette étude aient été plus sensibles à ce sujet et donc vraisemblablement mieux formés et plus performants, influençant ainsi les résultats. Nous aurions aussi pu poser une question sur la pratique des visites à domicile, celles-ci étant de moins en moins répandues, éloignant le médecin généraliste de l'environnement du patient.

Mais aussi un biais de mémorisation. Il peut y avoir une sous-estimation des chiffres retrouvés au vu du mode de recueil rétrospectif sur quasiment l'ensemble du questionnaire. En effet, nous n'avons pas demandé à chaque médecin, après chaque consultation concernant une personne âgée, s'il avait réalisé un repérage des MPA.

Enfin, un important biais de désirabilité sociale avec de possibles réponses erronées à des questions de manière volontaire ou pas, dans le but de se montrer sous un jour favorable, notamment dans la question des circonstances de réalisation d'un repérage.

Force et intérêt du travail

Dans sa thèse qualitative de 2017 « Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile » Deborah Evain (14), après réalisation d'une quinzaine d'entretiens auprès de médecins généralistes proposait en ouverture une recherche quantitative sur échantillon représentatif de médecins généralistes.

Nous avons donc mis en œuvre cette proposition par la réalisation d'une étude quantitative via un questionnaire. Nous avons ici, réussi à obtenir 113 réponses sur 477 médecins contactés, soit 23,68%, toutes les tranches d'âge ayant été représentées. En interrogeant via un questionnaire moins chronophage qu'un entretien un plus grand nombre de MG, nous espérons une baisse du biais de sélection.

Analyse des résultats et comparaisons avec la littérature

▪ Caractéristiques de la population étudiée

La formation en gériatrie avoisine les 40% mais celle sur les MPA reste inférieure à 10%, ces chiffres de carence de formation étaient déjà similaires 15 ans plus tôt dans le mémoire « les freins au signalement de MPA des médecins généralistes en région Centre » de Céline Barrau (15). Il est à noter que le semestre d'internat en gériatrie n'existait pas lors de la formation des médecins généralistes âgés actuellement de plus de 65ans puisque le troisième cycle des études de médecine générale n'est apparu qu'en 1982.

▪ Pratiques des médecins généralistes vis à vis du repérage de MPA

L'intérêt d'un dépistage systématique des MPA est controversé. The USPTF dit ne pas être en mesure de se prononcer en faveur ou contre ce dépistage systématique car les données sont insuffisantes (16). Il n'y a pas, selon l'article du Dr O'Brien (17), de plus-value assez importante à un dépistage systématique des MPA. Le Dr Dong (18) critique cette conclusion en se justifiant par la non applicabilité des critères de Wilson et Jugner (19) sur un sujet aussi délicat et complexe que les maltraitances. Lucie Garra dans sa thèse de 2021 (12) relève aussi un repérage contextuel plutôt que systématique. Il ressort de notre étude que le taux de médecins en réalisant un, quasi systématiquement, est dérisoire (1,8%) et que la tendance est à une analyse des situations au cas par cas.

A la réponse de plus de 80% des MG au sujet de la réalisation d'un repérage de MPA sans circonstances particulières en consultation (sous entendant un repérage quasi systématique de ces dernières), il semble qu'un biais de désirabilité apparaisse. En effet à la question principale de la propension à rechercher les MPA, seuls 2 des médecins interrogés sur 113 avaient répondu « très souvent ». On en déduit que le MG en consultation se positionne comme acteur de repérage, qu'il soit sollicité ou non par des intervenants extérieurs. Le travail effectué en amont par le réseau à domicile faisant partie intégrante du processus de repérage.

Parmi les freins au signalement, le manque d'outil est évoqué à 70,8%. Pourtant il existe bien l'outil d'aide au repérage EASI (Annexe2) (20), retrouvé dans la littérature, traduit en plusieurs langues et se réalisant en moins de 5 minutes mais restant méconnu de la quasi totalité des MG interrogés. Il en était de même en 2021 dans le travail de thèse de Lucie Garra (12).

Le manque de temps revenant dans de nombreux écrits (18,21), comme une entrave à la bonne prise en charge des maltraitances, pourrait être soulagé par l'accès facile à un support stéréotypé.

Enfin, le fait de ne pas savoir que faire si le repérage s'avère positif est un frein qui explique là aussi, le sous signalement qui en découle. Ceci est souligné aussi par le chiffre de moins de 3% des MG « parfaitement à l'aise » avec le repérage des MPA.

Le peu de signalement émanant directement du MG ne doit pas sous entendre un désintéressement de ce dernier. Mais il faut souligner que le travail se déroule en réseau et que l'alerte vient majoritairement de ceux passant plus de temps auprès des patients, notamment au domicile.

▪ **Connaissances et perception des MPA par les médecins généralistes**

D'après notre questionnaire, les médecins semblent largement sous estimer l'ampleur de ce fléau puisque plus des trois quart pensent que la prévalence MPA est de l'ordre d'une personne sur 50, voire sur 1000 alors que la méta-analyse publiée dans The Lancet en 2017 (2) l'estime à environ 1 sur 6 (15.7%). Ce problème de sous identification par les professionnels est retrouvé dans la littérature internationale (22,23).

D'après le rapport d'activité 2020 du 3977 (4) 73% des MPA sont commises au domicile, contre 27% en institution. Le manque de transparence des données et le tabou actuel autour des institutions suggèrent une sous estimation de ce dernier chiffre. Dans notre étude les médecins évoquent une répartition quasi égalitaire qui paraît plus réaliste.

Selon ce même rapport d'activité (4), la fréquence des différents types de MPA est la suivante : psychologiques (61%), négligences involontaires (27%), physiques (26%), financières (25%). Dans notre étude les maltraitances psychologiques sont largement sous estimées, probablement parce que plus invisibles. En revanche les MG ont bien identifié la négligence involontaire (pourtant dite « passive ») comme majeure.

En ce qui concerne la population âgée démente la violence physique ou la contention ne posait aucun doute d'appartenance à la maltraitance. Ce qui était moins le cas pour la contention médicamenteuse, celle-ci étant moins visible encore une fois.

Les MG méconnaissent en grande partie les modalités d'un signalement. Il existe une fausse croyance selon laquelle ce dernier est anonyme, plus de la moitié ignorent qu'il faut l'adresser au procureur de la république et pensent à tort qu'une information préoccupante peut être réalisée comme chez l'enfant. La problématique d'une levée du secret professionnel ne leur apparaît pas claire non plus. Ceci met en lumière le manque de connaissances MG en matière de démarches socio-judiciaires. Notre fiche mémo pourrait être un appui pour eux dans ce sens là.

- **Connaissances et perceptions des médecins généralistes vis à vis du réseau de prise en charge des MPA**

La connaissance du réseau ALMA semble avoir pris de l'ampleur passant de 12,2% à 88,5% des médecins depuis le travail de mémoire de Céline Barrau en 2008 (15). Pour autant, après discussion avec le président ALMA 40, aucun dossier de prise en charge de MPA sur l'année 2021 n'émanait d'un médecin généraliste. La médiatisation d'ALMA auprès du grand public semble avoir été efficace, en revanche, son utilisation par les MG reste à développer. De même, le recours aux unités locales d'accueil des victimes, plus récentes, est encore peu connu et donc peu exploité.

Actuellement, le recours principal en cas de repérage positif de MPA reste l'hospitalisation, mais il ressort un vrai besoin des MG d'accompagner sur le long terme les patients par du travail en réseau (hospitalier, social, paramédical, associatif et judiciaire).

Sa facilitation pourrait passer d'une part, par une identification des personnes référentes dans chacun de ces milieux, références que l'on retrouvera sur notre fiche mémo. *(Il est à noter que 93,1% des MG demandaient déjà, la création d'une fiche de conduite à tenir en 2008 (15), cette question aurait pu être rajoutée à notre questionnaire).*

Et d'autre part, par une amélioration de la formation, dont les MG sont demandeurs dans notre étude, demande déjà identifiée dans le mémoire de 2008 (15) et dans d'autres études internationales (18,24).

Conclusion

Cette étude confirme que le repérage des MPA par les médecins généralistes n'est pas systématique et s'effectue au cas par cas.

La place du médecin généraliste, « médecin de famille » est complexe, le serment d'Hippocrate lui même, renvoie à une certaine ambivalence entre protecteur des vulnérables et gardien des secrets confiés. Le code de déontologie lui aussi, fait du médecin l'interprète personnel de chaque situation rencontrée. Ce libre arbitre, force de la profession reste cependant difficile à manier, d'autant plus sur des sujets aussi complexes que les maltraitances.

Les médecins ont actuellement de fausses croyances, des lacunes théoriques et pratiques menant à la sous-estimation de la fréquence des MPA.

Cependant, ils sont en demande de formation, d'informations, d'outils et de facilitation du travail en réseau pour avancer sur ce problème croissant dans une population vieillissante.

Le rôle du médecin a changé entre l'ancien modèle paternaliste et la recherche actuelle d'horizontalisation qui place le patient au centre du dispositif de soins, mais la formation médicale n'a que très tardivement et insuffisamment évolué. Ceci explique les failles actuelles des médecins dans les domaines judiciaire, social et associatif éloignés de l'enseignement médical scientifique original.

La médiatisation et le rôle du secteur associatif ont donné de la visibilité à certaines violences intra familiales comme les violences conjugales et infantiles. Ceci a permis de débloquent des moyens, la littérature, la formation. Cette sensibilisation globale a conduit in fine, à améliorer le repérage et donc l'accompagnement multidisciplinaire de ces personnes, comme le soulignait le Pr Baccino dans son ouvrage (25) la plus grande motivation au sujet des maltraitances conjugales et infantiles a conduit à la constitution d'un réseau beaucoup plus performant.

Au sein de ces violences intra familiales les maltraitances à personnes âgées sont longtemps restées dans l'ombre. Aujourd'hui, la valeur sociétale « d'autonomie » étant devenue prépondérante, la perte de celle ci engendre un phénomène d'âgisme (mépris fondé sur l'âge), lit de ces violences.

La fiche mémo comportera trois parties. La première composée d'une liste non exhaustive de signes évocateurs de maltraitance. La deuxième, rappelant les 6 questions de l'outil d'aide au repérage EASI. La troisième aura pour but de faciliter le travail en réseau pluridisciplinaire, en renforçant notamment le lien ville-hôpital avec une liste de contacts utiles.

L'utilisation de cette fiche pourrait permettre un repérage plus systématique et normatif.

Etudier à nouveau les connaissances et les pratiques des médecins généralistes des Landes, suite à l'utilisation de cette fiche pourrait être intéressant dans le futur.

Bibliographie

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 10 février 2022). Maltraitance des personnes âgées, [en ligne]. <https://who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- (2) Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017 Feb;5(2):e147-e156.
- (3) Chang ES, Levy BR. High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2021.
- (4) Fédération 3977 contre les maltraitances. (page consultée le 8 Mars 2022). Rapport d'activité 2020, [en ligne]. <https://3977.fr/rapport-activite-2020/>
- (5) Pillmer K, Burnes D, Riffin C, Lachs M. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies, The Gerontologist. 2016; 56(2); 194-205.
- (6) Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. Champion EW, éditeur. N Engl J Med. 2015 nov 12; 373(20):1947-56.
- (7) Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA. 1998 Aug 5; 280(5):42832
- (8) Code Civil. Loi 2022-140 (version à jour le 7 Mars 2022)
- (9) Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de la justice. (page consultée le 8 Mars 2022) Maltraitance d'une personne âgée : que faire, [en ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F861>
- (10) Code Pénal. Article 226-14 (version à jour du 2 Mars 2022)
- (11) O'Brien JG. Elder abuse and the physician. Mich Med. 1986;85(11):618, 620.

- (12) Garra L. La maltraitance des personnes âgées, repérage et prévention en contexte de soin primaire. Thèse de doctorat : médecine générale : Bordeaux : 2021.
- (13) Kennedy RD. Abuse and neglect : the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med.* 2005 ; 37(7) : 481-5
- (14) Evain D. Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile. Thèse de médecine générale : Brest : 2017.
- (15) Barrault C. Les freins au signalement de la maltraitance à domicile des personnes âgées par les médecins generalistes. Mémoire de capacité de pratique medico-judiciaire : médecine légale : Tours : 2008.
- (16) Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Int Med* 2013;158(6):478-86
- (17) O'Brien JG. Screening for Elder Abuse and Neglect. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(8):1689-91
- (18) Dong XQ. Elder abuse: Systematic review and implication for practice. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:1214–123
- (19) Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization. *Public Health Paper* 1968;(34)
- (20) Yaffe MJ. Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *J Elder Abuse Neglect* 2008;20(3):276-300
- (21) Schmeidel An, Daly J, Rosenbaum M, Schmuck G, Jogerst G. Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl.* 2012 ;24(1) :17-36

- (22) Cohen M et al. Development of a Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers. *J Aging Health*. 2006;18(5):660-85
- (23) Cooper C et al. Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(10):826-38
- (24) Almogue A, Weiss A, Marcus E-L, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr*. août 2010;51(1):86-91.
- (25) Baccino E. Médecine légale clinique Médecine de la violence Prise en charge des victimes et agresseurs. 2em édition. Elsevier Masson; 2006. p92.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

12/02/2022 20:01

Questionnaire de thèse en médecine générale : maltraitances des personnes âgées

Questionnaire de thèse en médecine générale : maltraitances des personnes âgées

*Obligatoire

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES REpondant A L'ETUDE

1. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

une femme

un homme

2. Votre âge *

Une seule réponse possible.

moins de 35 ans

36 à 45 ans

46 à 55 ans

55 ans et plus

3. Votre formation en gériatrie *

Une seule réponse possible.

Diplôme universitaire (DU)

Semestre d'internat en gériatrie

Aucune formation particulière

4. Votre formation sur le sujet des maltraitances *

Une seule réponse possible.

- Formation médicale continue
- Diplôme universitaire (DU)
- Aucune formation particulière

5. Votre mode d'exercice *

Une seule réponse possible.

- rural
- semi rural
- urbain

6. Les personnes âgées (de plus de 65 ans) représentent dans votre patientèle *

Une seule réponse possible.

- 0 %
- moins de 25%
- 25 à 50%
- 51 à 75%
- plus de 75%

QUESTION PRINCIPALE

7. Concernant les MPA (Maltraitances à Personnes Agées) quand les recherchez vous ? *

Une seule réponse possible.

- très souvent *Passer à la question 8*
- au cas par cas *Passer à la question 8*
- presque jamais *Passer à la question 8*

Circonstances de réalisation d'un repérage des maltraitances à personnes âgées

8. Quelles(s) circonstances vous font réaliser un repérage des MPA ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- consultation pour motif traumatologie
- consultation pour motif psychiatrique, trouble du comportement ou trouble mnésique
- la sollicitation d'un organisme social (assistante sociale de secteur, PTA 40 ou autres)
- la sollicitation de l'équipe à domicile (auxiliaire de vie, IDE, kiné ou autre)
- la sollicitation de la famille, d'un proche
- pas de circonstances particulières, lors des consultations avec des personnes âgées

Frein(s) au repérage des maltraitances envers les personnes âgées

9. Quel(s) frein(s) au repérage des MPA rencontrez vous ? (plusieurs choix possibles)

*

Plusieurs réponses possibles.

- manque de temps
- manque d'outils d'aide au repérage
- je ne sais pas quelle suite donner si repérage positif
- le repérage me met mal à l'aise (vis à vis du patient, de la famille, de l'équipe..)
- ce n'est pas le rôle du médecin traitant

Etat des lieux des connaissances théoriques des médecins généralistes dans le cadre des maltraitances à personnes âgées

10. L'ordre de grandeur du ratio de personnes âgées maltraitées dans le monde est selon vous *

Une seule réponse possible.

- 1 sur 1000
 1 sur 500
 1 sur 50
 1 sur 6
 1 sur 2

11. Classez par ordre de fréquences (de la plus fréquente à la moins fréquente) les différentes formes de maltraitances envers les personnes âgées *

Une seule réponse possible.

- psychologique > physiques > financières > négligences involontaires
 physiques > psychologiques > négligences involontaires > financières
 psychologiques > négligences involontaires > physiques > financières
 négligences involontaires > psychologiques > physiques > financières

12. Pour vous les maltraitances envers les personnes âgées sont plus fréquentes *

Une seule réponse possible.

- à domicile
 en institution

13. Dans votre patientèle de personnes âgées démentes ou avec troubles du comportement quelles situations vous paraissent être maltraitantes ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Contention physique
 Contention médicamenteuse
 Enfermement
 aucune

Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes dans le cadre des maltraitances à personnes âgées

14. Connaissez vous l'outil de repérage des maltraitances EASI ? (Evidence Abus selon des Indicateurs) *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. Vous sentez vous à l'aise sur le repérage des maltraitances à personnes âgées ?

Une seule réponse possible.

- parfaitement
 moyennement
 pas du tout à l'aise

16. Avez vous déjà réalisé un signalement pour une maltraitance à personnes âgées ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

17. Quelles sont les caractéristiques d'un signalement des maltraitances à personnes âgées selon vous ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Anonyme
 possibilité de réaliser une information préoccupante (comme pour les enfants)
 toute situation de maltraitance relève d'un signalement systématique au parquet avec levée du secret professionnel
 se fait au procureur de la République

Evaluer les connaissances des médecins généralistes sur les ressources et le travail en réseau dans les Landes au sujet des maltraitances à personnes âgées

18. Connaissez-vous l'existence de ALMA (Allo Maltraitance Personnes Agées) / de la fondation 3977 ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 non

19. Connaissez-vous l'existence des unités d'accueil des victimes sur les hôpitaux de Dax et Mont de Marsan ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. En cas de repérage positif d'une maltraitance à personnes âgées quelle(s) attitude(s) adopter ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- contacter une association spécialisée (ALMA et autre)
 encourager la personne à porter plainte
 faire appel à une assistance sociale
 faire hospitaliser / demander conseil (gériatrie ou autre service hospitalier)
 travailler en réseau avec les paramédicaux libéraux
 gestion au cabinet en direct sans intervenant extérieur

21. Parmi les propositions suivantes lesquelles aideraient au repérage et à la facilité de prise en charge des maltraitances à personnes âgées ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- cours dédiés lors de l'externat / internat
- formation dans le cadre de la pratique professionnelle (FMC et autre)
- amélioration de la communication secteur soignant et social
- amélioration de la communication ville hospital

Merci de votre participation, il ne vous reste plus qu'à cliquer sur envoyer

Réponses aux items de connaissances théoriques

- ratio de personnes âgées maltraitées dans le monde : 1/6

- ordre de fréquence des différents types de MPA : maltraitances psychologiques (61%), négligences involontaires (27%), maltraitances physiques (26%), financières (25%)

- les situations de maltraitance dénoncées sont commises au domicile de la victime (73%) ou dans des établissements (27%).

Réponses aux items de connaissances pratiques

L'information préoccupante n'existe pas chez l'adulte, même chez la personne âgée vulnérable.

Seul le signalement au Procureur de la République est possible, celui ci doit se faire avec consentement de la personnes âgée victime, sauf en cas de vulnérabilité avérée permettant alors une levée du secret professionnel.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 2 : 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. (Au cours des 12 derniers mois)			
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 peut 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)

[Mark J. Yaffe](#), MD, Université McGill, Montréal, Canada
[Maxine Lithwick](#), MSW, CSSS Cavendish, Montréal, Canada
[Christina Wolfson](#), PhD, Université McGill, Montréal, Canada

Annexe 3 : fiche mémo

MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES

Signes possibles de maltraitance

- 1_Physique** : fractures, contusions, lésions, traces de morsures, brûlures, ecchymoses, blessures d'âges différents, chutes ou passages aux urgences à répétition
- 2_Psychologique** : dépression, idées suicidaires, hyper-vigilance, retrait, automutilation, culpabilité, comportement inhabituel, modification alimentaires ou troubles du sommeil.
- 3_Financière** : changements brusques de compte en banque, disparition inexplicable de biens, signatures suspectes, endettement inexplicable
- 4_Sexuelle** : douleur ou démangeaison, IST, saignement génital ou anal, sentiment de honte
- 5_Négligence** : déshydratation, malnutrition, escarres, détérioration de santé inexplicable, manque de suivi médical, de soins ou de médicaments, plaie non traitée, aidés au domicile inadaptés, incurie, perte de poids inexplicable

CONTACT

ALMA 40 :
05 58 48 91 43, lundi de 9h à 12h & jeudi de 9h30 à 11h30

ALMA FRANCE :
3277 _7/ sur 7

Référents hospitaliers :

CH Mont de Marsan :
Dr HARAMBAT / gériatre et médecin légiste / 0558051218
marie.harambat@ch-mdm.fr

CH DAX :
Dr LHEZ / Unité Médecine Légale / 0558352428 / uml@ch-dax.fr

EASI : Au cours des 12 derniers mois... Q1 à Q5 posées au patient Q6 répondue par le médecin

Q1 Avez-vous dépendu de quelqu'un pour prendre votre bain ou vous habiller, faire vos courses ou votre repas ou vos transactions bancaires ?

Q2 Est-ce que quelqu'un vous a empêché de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs, de l'aide médicale ou de rencontrer les gens que vous voulez voir ?

Q3 Avez-vous été dérangé par les paroles de quelqu'un qui vous a fait sentir honteux ou menacé ?

Q4 Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté ?

Q5 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 ?

Q6 L'abus envers une personne âgée peut être associé à des manifestations telles que : 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'adhésion aux ordonnances. Avez-vous remarqué de telles manifestations aujourd'hui ou au cours des 12 derniers mois ?

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.