



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Adeline MEYER COUTELLE

Le 20 mars 2013

Comportements et connaissances des médecins généralistes lorrains
sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée dépendante

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur A. BENETOS Président

M. le Professeur D. SIBERTIN-BLANC Juge

Mme le Professeur C. PERRET GUILLAUME Juge

M. le Professeur P. DI PATRIZIO Juge et directeur

M. le Docteur L. RUSSO Juge et directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)
Docteur Isabelle THAON
3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)
Docteur Laurent MARTRILLE
4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))
Docteur Lina BOLOTINE
3^{ème} sous-section : (Immunologie)
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4^{ème} sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)
Docteur Anne-Christine RAT
3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN
4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)
Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)
Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
3^{ème} sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Athanase BENETOS

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et biologie du vieillissement

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Pour votre disponibilité, votre accompagnement et votre avis d'expert sur notre travail, veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédo-Psychiatrie

Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et l'honneur que vous nous faites de juger notre travail, recevez l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne et Gériatrie

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Associé de Médecine Générale

Vos conseils avisés et votre regard de médecin généraliste ont été précieux durant la réalisation de ce travail. Pour avoir accepté de le codiriger et m'avoir aiguillée dans mes premiers pas de chercheuse, veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RUSSO

Médecin gériatre

Pour avoir accepté de m'accompagner en dirigeant ce travail, et surtout pour m'avoir transmis la passion de la gériatrie, veuillez recevoir mes sincères remerciements. Votre disponibilité et votre gentillesse m'ont permis de mener à terme ce travail et je vous en suis profondément reconnaissante.

A ma fille, Cécile

Parce que tu es la plus belle chose qui me soit arrivée et que ta présence me rend plus forte.

A mon mari, Romain

Pour avoir toujours été là, dans les bons et les mauvais moments. Tu es le meilleur soutien qu'on puisse espérer.

A mes parents

Pour toutes ces années à me soutenir. A toi maman pour tes petits plats faits maisons et toutes ces petites attentions qui me feront toujours me sentir ta « petite fille » et à toi papa pour tes meubles faits sur mesure, ta constance et ta fiabilité à toute épreuve. C'est bon, vous pouvez souffler maintenant, l'oiseau s'est envolé...

A mes grands-parents

Aujourd'hui disparus mais toujours présents dans mes pensées.

A mes frères, à mes belles sœurs, à mes neveux et nièces

J'ai appris à vos côtés la valeur du mot famille et la richesse des différences. C'est toujours une joie de passer des moments avec vous.

A ma belle famille

Merci de m'avoir acceptée telle que je suis et de m'avoir toujours considérée comme faisant partie de votre famille. Je me sens bien avec vous. Lolo, une petite pensée spéciale du Docteur qui espère que tu iras très vite beaucoup mieux.

A mes amis

A ceux de longues dates et aux plus récents, chacune de nos rencontres me remplit de joie.

A Bi, parce que je serai toujours Nôme, à Clairette parce que tu es ma plus vieille copine (et oui plus de vingt ans...), aux copains de médecine encore présents ou perdus de vue, parce que les études furent longues et qu'elles m'auraient semblées encore plus longues sans vous, aux copains de Metz parce que vous avez marqué ma vie et que vous la marquez encore quand nous nous voyons (bien que trop rarement...) A tous les autres que j'oublie mais avec qui j'aime passer du temps.

A mes maîtres

A tous les médecins qui m'ont transmis avec passion leur métier. J'essayerai d'être à la hauteur de vos enseignements.

A mes anciens collègues

A toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie durant mes stages d'interne. Je garderai le souvenir des bons moments passés avec vous.

A mes collègues

A toute l'équipe du SSR de Flavigny avec qui j'ai la chance de travailler. J'espère que nous construirons de beaux projets ensemble.

A tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à ce travail

Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux; Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Sommaire

REMERCIEMENTS	8
Sommaire	15
PARTIE 1 : INTRODUCTION.....	22
PARTIE 2 : LECTURES BIBLIOGRAPHIQUES	25
I. DEFINITIONS.....	26
1. La personne âgée dépendante.....	26
a. La Personne âgée et le vieillissement.....	26
b. Le concept de fragilité	27
c. La dépendance ou perte d'indépendance fonctionnelle	28
d. Quelques données démographiques	29
2. La maltraitance des personnes âgées.....	31
a. Histoire de la maltraitance	31
b. Le Conseil de L'Europe, 1987.....	33
c. « Action on Elder Abuse », 1995	33
d. Rapport de l' OMS, 2002, "Abuse of the elderly"	34
e. Etude de la DREES, 2005.....	35
f. En conclusion.....	37
II. EPIDEMIOLOGIE DE LA MALTRAITANCE	37
1. Au niveau mondial	37
2. Au niveau national	39
a. Lieu de la maltraitance	40
b. Les victimes	40
c. Les auteurs	41
III. LE CADRE LEGISLATIF.....	41
1. Violences reconnues par la loi	41

a.	En droit civil	41
b.	En droit pénal	42
c.	En droit de santé publique	43
2.	Le secret professionnel.....	43
3.	Le signalement	44
a.	La levée du secret professionnel	45
b.	Une obligation légale ?.....	46
c.	Réalisation d'un signalement	47
IV.	LES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE.....	49
1.	A domicile	49
a.	La victime.....	50
b.	L'environnement	51
c.	Les auteurs	52
2.	En institution	53
a.	La personne âgée institutionnalisée.....	53
b.	Les professionnels et le « Burn out » du soignant	54
c.	L'environnement institutionnel.....	56
V.	DEPISTER LA MALTRAITANCE	58
1.	Les signes de maltraitance.....	58
2.	Des signalements encore rares	62
3.	Les obstacles au repérage de la maltraitance	62
a.	Du côté des victimes.....	62
b.	Du côté de la société	64
c.	Du côté des soignants	65
d.	Du côté du médecin	65
4.	Comment augmenter le repérage des cas de MPA ?	67
a.	A l'étranger.....	67
b.	En France	70

VI. LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE : LE CONCEPT DE BIEN-TRAITANCE.....	71
1. Définition	71
2. Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance (mars 2007).....	73
3. Les propositions de l'ANESM	74
4. Loi de réforme des tutelles	75
5. Autres mesures	77
PARTIE 3 : MATERIEL ET METHODES	80
I. Objectifs	81
II. Choix de la méthode	81
III. Préparation des entretiens.....	82
1. Elaboration d'un guide d'entretien.....	82
2. Recrutement des participants	83
3. L'interviewer	87
4. Organisation matérielle	87
IV. Réalisation des entretiens	87
V. Retranscription.....	89
VI. Analyse des entretiens	90
1. Retour critique au guide d'entretien et à la question de départ.....	90
2. Relecture et identification des axes thématiques.....	90

3.	Elaboration des thématiques et sous thématiques	91
PARTIE 4: RESULTATS		92
I.	Connaissances du médecin généraliste sur le sujet de la maltraitance	93
1.	Définition donnée par les médecins de la maltraitance.....	93
2.	Connaissance des données d'épidémiologie	98
3.	Connaissance de la loi	99
4.	Connaissance des politiques de prévention.....	103
5.	Synthèse	104
II.	Formation du médecin généraliste sur le sujet de la maltraitance	104
1.	Modes d'acquisition des connaissances	105
2.	Ressenti du médecin généraliste sur sa formation	107
3.	Besoin en formation exprimé	108
4.	Synthèse	109
III.	Repérage de la maltraitance et des situations à risque de maltraitance.....	109
1.	Limites inhérentes à l'environnement	110
2.	Limites inhérentes au patient.....	111
3.	Limites inhérentes à la famille	117
4.	Limites inhérentes au médecin.....	117
5.	Synthèse	124
IV.	Comportement du médecin généraliste face au problème de la maltraitance ..	125
1.	Modalités de prise en charge de la maltraitance par le médecin généraliste....	125

a.	Les différents acteurs de la prise en charge de la maltraitance.....	125
b.	Protection de la personne âgée dépendante maltraitée	129
2.	Attitude du médecin dans la prise en charge de la maltraitance	132
3.	Synthèse	135
V.	Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la prise en charge de la maltraitance	135
1.	Relation complexe entre le médecin, le patient et sa famille.....	136
2.	Ambivalence du rôle du généraliste	141
3.	Difficultés liées aux modalités d'intervention	143
a.	Quand agir?	143
b.	Comment agir?	144
c.	Avec qui agir?	145
4.	Difficultés liées à l'argent	148
5.	Difficultés liées au manque de temps.....	150
6.	Difficultés liées à l'environnement	152
a.	Personnel.....	152
b.	Institutionnel	153
c.	Sociétal	156
d.	Organisationnel des soins.....	159
7.	Synthèse	162
VI.	Moyens de prévention du médecin généraliste	163
1.	Adaptation de l'environnement.....	163
2.	Changement d'attitudes face aux difficultés	165
3.	Prise en compte de la souffrance de la personne âgée et de son entourage	167
4.	Synthèse	170

VII. Implication émotionnelle du médecin généraliste dans la prise en charge des maltraitances.....	170
1. Vision du médecin généraliste sur la personne âgée dépendante.....	171
2. Investissement émotionnel important.....	171
3. Difficulté à la distanciation de la part du généraliste.....	174
4. Mise à l'écart de l'émotion.....	176
5. Recherche de justification de la maltraitance : le Burn Out du soignant et de l'aidant.....	178
6. Synthèse	181
VIII. Moyens d'aider le médecin généraliste.....	181
1. Synthèse	186
Partie 4 : DISCUSSION.....	187
I. Critique de la méthode employée	188
II. Les limites de la définition de la maltraitance	189
III. Une formation insuffisante ?.....	190
IV. Les obstacles au signalement	192
1. Les paradoxes du rôle de généraliste.....	192
2. Une loi peu claire	193
3. Les autres obstacles.....	194
V. Les mécanismes de défense du médecin généraliste	195
1. L'affiliation	195

2. L'affirmation de soi par l'expression des sentiments.....	196
3. Le clivage	197
4. Le déni.....	197
5. L'identification projective.....	198
6. Intellectualisation : recours à l'abstraction pour éviter un conflit.....	199
7. La mise à l'écart	199
8. La rationalisation.....	200
9. Le refoulement	200
Partie 5 : CONCLUSION.....	202
BIBLIOGRAPHIE	205
ANNEXES	212

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, il semble exister un engouement des médias pour le sujet de la maltraitance de la personne âgée. Quelques documentaires et livres « chocs » sur ce sujet sont parus dernièrement. Derrière cette façade médiatique se cache une réalité bien plus insidieuse et complexe qui met en désarroi les familles et les professionnels qui s'occupent des personnes âgées dépendantes en institution ou à domicile.

Lors de mes stages d'interne ou de mes expériences estivales d'infirmière ou d'aide-soignante, j'ai moi-même été confrontée à des situations de maltraitances ou de négligences. J'ai ressenti, comme je pense de nombreux soignants, une immense gêne teintée de révolte face à une situation jugée inacceptable. Comment peut-on en effet faire du mal à une personne vulnérable qui a besoin de soins et de respect ? Pourtant, la plupart du temps, je n'ai rien dit ou j'ai laissé les autres agir, par peur, par gêne ou par méconnaissance du sujet...

Aujourd'hui, nous tentons de comprendre à travers ce travail comment de telles situations surviennent et quelles sont nos armes de médecins pour lutter contre ce fléau. Médecin généraliste de formation, mon intérêt s'est naturellement porté sur le regard de mes confrères sur la maltraitance du sujet âgé. Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié des personnes âgées dépendantes car il est parfois le seul professionnel de santé, avec les équipes de soins à domicile, à pénétrer au sein des foyers. Si la personne âgée est institutionnalisée, il revêt souvent le rôle de coordinateur des établissements. Pourtant, même si de nombreux secrets sont portés à sa connaissance, son rôle dans la prise en charge des maltraitances reste difficile... D'ailleurs n'est-ce pas au moment de devenir Docteur, que le médecin déclare que « reçu à l'intérieur des maisons, (il) respectera les secrets des foyers » ? Au même moment ne déclare-t-il pas qu'il « interviendra pour les protéger (les personnes) si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité » ?

Un premier paradoxe apparaît alors. Il en existe bien d'autres tant le sujet est complexe... Notre démarche consiste à comprendre quels sont le rôle et les limites du médecin généraliste dans l'identification et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée dépendante.

Après avoir redonné quelques définitions de la maltraitance de la personne âgée dépendante et quelques données épidémiologiques, nous effectuerons un rappel sur le cadre législatif existant en France. Puis, nous présenterons les différents facteurs de risque pouvant conduire à une maltraitance à domicile ou en institution et les moyens de dépister une maltraitance de façon spécifique chez la personne âgée. Enfin, nous parlerons de « bientraitance » et des différentes mesures mises en place actuellement en France pour lutter contre la maltraitance.

Nous présenterons ensuite notre étude qui s'intéresse aux comportements et aux connaissances des médecins généralistes lorrains sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée dépendante. Ce travail permet d'identifier le rôle et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur prise en charge des cas de maltraitance.

Nous proposerons finalement quelques réflexions qui pourront aider les médecins généralistes dans leur prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

PARTIE 2 : LECTURES BIBLIOGRAPHIQUES

I. DEFINITIONS

Quelques définitions préalables sont nécessaires pour mieux apprécier le sujet de notre étude concernant la maltraitance de la personne âgée dépendante. Nous tenterons de définir tout d'abord le concept de personne âgée dépendante avant d'évoquer celui de la maltraitance.

1. La personne âgée dépendante

L'acteur principal de notre étude est la personne âgée dépendante. Nous avons choisi cette population particulière en raison de sa vulnérabilité qui la met dans une situation à risque de maltraitance. La dépendance résulte fréquemment d'une fragilité qui constitue un facteur de risque d'entrer dans la dépendance. Nous repreciserons donc ces concepts. Nous évoquerons ensuite quelques données démographiques afin de mieux comprendre l'importance de cette population à une échelle mondiale et nationale.

a. La Personne âgée et le vieillissement

Même si cela semble évident au premier abord, il est difficile de donner une définition précise de la personne âgée. En effet, les définitions varient en fonction des époques, des cultures, des représentations propres à chaque individu et des différences interindividuelles.

Pour le sens commun [76], une personne âgée est une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques, psychologiques et sociaux de la vieillesse tels que les sociétés se les représentent. D'après le Petit Larousse, la vieillesse constitue « *la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions* ». On peut donc remarquer que les limites de ces définitions sont très floues...

D'après le corpus de Gériatrie [22] qui donne une définition plus médicale, le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante

des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées, actuelles, chroniques ou aiguës. On ne peut donc pas d'après cette définition donner un âge précis pour l'entrée dans la vieillesse bien qu'on utilise volontiers l'âge de 75 ans en gériatrie.

Selon un rapport de la cour des comptes de 2005, les personnes âgées constituent la classe des plus de 60 ans. Selon un autre rapport de l'OMS, il s'agirait des plus de 65 ans. Mais on s'aperçoit que cette classe est très disparate et qu'il existe de réelles différences entre ces personnes selon leur avancement en âge, leur état de santé, leur milieu social, leur implication dans les activités extérieures, leur vie familiale...[33]

On parle également, comme une suite logique au « troisième âge » qui inclut des personnes fraîchement retraitées, du « quatrième âge » qui pour sa part inclut des personnes âgées de plus de 80 ans et dont une proportion plus importante présente des problèmes de dépendance plus prononcés.

Cependant, l'âge n'est pas en soit synonyme de dépendance. Il convient d'ailleurs d'évoquer le concept de fragilité avant d'aborder celui de dépendance car la fragilité en constitue un facteur de risque.

b. Le concept de fragilité

D'après un consensus de 2011 de la Société française de Gériatrie et de Gériatrie [68], la fragilité est un syndrome clinique qui se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par des co-morbidités et des facteurs psychologiques, sociaux,

économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Deux classes de critères de fragilité sont validées :

– les critères fondés sur une physiopathologie énergétique et motrice, appelée également phénotype de fragilité. Ils comprennent : la perte de poids, la vitesse de marche lente, la sensation de fatigue, psychique et physique, la faiblesse musculaire et la sédentarité.

– les critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de fragilité multi-domaines. Ils comprennent plusieurs domaines : la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, la continence urinaire, les capacités pour les activités de la vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale et les co-morbidités.

La prévalence de la fragilité augmente avec l'âge bien que fragilité et vieillissement ne soient pas synonymes. La dépendance quant à elle constitue une complication de la fragilité.

c. La dépendance ou perte d'indépendance fonctionnelle

On considère une personne âgée comme dépendante lorsqu'elle n'est plus capable physiquement et psychiquement d'accomplir un rôle normal compte tenu de son âge, de son sexe et de ses habitudes socioculturelles. En conséquence, elle aura besoin d'une aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

Pour évaluer cette dépendance ou perte d'indépendance fonctionnelle, on analyse la capacité d'une personne à accomplir sans aide humaine des actes élémentaires de la vie quotidienne comme manger, s'habiller, se déplacer, assurer son hygiène, aller aux toilettes. L'évaluation porte aussi sur l'analyse de la capacité de l'individu à réaliser sans aide humaine les activités instrumentales de la vie quotidienne (se déplacer en transport en commun, se servir d'un téléphone, gérer son argent...) Pour cela, plusieurs outils d'évaluation existent

(grille AGGIR en ANNEXE 1, critères IADL et IADL-E en ANNEXE 2, Indicateur de Colvez en ANNEXE 3...) et peuvent servir de support à une évaluation du patient plus globale[15].

d. Quelques données démographiques

Pour parler de maltraitance des personnes âgées, il semble important de connaître leur proportion dans la société au niveau mondial et national.

Entre 1995 et 2025, le nombre des plus de 60 ans dans le monde passera de 542 millions à plus d'un milliard. [72]

On constate en France et dans la plupart des pays riches une augmentation constante de la part des sujets de plus de 60 ans entraînant un vieillissement démographique avec un déséquilibre du rapport « sujets âgés/ sujets jeunes ». En effet, durant les cinquante dernières années, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population totale a crû de plus de 40 % alors que celle des jeunes de moins de 20 ans a chuté de 15 %, après un maximum atteint en milieu de période (1973) à la fin du « baby-boom ». La part des personnes âgées augmente d'autant plus que l'âge est élevé. [39]

Le nombre des centenaires a plus que quintuplé durant les vingt dernières années du XXème siècle. En 2012, ils étaient 17000.

Le tableau ci-dessous permet de visualiser la part croissante des plus de 65 ans sur l'ensemble de la population.

3 - Évolution de l'importance des personnes âgées dans l'ensemble de la population

	Effectifs 1950	Effectifs 1970	Effectifs 1990	Effectifs 2000	Effectifs 2005p	
	en milliers	en milliers	en milliers	en milliers	en milliers	en %
Moins de 20 ans	12 585,6	16 748,3	15 719,7	15 029,0	15 086,0	24,9
20-64 ans	24 364,6	27 306,3	32 985,8	34 362,2	35 527,8	58,7
65 ans ou plus	4 727,1	6 473,6	7 871,5	9 415,3	9 947,4	16,4
dont 65-69 ans	1 741,1	2 343,8	2 709,4	2 727,6	2 567,4	4,3
70-74 ans	1 421,3	1 774,0	1 323,7	2 445,3	2 503,7	4,2
75-79 ans	914,8	1 198,5	1 753,7	2 105,2	2 128,3	3,5
80-84 ans	449,3	734,2	1 210,2	870,3	1 662,5	2,7
85-89 ans	163,4	321,4	632,6	844,0	572,1	0,9
90 ou plus	37,2	101,7	241,9	422,9	513,4	0,8
Total	41 647,3	50 528,2	56 577,0	58 796,5	60 561,2	100,0
dont centenaires	0,0	1,1	3,8	8,0	15,9	

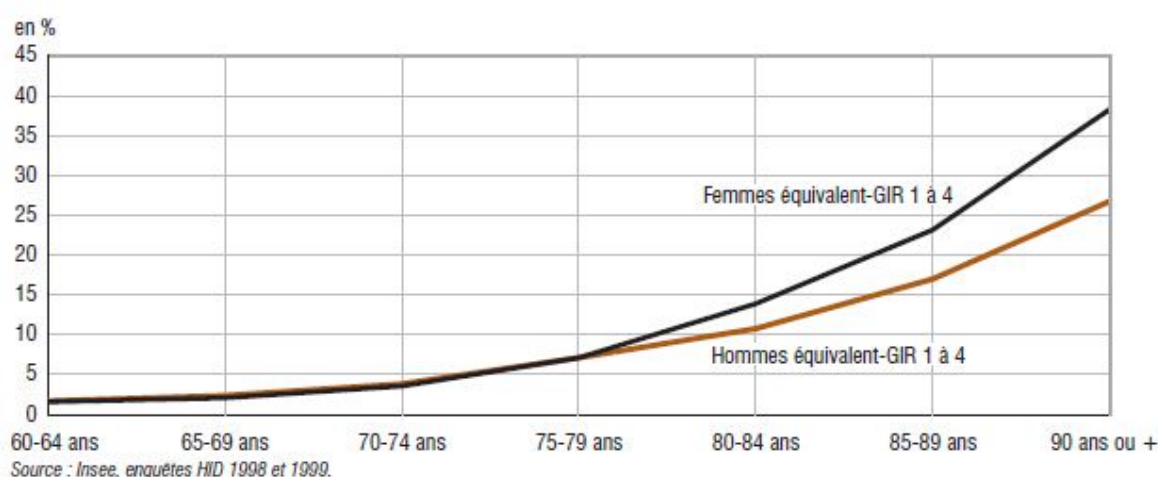
Note : il s'agit de la population au 1^{er} janvier et de l'âge en années révolues.
Sources : Insee, État civil.

Ces chiffres ne cessent d'évoluer avec des estimations qui permettent d'anticiper l'intérêt que la société devra bientôt porter sur ses seniors. En effet, en 2050 en France, la part des plus de 60 ans représentera 29 % de la population soit environ un tiers de la population générale, les plus de 75 ans 18% et les plus de 85 ans 7,5 %. Dans tout les cas, la part des plus de 60 ans sera plus élevée que celle des moins de 20 ans. L'effectif des 60 ans sera le double de celui de 2000, celui des 75 ans le triple et celui des 85 ans le quadruple. [18]

A côté de ce phénomène, l'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation du nombre de sujets dépendants.

La part de femmes souffrant de dépendances ne cesse de croître à partir de 80 ans en raison d'une meilleure espérance de vie (84,8 ans contre 78,2 ans pour les hommes en 2011).

2 - Proportion de personnes dépendantes par sexe et âge



Actuellement, environ 800 000 à 1 000 000 de personnes âgées en France seraient concernées par la dépendance (on considère les 4 premiers groupes de la grille AGGIR, outil détaillé en ANNEXE 1). Un tiers de ces sujets vit en institution dont un quart en Unité de Soins de Longue Durée. [39]

Le nombre des personnes âgées dépendantes augmentera donc dans les cinquante prochaines années de 18 à 84% selon les différents scénarios.

2. La maltraitance des personnes âgées

Plusieurs définitions de la maltraitance de la personne âgée ont été élaborées depuis sa première description dans les années soixante-dix. Nous tenterons de les présenter dans ce chapitre avec leur spécificité.

a. Histoire de la maltraitance

“Quiconque sera reconnu coupable de violences sur ses parents sera d’abord banni à perpétuité de la ville dans une autre contrée, et se verra interdire tous les temples » Platon, Les lois.

Le problème de la maltraitance des aînés n'est pas récent, comme en témoigne cette citation de Platon. Cependant, jusque dans les années soixante-dix, ce phénomène reste au même titre que les autres maltraitements familiaux un sujet tabou, caché, ne préoccupant pas la société et devant rester au sein de la famille. D'ailleurs le mot « maltraitance » apparaît dans le dictionnaire seulement en 1987.

La première description de la maltraitance du sujet âgé date de 1975 dans un journal scientifique britannique sous le terme de « Granny battering » [19]. Quelques médecins signalent alors de façon sporadique des cas de maltraitance. La reconnaissance de ce phénomène reste cependant marginale.

C'est le congrès américain qui le premier dénonce ce problème dans les années quatre-vingt. La mise en place de nombreuses mesures gouvernementales et le développement de recherches scientifiques sur le sujet dans de nombreux pays (Australie, Canada, Chine, Norvège, Suède, Etats-Unis...) permettent de montrer l'ampleur du phénomène et de qualifier la maltraitance des aînés comme un problème mondial. D'abord considéré comme un problème des pays riches, des enquêtes réalisées dans des pays en voie de développement ont permis de prouver l'universalité du phénomène.[64]

Mais, il existe de nombreuses différences culturelles rendant une définition universelle difficile. Par exemple, au Japon, le groupe prime toujours sur l'individu et il n'est pas rare que le bien-être personnel soit sacrifié pour le bien du groupe. Certaines coutumes violentes ne sont pas reconnues localement comme des maltraitements. On peut à ce titre citer la crémation vivante des veuves indiennes considérée comme un acte de sainteté localement ou bien l'accusation de sorcellerie de nombreuses femmes âgées en Tanzanie. Selon les estimations du gouvernement, 500 vieilles femmes seraient en effet accusées de sorcellerie et assassinées tous les ans en Tanzanie avec une recrudescence de ces meurtres en cas de sécheresse ou de violentes inondations [72].

La définition de la maltraitance du sujet âgé est donc difficile tant elle englobe de situations complexes et différentes. Divers textes ont pourtant tenté de définir ce concept.

b. Le Conseil de L'Europe, 1987

Le Conseil de l'Europe propose en 1987 cette définition de la maltraitance, dans le cadre d'un colloque dont le thème principal porte sur les violences intrafamiliales [27]: “ *La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté d'une autre personne ou d'un autre groupe ou compromet gravement le développement de cette personnalité ou nuit à sa sécurité financière* ”.

Dans cette définition, on retrouve la notion d'acte et d'omission et le fait qu'une maltraitance peut être commise par une personne seule ou un groupe de personnes. La négligence est aussi considérée comme une maltraitance.

Sous le nom de “violences et négligences”, le rapport final du groupe de travail identifie comme maltraitance les violences physiques, les violences morales et psychiques (injures, exclusion, non-respect des droits, etc.), les violences matérielles et financières (vols, héritage anticipé, spoliations diverses), les violences médicamenteuses (excès de neuroleptiques ou privation de médicaments), les brimades (ligotage sur un siège, privation de liberté) ou les négligences (l'oubli).

c. « Action on Elder Abuse », 1995

Le « réseau national de prévention de la maltraitance » a adopté la définition suivante au Royaume-Uni en 1995: “ *On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée* ”.[6]

Cette définition introduit la notion de confiance, qui va être rompue par un acte violent. On parle donc de maltraitance, proprement dite, lorsque l'acte violent survient entre des personnes qui partagent une relation de confiance, le plus souvent lorsqu'une des deux personnes nécessite l'aide de l'autre pour ses besoins quotidiens. On retrouve ainsi la notion de dépendance que nous avons évoquée en amont.

d. Rapport de l'OMS, 2002, "Abuse of the elderly"

En 2002, un important rapport sur la violence est publié par l'OMS sous le nom de « World report on violence and health » [64] pour essayer de comprendre l'impact des violences sur la société et élaborer des stratégies de prévention. Un volet de ce rapport concerne les maltraitances des personnes âgées. Il est admis de façon générale que la maltraitance des personnes âgées peut exister sous deux formes principales que sont les violences et les négligences (ou omissions).

Ces abus peuvent avoir une nature physique, psychologique, financière ou matérielle.

Ces actes qu'ils soient volontaires ou involontaires entraînent selon leur gravité une souffrance inutile, des blessures ou des douleurs, une violation des droits de l'homme et compromettent la qualité de vie des victimes.

On décrit :

- **les violences physiques**, constituées par des atteintes à l'intégrité physique de la personne pouvant conduire à la mort de l'intéressé (coups, gifles, brûlures, soins brusques, chutes provoquées, abus ou privations de médicaments, contentions abusives...);
- **les violences psychologiques**, qui comportent des conduites, attitudes ou paroles reposant sur un manque de respect de la dignité de la personne âgée pouvant être la source de souffrance émotionnelle, d'anxiété chez la victime et pouvant provoquer une

dépression voire le suicide (injures, chantage, menace de placement, excès de familiarité et tutoiement, non respect des droits civiques, dévalorisations, injonctions paradoxales...);

- **les violences financières**, avec une exploitation injustifiée des ressources et des biens de la victime (vols, escroqueries, demandes de pourboires...);
- **les violences sexuelles**, qui sont définies par un contact sexuel non consenti avec la victime ;
- **les négligences**, définies par tout manque d'aide dans la vie quotidienne d'une personne étant sous sa responsabilité. La négligence peut donc être active avec volonté délibérée de nuire (privation volontaire de nourriture, abus de médicaments psycho actifs...) ou passive relevant d'avantage de l'ignorance, de l'inattention ou du non respect de son rôle propre (oubli de fournir une aide à la toilette ou aux repas).

Cette classification a l'intérêt d'être mondialement reconnue et utilisée fréquemment dans les différentes publications sur la maltraitance de la personne âgée.

e. Etude de la DREES, 2005

Une étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche des études de l'Evaluation et des Statistiques) en 2005 définit la maltraitance, en tenant compte de ce qu'en disent les victimes elles-mêmes [30].

Cette enquête qualitative s'appuie sur l'analyse de dossiers de plaintes adressées à la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale) en 2002 et 2003 comparés à des entretiens semi-directifs menés par des sociologues auprès d'une quarantaine de personnes âgées n'ayant pas porté plainte.

Dans cette étude, la notion de maltraitance désigne des comportements répétés et banalisés de brutalisations.

On retrouve des motifs de plaintes classiques similaires en institution et à domicile (violences physiques, vols, violences verbales, négligences à type de malnutrition et dans les soins médicaux et paramédicaux, inattention à la souffrance exprimée). D'autres motifs de plaintes sont en revanche spécifiques aux institutions (contention, enfermement, dénutrition, atteinte à la dignité...)

Par ailleurs, des ressentis personnels tels que le manque d'affection, un placement de force, la solitude à domicile, un sentiment d'inutilité ou d'abandon sont évoqués fréquemment lors des entretiens avec les sociologues.

Les motifs de plaintes exprimés dans les dossiers et dans les entretiens ne s'inscrivent donc pas tous dans les typologies classiques de la maltraitance telle que décrite précédemment.

On peut donc proposer une autre typologie des atteintes centrée sur la victime.

- **Atteintes à l'intégrité de la personne** : comportements ayant des répercussions sur la santé physique ou le psychisme (absence d'aide à la prise des repas entraînant une dénutrition, non prise en compte des goûts de la personne âgée, non prise en compte de l'inconfort lors de la toilette, brutalité dans les gestes, non soulagement de la douleur, manque d'hygiène...)
- **Atteintes à la dignité de la personne** : comportements ayant des répercussions sur l'estime de soi (paroles humiliantes, brutalité dans l'annonce du diagnostic, atteinte à la pudeur, sentiment d'abandon...)
- **Atteintes de l'autonomie citoyenne** : comportements gênant la liberté de décision pour soi (sentiment de dépossession de ses biens, soins forcés, interdiction de gérer soi-même ses médicaments, port de vêtements imposés, manque d'argent, contention, enfermement, absence de prise en compte des habitudes de vie...)

f. En conclusion

De multiples définitions de la maltraitance existent. Certaines rentrent dans le cadre législatif des violences, d'autres sont plutôt de l'ordre du ressenti de la victime et vont poser des problèmes d'identification et de prise en charge. Dans tout les cas, même si une judiciarisation n'est pas toujours nécessaire, d'autres actions sont possibles afin de soulager la souffrance de la victime qu'elle soit morale ou physique (mise en place d'aides, accompagnement psychologique, réaménagement de l'environnement...)

II. EPIDEMIOLOGIE DE LA MALTRAITANCE

Dans ce chapitre, nous aborderons l'aspect des chiffres de la maltraitance au niveau mondial et national afin d'avoir un aperçu de l'ampleur du phénomène. Retenons néanmoins qu'une estimation précise est difficile et que probablement seul l'aspect « émergé de l'iceberg » apparaît dans la plupart des études citées.

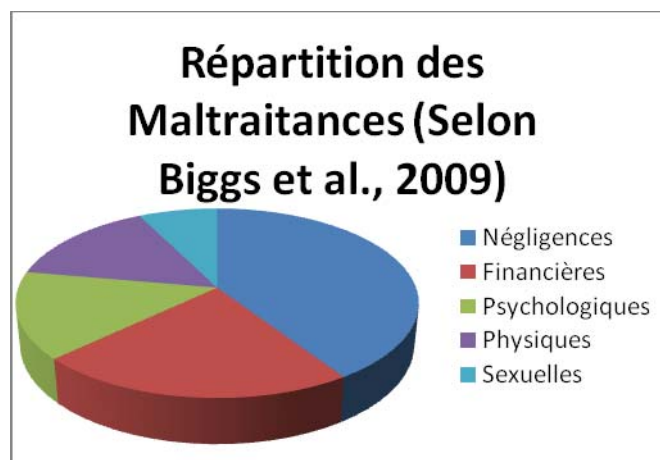
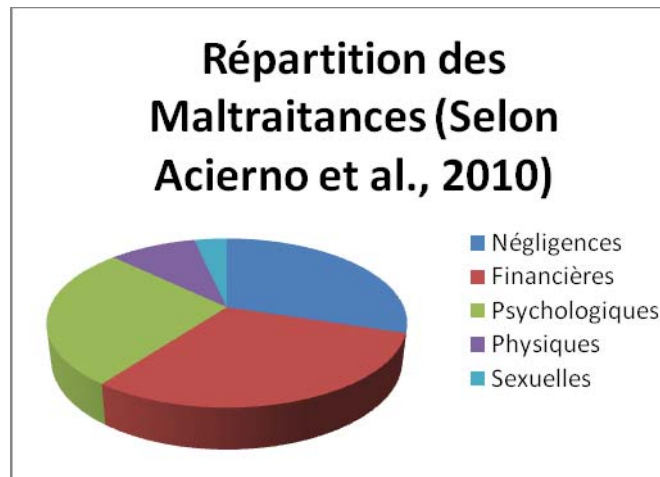
1. Au niveau mondial

La première étude réalisée aux Etats-Unis, dans le Massachussets en 1988 estimait la prévalence de la maltraitance à 3,2 % chez les sujets âgés vivant à domicile [59]. Une autre enquête dans les années qui suivent au Canada montre une prévalence à 4%[61].

En Europe, il faut attendre 1998 pour qu'une première étude soit réalisée à Amsterdam sur 1800 personnes déterminant une prévalence de la MPA à 5,6% [25]. D'autres travaux suivent au Danemark, au Royaume-Uni et en Suède qui mettent en évidence des résultats comparables.

Aux Etats-Unis, plus récemment en 2010, on a estimé que 5,2% des personnes âgées ont souffert durant l'année précédente de maltraitance financière, 5,1% de négligences, 4,6% de maltraitance psychologique, 1,6% de maltraitance physique, et 0,6% de maltraitance sexuelle

[5]. On retrouve une répartition similaire (bien que le total soit plus faible) dans une étude récente au Royaume-Uni avec un taux de négligences de 1,1%, suivi des maltraitances financières (0,6%), des maltraitances psychologiques (0,4%), des maltraitances physiques (0,4%) et des maltraitances sexuelles (0,2%). [16]



On constate que les maltraitances physiques, plus facilement repérables et dont la prise en charge est mieux codifiée ne représentent qu'une faible part de la totalité des maltraitances. On soulignera la nécessité d'une vigilance accrue concernant le dépistage des maltraitances psychologiques ou des négligences.

2. Au niveau national

En France, aucune étude d'ampleur nationale visant à déterminer la prévalence de la maltraitance des personnes âgées n'a été réalisée à ce jour. Une enquête a toutefois été réalisée dans le département du Nord en 2000 [32] qui étudie la prévalence et le type de maltraitements retrouvés au sein d'une population âgée de plus de 60 ans (2668 personnes participantes). 6% de la population étudiée est victime de maltraitance. 76% des personnes âgées maltraitées sont des femmes. Au sein des maltraitements, on retrouve une prédominance de violences psychologiques (80%), suivies de maltraitements financiers (59%), de négligences (36,3%) et de violences physiques (30%). 77% des personnes âgées maltraitées présentent des troubles psychiques ou du comportement et 95% sont dépendantes physiquement. Dans 76% des cas, la personne maltraitante est un membre de la famille.

Nous disposons également des chiffres recueillis par l'association Allo Maltraitance des personnes âgées (ALMA) qui nous permettent d'estimer l'ampleur du phénomène au niveau national. Malheureusement ces données ne constituent pas une estimation réelle du phénomène car seuls les cas rapportés sont pris en compte. De plus il existe parfois un décalage entre les appels reçus et la réalité de la maltraitance[8].

En 2010, sur 3872 appels au total, 2298 concernaient une suspicion de maltraitance.

Le tableau ci-dessous récapitule les différents types de maltraitements signalés.

Type de maltraitance signalée	Nombre de personnes âgées concernées	Pourcentage
Psychologique	658	28,6%
Physique	339	14,7%
Financière	319	13,8%
Négligence passive	314	13,6%
Privation de citoyenneté	310	13,4%
Négligence active	168	7,3%
Pas de maltraitance	102	4,4%
Médicale	76	3,3%
Violence sexuelle	12	0,5%
Total	2298	100%

a. Lieu de la maltraitance

D'après les cas répertoriés par ALMA France, la plupart des cas de maltraitance (76%) surviendraient au domicile de la personne âgée (599 cas en 2010 au domicile, pour 247 en institution.)

En institution, les principales maltraitements signalés sont les négligences passives ainsi que la privation de citoyenneté.

Au domicile, on retrouve en premier lieu les maltraitements psychologiques, les maltraitements financiers puis les maltraitements physiques.

b. Les victimes

Les victimes sont âgées de 60 ans à plus de 90 ans. La majorité des victimes (70%) sont des femmes.

c. Les auteurs

Toujours selon les chiffres d'ALMA, les auteurs présumés de maltraitance sont âgés de 40 à 65 ans avec une proportion équivalente d'hommes et de femmes. Les personnes en cause sont le plus souvent des membres de l'entourage familial (enfants, conjoints), suivi de l'entourage social, des professionnels de l'établissement d'hébergement et des professionnels de santé médicaux et paramédicaux. La plupart des auteurs présumés (70%) vivent avec la victime.

III. LE CADRE LEGISLATIF

Afin de prendre en charge les cas de maltraitance, les aspects législatifs doivent être connus et compris du médecin. Ce chapitre constitue un rappel des différents textes de loi concernant les violences reconnues par la loi et sur le secret professionnel.

1. Violences reconnues par la loi

a. En droit civil

La notion de violences physiques ou morales est présente dans le code civil. Le fait que ces violences soient commises sur une personne vulnérable constitue une circonstance aggravante. Dans le cadre du droit civil, on parle essentiellement des maltraitances financières (vols, escroqueries...)

Article 1112: « *Il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable, et qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune à un mal considérable et présent. On a égard, en cette matière, à l'âge, au sexe et à la condition des personnes.* »

b. En droit pénal

On ne parle pas du mot « maltraitance » dans le code pénal mais cette notion s'intègre dans le reste des violences avec une précision sur l'état de vulnérabilité de la victime qui, s'il est présent, aggrave les faits. La notion de maltraitance physique est largement précisée.

Article 222-7 : « *Les violences ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle.* »

Article 222-13 : « *Les violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique (...), est apparente ou connue de l'auteur.* »

Article 222-14 : « *Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique (...), est apparente ou connue de l'auteur sont punies (...)* »

Les négligences sont également considérées comme un crime aux yeux de la loi :

Article 223-3 : « *Le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.* »

Article 223-4 : « *Le délaissement qui a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente est puni de quinze ans de réclusion criminelle.* »

« *Le délaissement qui a provoqué la mort est puni de vingt ans de réclusion criminelle.* »

Les maltraitements sexuels sont également punies, et l'atteinte à une personne vulnérable constitue une circonstance aggravante:

Article 222-24 : Concernant les circonstances aggravantes d'un viol « *lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique (...), est apparente ou connue de l'auteur.* »

Une partie des maltraitements psychiques, peut s'intégrer dans le cadre des menaces de violences :

Article 222-17 : « *La menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes dont la tentative est punissable est punie (...)* »

c. En droit de santé publique

Le code de santé publique précise des notions plus larges de respect, de dignité des personnes, et de protection des patients vulnérables.

Article 1110-1 : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.* »

Article 1110-2 : « *La personne malade a droit au respect de sa dignité.* »

Article 1110-3 : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* »

Ces notions sont beaucoup plus larges et beaucoup plus difficiles à préciser. Elles ne peuvent donner lieu à des poursuites judiciaires mais font partie d'une déontologie concernant tous les soignants.

2. Le secret professionnel

Un droit fondamental du patient est celui du secret professionnel. Celui-ci est une obligation pénale et peut soumettre à des sanctions en cas de non respect.

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

Article L1110-4 du Code de la santé publique : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant (...) ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé.* »

Celui-ci exclue « *les cas de dérogation, expressément prévus par la loi* ».

Le Code de déontologie médicale stipule dans son article 4 que le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients et s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi : « *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

3. Le signalement

Le signalement n'est ni une dénonciation ni une délation ni une trahison mais une information « nécessaire, pertinente, et non excessive » de la description, dans l'intérêt de la personne concernée, de son état physique ou psychique tel qu'on veut le faire connaître. [62]

a. La levée du secret professionnel

Dans certains cas précisés par le code pénal, la levée du secret professionnel est expressément autorisée. Le professionnel de santé qui constate des lésions suspectes ou est témoin de maltraitance physique ou psychique sur une personne vulnérable peut en informer les autorités sans pouvoir faire l'objet de sanctions pénales ou disciplinaires. L'accord de la victime est néanmoins souhaitable si celle-ci est en mesure de le donner.

Article 226-14 du Code pénal :

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

-à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices (...) dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

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

Dans l'article 44 du Code de Déontologie Médicale il est précisé cependant que le médecin doit « *faire preuve de prudence et de circonspection* » en raison du préjudice que son action pourrait entraîner auprès des victimes.

En effet, une action non réfléchie peut entraîner des procédures lourdes injustifiées à l'encontre des suspects. Il faut également tenir compte de la qualité de vie espérée de la

victime en cas de signalement. Parfois, les conséquences d'un signalement peuvent être préjudiciables.

La décision du professionnel de santé de signaler une maltraitance doit donc reposer sur un examen clinique soigneux, un interrogatoire rigoureux et un dialogue avec la victime et ses aidants. On doit dans ce cas mettre en balance le rapport bénéfice/risque comme dans toutes décisions en médecine.

b. Une obligation légale ?

Le médecin ou le professionnel tenu au secret professionnel n'est pas obligé par la loi de signaler une maltraitance contrairement à un témoin « quelconque » qui en a l'obligation au risque de se voir puni par la loi. En effet, le Code pénal le précise dans l'article 434-3 :

« Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni (...)

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 »

Cependant, le médecin est tenu par le code de déontologie (article 44) à « *mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour (...) protéger une personne victime de sévices ou de privations ...* »

Le médecin doit donc repérer les situations à risque et être vigilant. Si la santé du patient impose de lever le secret professionnel, que l'on pense avoir suffisamment d'éléments pour réaliser un signalement ou qu'il existe une forte suspicion, la loi permet de le faire. Il faut savoir faire preuve de circonspection en cas de doute. Le fait de surveiller une situation à

risque en mettant en œuvre les mesures de protections adéquates peut suffire à aider la victime. Dans ce cas, l'aide des services sociaux ou d'associations comme ALMA peut être précieuse. Dans tout les cas, il faut faire quelque chose et le médecin choisira la meilleure attitude à adopter en fonction de la situation.

Une situation impose cependant un signalement. Il s'agit du péril imminent, où l'absence de signalement peut alors être considérée comme un délit de non assistance.

Article 223-6 : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement.* »

Le Code de déontologie précise également dans son article 9 que « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il a reçu les soins nécessaires* ».

c. Réalisation d'un signalement

Signaler consiste à avertir par écrit l'autorité administrative ou judiciaire compétente en vue d'une intervention institutionnelle lorsqu'il existe une présomption de danger à l'égard d'une personne vulnérable étant dans l'incapacité d'agir et dans un contexte ne lui permettant pas de se protéger elle-même et de porter plainte.

En pratique, la famille ou l'institution concernée doit être avertie de cette procédure. Dans la mesure du possible, l'accord du patient doit être obtenu [71].

Le signalement a trois buts :

- protection de la personne suspectée de maltraitance;
- information des autorités compétentes de la situation de danger suspectée;
- mise en œuvre d'une enquête pénale ou administrative.

Il s'agit d'un document écrit (ANNEXE 4) qui sera directement adressé au destinataire.

Il existe deux options possibles.

- **Le signalement judiciaire :**

- en cas de présomptions graves, précises, concordantes de maltraitance ou en cas d'urgence à protéger la victime ;
- il sera adressé au procureur de la république, au substitut du procureur ou au Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel de la victime ;
- il entraînera la mise en place d'une enquête complémentaire confiée à un service de police ou de gendarmerie.

- **Le signalement administratif :**

- quand il existe un doute important sur une maltraitance mais sans preuve formelle ;
- il sera adressé au président du conseil général ;
- une enquête sociale complémentaire sera mise en œuvre puis, le président du conseil général pourra décider d'avertir le procureur en cas de maltraitance avérée.

En cas de forte suspicion de maltraitance, une hospitalisation d'urgence s'impose pour toute victime de sévices graves et évidents [62].

Si la victime est capable d'agir personnellement, elle pourra porter plainte. Le médecin peut alors rédiger un certificat détaillé, décrivant les lésions retrouvées à l'examen clinique qui sera remis exclusivement en main propre à la victime pour faire valoir ce que de droit.

En cas de doute sur la rédaction d'un certificat ou d'un signalement, on pourra solliciter un avis auprès des autorités du Conseil départemental de l'ordre auquel le médecin est inscrit.

En cas de forte suspicion de maltraitance, il est également souhaitable d'obtenir une consultation auprès d'une unité d'urgence médico-judiciaire où une aide spécifique sera apportée à la victime. Elle regroupe des professionnels formés au problème de la maltraitance (psychologues spécialistes de la victimologie, conseillers juridiques) Ces lieux ne sont cependant pas accessibles sur tout le territoire. Une unité médico-judiciaire existe depuis juillet 2011 à Nancy relevant du service de Médecine légale nouvellement créé au sein du CHU.

IV. LES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE

De nombreux facteurs de risques de maltraitance ont été mis en évidence. Certains concernent d'avantage le domicile du patient avec une participation plus importante de la famille dans la survenue de maltraitance. D'autres sont spécifiques à l'institution et à son organisation.

1. A domicile

On connaît les situations dans lesquelles le risque de survenue d'une maltraitance est plus important. Il s'agit d'éléments qui, s'ils sont présents, doivent imposer aux soignants d'être plus vigilants, surtout si ces facteurs de risque s'associent entre eux. En aucun cas, ces situations ne suffisent à établir un diagnostic de maltraitance. Il existe pour cela des signes cliniques d'orientation objectifs. Mais une maltraitance peut être retrouvée en l'absence de situation à risque. Il convient donc de ne pas stigmatiser certaines familles qui peuvent parfois être confrontées à plusieurs problèmes en oubliant d'autres. La maltraitance survient en effet dans tous les milieux sociaux. Il est d'ailleurs possible qu'elle soit sous estimée dans les milieux les plus favorisés en raison d'un contrôle des services sociaux moins importants et de plus grandes difficultés d'identification.[71]

Il faut garder à l'esprit que la plupart du temps, les situations de maltraitance comportent l'intrication de plusieurs variables, résultantes d'interactions multiples et réciproques. [58]

a. La victime

L'existence d'une démence est la principale cause bien identifiée favorisant l'émergence de conduites violentes. Si la personne âgée présente **des troubles du comportement**, le risque est accru. En effet, ce type de maladie peut provoquer une souffrance de l'entourage de la victime. Les personnes démentes sont dépendantes de leurs aidants ce qui renforce le lien dominant-dominé. Parfois, ces malades peuvent eux-mêmes être violents ce qui majore le risque de réactions en miroir. L'évolution d'une démence peut aussi renvoyer à l'aidant des affects négatifs concernant son propre vieillissement. Dans ce cas précis, on peut comprendre la maltraitance comme une tentative d'annuler cette maladie par la disparition du malade. [58].

La dépendance n'est étonnamment pas clairement identifiée comme un facteur de risque de maltraitance malgré une diminution des capacités à se défendre ou à faire valoir ses droits. Par contre, la majorité des personnes connues comme maltraitées sont dépendantes comme nous l'avons déjà signalé dans la deuxième partie. Il s'agit donc tout de même d'une population à surveiller attentivement.

Comijs a montré que de **mauvaises capacités personnelles d'adaptation** pourraient être en lien avec la maltraitance. Les victimes d'agressions physiques ou verbales auraient une plus grande sensibilité à la frustration et de mauvaises aptitudes à résoudre leurs problèmes.[24]

Plamondon nous propose en 2003 un profil type de la personne que l'on soupçonne être victime de maltraitance [60]. La victime :

- est très dépendante pour les soins de base ;

- reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps ;
- souffre d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidiennement ;
- n'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien ;
- est une personne qui vit seule et a plus de 75 ans ;
- ne peut communiquer ses expériences ou ses émotions ;
- souffre d'une maladie mentale ou dégénérative ;
- est désorientée dans le temps ;
- a peu de contact avec sa famille ;
- souffre de douleurs chroniques ;
- présente des troubles du comportement ;
- présente une dépression ;
- a déjà vécu des problèmes de violences.

b. L'environnement

Chez le sujet vivant à domicile, **l'isolement social** est un facteur favorisant la survenue d'une maltraitance, de part les difficultés d'identification et de prise en charge qui en découlent.

Une cohabitation familiale et les tensions qu'elle engendre augmentent également le risque de maltraitance. Ce risque serait accru lorsque sous le même toit habitent plusieurs générations.

Ces situations sous-tendent des conditions de dépendances intriquées tant financières qu'affectives qui peuvent entraîner l'apparition de violences. En effet **le chômage, la précarité financière et les difficultés de logement** sont identifiés comme des facteurs de risque de maltraitance [71].

Enfin, **un bas niveau d'éducation ainsi qu'un déracinement culturel ou ethnique** peuvent aussi favoriser l'apparition d'une maltraitance.

c. Les auteurs

La plupart des auteurs de maltraitance sont des membres de la famille proche, y compris les conjoints ou les enfants de la victime. Dans 58% des cas, il s'agit des conjoints de la victime, dans 16% des cas ses enfants, et d'autres membres de la famille proche dans 18% des cas. Les auteurs de maltraitance sont plus fréquemment des hommes [59]. Mais on retrouve cependant un nombre plus important de femmes dans certaines études. Divers travaux considèrent que les caractéristiques des agresseurs sont les meilleurs éléments prédictifs d'une éventuelle maltraitance.[21]

Certains traits sont plus fréquemment retrouvés chez les auteurs de maltraitance [71].

- **L'alcoolisme et autres addictions.**
- **Les antécédents de troubles psychiatriques.**
- **Les troubles psychologiques.**
- **Des antécédents d'actes hétéro-agressifs.**
- **Des antécédents de maltraitance personnelle ou familiale (maltraitance transgénérationnelle).**
- **Une inaptitude à assumer les tâches nécessaires auprès d'une personne dépendante.**

Ces agresseurs éprouvent des difficultés à verbaliser leurs difficultés et trouvent dans le passage à l'acte un exutoire à des tensions internes excessives.[58]

Si l'on veut donc esquisser son profil type, la personne que l'on soupçonne être un abuseur [60] :

- n'est pas préparée à s'occuper d'une personne malade ;
- vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps ;
- ne reçoit aucune gratification pour cette charge ;
- accepte mal cette charge de soignant ;
- vit un burnout, une surcharge de travail ou des problèmes familiaux ;
- souffre elle-même de problèmes de santé ;
- a des problèmes financiers ;
- dépend financièrement de la victime ;
- est isolée socialement.

Quand elle ne survient pas à domicile, la maltraitance survient en institution

2. En institution

En institution, la situation de dépendance de la personne âgée implique que plusieurs acteurs se relaient en permanence autour d'elle créant une relation triangulaire entre la personne âgée, les soignants et sa famille. L'environnement institutionnel rentre également en jeu dans la survenue de maltraitances.

a. La personne âgée institutionnalisée

D'après Robert Hugonot [38], c'est la **perte de la faculté d'adaptation** qui expose au risque, notamment lors d'une institutionnalisation, où l'on impose à la personne âgée une mutation brutale de son style de vie. Cette faculté d'adaptation décline avec l'âge (diminution des capacités sensorielles, déclin des fonctions cognitives et intellectuelles...). Le vieillissement constitue en effet « une baisse progressive des possibilités d'adaptation tant physiques que psychologiques, c'est-à-dire une baisse de la marge de sécurité pour réagir aux

agressions extérieures ». Ainsi, l'âge en soit peut être considéré comme un facteur de risque de maltraitance surtout quand le vieillissement normal s'accompagne de maladies. **L'entrée en institution** peut être alors vécue comme un traumatisme par la personne âgée et on doit l'appréhender comme un déracinement alors que ses facultés d'adaptation sont au plus bas [36].

En institution, de nombreux patients vont être confrontés aux problèmes éthiques concernant la fin de vie, surtout quand les personnes institutionnalisées souffrent d'une démence les empêchant de donner leur consentement et de s'exprimer sur leurs volontés. Ces situations sont à risque de maltraitements, parfois involontaires mais réelles.

b. Les professionnels et le « Burn out » du soignant

En 2001, une étude suédoise démontre que les violences aussi bien physiques que verbales subies par le personnel de soin de la part des patients conduisent à une altération de la qualité des soins apportés aux patients. En effet, un comportement violent ou agressif de la part d'un patient sur un soignant peut conduire à une remise en cause de son rôle de soignant avec apparition d'un sentiment de culpabilité et de doute [10].

En institution, les patients déments souffrant de troubles du comportement sont nombreux et parfois violents envers le personnel soignant ce qui peut favoriser un comportement inadéquat du professionnel de santé.

Un autre phénomène, le Burn Out, peut affecter la capacité à prendre en charge les patients. Il entacherait de violence ou de passivité la relation thérapeutique, enlevant sa dimension humaine au soin. Il concernerait environ 25% des thérapeutes, et jusqu'à 39% en gériatrie avec une atteinte de l'ensemble des professions médicales et paramédicales. Freudenberger décrit les personnes épuisées en 1985 [35] en évoquant une difficulté à donner du sens à ce qui leur arrive et une suite de désillusions, de fatigues et de frustrations. Ces

difficultés psychiques concernant souvent des personnes auparavant motivées et idéalistes les conduisent à perdre leurs intérêts et leurs sentiments pour leurs patients avec la croyance qu'on abuse d'elles, avec rejet du blâme sur autrui, et la mise en doute de la valeur de leurs activités. Le sujet en vient alors à considérer les intentions des gens avec scepticisme, impatience et irritabilité.

Trois signes caractérisent le Burn Out selon Maslach[50].

- *L'épuisement émotionnel* : impression d'être « au bout du rouleau », sans énergie.
- *La dépersonnalisation* : vision négative des patients, relations impersonnelles...
- *Le sentiment de non-accomplissement de soi* : sentiment de ne pas faire correctement son métier se doublant d'une dépréciation de sa profession, d'une dévalorisation de soi et d'un sentiment d'échec.

Cette attitude de dépersonnalisation peut entraîner une négligence des besoins du patient avec un risque d'entrer dans la maltraitance lorsque le patient n'est plus considéré comme une personne.

Après analyse d'une centaine d'entretiens auprès de soignants, Daloz propose de décrire le type de maltraitances pouvant survenir dans ce contexte de Burn Out [29].

Cette maltraitance est plutôt verbale et passive plutôt qu'une agression directe. On trouvera ainsi des oublis, des paroles déplacées, des conduites déviantes ou des actes faits au nom des soins mais pas réellement nécessaires (patient attaché sans nécessité, mise de protections au lieu d'emmener le patient aux toilettes...)

Elle ferait état d'une toute puissance du soignant sur le patient avec jouissance de cette situation de domination.

Elle relèverait d'une certaine stigmatisation sociale partagée envers certaines catégories (« les gros », « les riches »...) ou certains patients difficiles.

Elle stigmatiserait certaines attitudes jugées blâmables de certains patients comme l'alcoolisme ou la toxicomanie en jugeant les demandes de ces patients comme déplacées, illégitimes.

Cette maltraitance n'est cependant pas consciente. Les sujets ne pensent pas maltraiter leurs patients. Ils semblent peu conscients des a priori de leurs actions et de leur sens. Il s'agit d'avantage d'un sentiment d'inefficacité, d'impuissance, de détachement que la volonté de mal faire qui prédomine. Ils vont se justifier en évoquant l'habitude, les conditions de travail, les problèmes institutionnels, les patients... Pour le sujet atteint, le Burn Out signe la fin de l'idéalisation du métier et des patients et relève d'une grande souffrance.

Notons toutefois que tout les soignants concernés par le Burn Out ne deviennent pas maltraitants mais qu'il existe bel et bien un lien entre les deux phénomènes. De plus, la focalisation sur l'auteur de la maltraitance ne doit pas non plus minimiser le rôle de l'institution dans l'émergence des maltraitances.[29]

c. L'environnement institutionnel

En institution, certains facteurs favoriseraient la survenue d'une maltraitance ou sont des signes d'appel devant renforcer la vigilance [38]. On peut citer :

- le manque de personnel avec comme conséquence une charge de travail trop lourde ;
- un personnel insuffisamment qualifié ;
- un manque de synchronisation entre rythme de travail et rythme propre des résidents ;
- des locaux et matériel inadaptés ;
- un directeur trop souvent absent, un personnel trop libre ;
- le peu de contact des résidents avec l'extérieur ;

- des visiteurs peu présents.

La maltraitance institutionnelle est une forme de maltraitance qui n'est pas forcément liée à l'interaction entre deux personnes mais à un environnement qui favorise l'apparition de ce qu'on peut appeler les « petites maltraitances du quotidien ». En effet, aujourd'hui, la « maison de retraite », EHPAD ou USLD, constitue le lieu de vie d'environ 600 000 français. Rappelons qu'il y a « maltraitance » ou « violence » à chaque fois qu'une personne est en perte de pouvoir du fait d'un état de dépendance dû à la maladie ou à l'âge. Cette situation peut entraîner le non respect de ses droits et de sa dignité. L'institutionnalisation fait partie de ces situations difficiles, que la personne ne choisit pas et subie, contrainte et forcée par sa famille ou les évènements.[65]

Citons comme exemple de maltraitance institutionnelle les moyens de contentions qui sont employés pour limiter les chutes et sécuriser les patients. Ceux-ci peuvent être vécus comme humiliants, angoissants chez une personne incapable de s'exprimer et de se mobiliser. Une autre maltraitance peut être l'administration de médicaments ou de nourriture à tout prix malgré les réticences de la personne âgée. L'institution favorise également des rythmes de vie inadaptés aux patients avec repas à la chaîne à heure fixe, levers matinaux, siestes obligatoires ou séjours au fauteuil prolongés...

Cécile Rey [65] nous propose quelques éclaircissements expliquant la survenue de cette maltraitance en milieu institutionnel. La durée de séjour en établissement pour personnes âgées est souvent de plusieurs années ce qui va induire une grande proximité entre soignants et résidents. Une intimité peut donc se créer entre eux dont on ne sait si elle est d'ordre professionnel ou relève de l'amitié. Le soignant peut alors banaliser certains propos ou certains comportements par habitude. Le Burn out évoqué plus haut peut également être en cause.

V. DEPISTER LA MALTRAITANCE

On connaît bien les signes permettant d'identifier une maltraitance même si aucune grille de dépistage systématique n'est actuellement utilisée. Pourtant on constate que les signalements restent rares en comparaison avec l'ampleur du phénomène de la maltraitance. Nous parlerons donc des différents obstacles au repérage et au signalement de la maltraitance et les solutions envisagées en France et à l'étranger pour améliorer son dépistage.

1. Les signes de maltraitance

Il n'est pas recommandé de rechercher systématiquement une maltraitance chez tous les sujets âgés car aucune étude n'a montré l'efficacité d'un tel dépistage. Nous ne possédons pas en outre d'outils pertinents permettant de mettre en place un tel dépistage.[58]

Les situations évoquées dans le chapitre « facteurs de risque de maltraitance » doivent être reconnues et étudiées afin d'augmenter la vigilance du soignant sur d'autres signes d'alertes.

Ces signes peuvent concerner le patient (manque d'hygiène, tenue inappropriée, mutisme, apathie, anxiété, agitation) ou son entourage (agressivité, conduite immature, état d'ivresse, troubles du comportement liés à un abus de toxiques, agitation).

Le patient peut également présenter une attitude anormale vis-à-vis des soignants avec apparition d'une réaction de défense (hostilité, indifférence ou a contrario recherche d'affection inadaptée). L'entourage peut aussi avoir une attitude suspecte avec par exemple opposition au colloque singulier entre patient et médecin, insistance pour obtenir une hospitalisation ou des examens complémentaires ou au contraire refus de tout examen. Il faut également rechercher à l'interrogatoire des illogismes entre l'histoire de la maladie et les signes cliniques retrouvés à l'examen ou lors d'examens complémentaires [71].

Pour cela, le médecin doit s'efforcer de rechercher dans son examen clinique les indices qui pourraient l'orienter vers une maltraitance. Il faut toutefois rester objectif dans cet

examen clinique pour ne pas diagnostiquer à tort une maltraitance qui n'en serait pas une. Par exemple, une fracture spontanée peut être reliée à une ostéoporose sévère, une ischémie des doigts due à un phénomène de Reynaud, des escarres à un état clinique très altéré malgré la mise en place de soins adaptés [7]...

Le tableau ci-dessous regroupe certains signes évocateurs de maltraitance[46, 49] :

Présentation générale	Mauvaise hygiène, habillement inadéquat, cachexie...
Peau et muqueuses	Déshydratation, lésions d'âges différents, ecchymoses, contusions, griffures, escarres contrastants avec une absence de soins apparents, brûlures, ...
Tête et cou	Déviations de la cloison nasale, traces de strangulations, alopecie traumatique, dents cassées, plaie oculaire (hémorragie sous conjonctivale, hémorragie intra vitréenne, décollement de rétine, fracture orbitaire...), brûlures de cigarettes sur les lèvres...
Appareil génital	Douleurs, démangeaisons, saignements, érosions de la muqueuse anale ou vaginale, infections sexuellement transmissibles génitales ou orales, brûlures et exonérations fécales inadaptées
Extrémités	Ecchymoses bilatérales, lésions de contention au niveau des poignets ou des chevilles, fractures ou entorses méconnues...
Examen neurologique et psychiatrique	Equilibre instable ou démarche claudicante révélatrice de lésions méconnues, déficits focaux, dépression, anxiété, altération des fonctions cognitives.
Tronc	Fractures de côtes, pneumothorax, rupture splénique, hémorragies intra abdominales...

Si ces signes sont retrouvés, il convient de s'entretenir plus longuement avec les différents protagonistes. On préférera une écoute séparée de la victime potentielle puis de l'entourage afin de repérer d'éventuelles réactions inadaptées et une fluctuation ou un manque de

concordance du discours. Cet entretien doit être empathique et sans jugement de valeur. Il convient d'évaluer au mieux le mode de vie de la victime potentielle, les relations qui existent avec ses aidants, et les difficultés rencontrées dans cette relation.

Pour cela certaines questions proposées dans ce tableau peuvent être intégrées à l'entretien

[21].

<p>Abus physique :</p> <p>Avez-vous peur de quelqu'un à la maison ?</p> <p>Vous sentez vous en sécurité à la maison ?</p> <p>Avez-vous été cogné(e), claqué(e) ou frappé(e) ?</p> <p>Avez-vous été enfermé(e) dans une pièce ou attaché(e) ?</p>
<p>Abus psychologiques</p> <p>Vous sentez vous seul(e) ou isolé(e) ?</p> <p>Les gens qui s'occupent de vous vous infligent-ils des punitions ou vous menacent-ils d'un placement ?</p> <p>Avez-vous été ignoré(e) ?</p> <p>Êtes-vous contraint(e) pour les médicaments ou l'alimentation ?</p> <p>Qu'est-ce qui se passe lorsque vous êtes en désaccord avec la personne qui vous aide ?</p>
<p>Abus sexuel</p> <p>Quelqu'un vous a-t-il approché sexuellement sans votre consentement ?</p>
<p>Négligence</p> <p>Avez-vous accès, en cas de besoin, à des appareils auditifs ou dentaires ou à des lunettes ?</p> <p>Êtes-vous laissé(e) longtemps seul(e) à la maison ?</p> <p>Votre maison est-elle sûre ?</p> <p>Y a-t-il quelqu'un qui ne vous aide pas alors que vous en auriez besoin ?</p> <p>Prenez-vous vos traitements avec régularité ?</p>
<p>Exploitation financière ?</p> <p>Votre argent est-il utilisé sans votre permission ?</p> <p>Avez-vous été forcé(e) de signer un document ayant une valeur juridique contre votre gré ?</p> <p>La (les) personnes qui vous aident ont-elles besoin de vous pour être logée(s) ou de votre argent ?</p>
<p>En cas de mauvais traitement suspecté ou identifié, faire préciser</p> <p>Depuis combien de temps ?</p> <p>Est-ce un incident isolé ?</p> <p>Pourquoi pensez-vous que cela arrive ?</p> <p>Quand pensez-vous que cela se reproduira ?</p> <p>La personne qui vous maltraite est-elle présente dans le service d'urgence ?</p> <p>Vous sentez-vous en sécurité à l'idée de rentrer à la maison ?</p> <p>Qu'est-ce que vous aimeriez que nous fassions pour vous ?</p> <p>Avez-vous déjà eu de l'aide auparavant pour ce problème ?</p>

2. Des signalements encore rares

Aux Etats-Unis, on estimait que sur 550000 personnes âgées de plus de 60 ans victimes de maltraitements ou de négligences en 1996, seulement 21% des cas auraient été rapportés aux services sociaux (APS = Adult Protective Service) [55].

En France l'expérience d'ALMA confirme cette tendance. En 2004, seuls 1746 nouveaux dossiers de suspicion de maltraitance ont été ouverts pour plus de 12 millions de personnes de plus de 60 ans domiciliées en France. Soit une incidence annuelle qui serait de 1,5 pour 10000 bien en deçà des estimations des cas de maltraitements réelles [14].

3. Les obstacles au repérage de la maltraitance

a. Du côté des victimes

En 2005, une étude de la Drees [74], permet à travers des entretiens menés par les sociologues auprès de victimes n'ayant pas porté plainte de mettre en évidence les réactions de ces personnes âgées à une situation de maltraitance. On retrouve 5 « réactions types » qui contribuent à la difficulté pour la victime de porter plainte.

- **La résistance efficace:** la victime établit un dialogue avec l'aidant maltraitant afin d'arriver à un compromis. Cette attitude concerne des personnes peu dépendantes et ne présentant pas de troubles cognitifs.
- **Le retrait:** il s'agit d'une attitude fataliste, de dévalorisation. La victime ne dépose pas de plainte aux autorités compétentes mais se confie à qui veut bien l'entendre. Souvent, on retrouve un échec de sa prise de parole antérieure. Sa plainte peut être jugée illégitime et sa parole mise en doute surtout en cas de troubles cognitifs associés. Du coup elle adopte une attitude de repli.
- **La dénégation a posteriori avec banalisation et légitimation des atteintes:** la victime ne peut plus se considérer comme maltraitée car elle considère cette

situation comme normale : « *C'est partout comme ça* », « *Ca a toujours été comme ça* ». Parfois elle nie la souffrance en raison de son histoire qui a été bien plus dure que la situation actuelle ou parce qu'elle n'aime pas se plaindre : « *Je suis dur au mal* ». Elle justifie l'attitude inadaptée des soignants en raison du manque de personnel, de la surcharge de travail et de son propre état de santé défaillant...

- **Le déni** : la victime peut exprimer une souffrance mais sans désigner de responsable. Parfois, elle n'exprime même plus sa souffrance et développe une dépression ou une somatisation sous la forme de douleurs, d'insomnies...
- **La dénonciation publique** : La personne âgée dépendante, surtout lorsqu'elle est atteinte de troubles cognitifs ou d'un niveau socio économique faible, a beaucoup de difficultés pour réaliser seule un signalement aux autorités administratives ou médico-sociales, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'atteintes à la dignité et au droit des personnes. Une intervention d'un tiers est souvent souhaitable d'autant que la victime n'est souvent pas considérée comme fiable, elle a besoin d'un « garant extérieur ».

Une étude menée en 2003 aux Etats-Unis auprès de résidents en maison de retraite [77] suggère que ceux-ci reconnaissent plutôt bien les situations de maltraitances ou de négligences (54% des cas repérés par les résidents, 63% repérés par le personnel soignant) avec d'avantage de difficultés à repérer les maltraitances verbales ou un environnement inadapté. Cependant, la majorité ne connaît pas bien les services d'aide disponibles (75%) et ont des difficultés à trouver une stratégie efficace pour lutter contre ces maltraitances ou négligences. 50% ont recours à un membre de leur famille en cas de difficulté, 25% n'ont pas de solution à proposer et 25% n'ont pas d'interlocuteur spécifique (infirmière, personnel de l'établissement). La présence de troubles cognitifs altère les capacités de reconnaissance d'une maltraitance.

Ces résultats suggèrent qu'il existe un manque d'information des résidents sur les définitions de la maltraitance et sur les services de protection existants en cas de survenue d'une maltraitance ou de négligences. On retrouve également une difficulté pour les patients à rapporter une maltraitance si celle-ci devait survenir, ainsi qu'une difficulté à obtenir un arrangement avec la structure d'accueil sans l'aide de leur famille. Enfin, la présence de troubles cognitifs rend encore plus difficile une réaction de la part des résidents. Ces résultats sont cependant à relativiser en raison du faible nombre de participants à cette étude (27 participants).

b. Du côté de la société

Dans les mentalités, le sujet de la maltraitance reste honteux et en parler peut encore choquer. L'opinion sera souvent dure envers la personne maltraitante en la considérant comme un bourreau et verra la personne maltraitée comme une victime faible et dépendante. Cette situation sera encore plus honteuse lorsqu'elle survient au sein d'une famille avec le caractère condamnable des pulsions sadiques ou masochistes pouvant être ressenties par le couple abuseur/abusé [14].

La « société » actuelle qui prône la jeunesse, la santé et l'activité physique comme des valeurs importantes, peut voir les sujets âgés dépendants comme des perturbateurs de son organisation. On parle d'âgisme comme d' « *une profonde gêne chez les jeunes et chez les personnes d'âge moyen, une répugnance personnelle et un dégoût envers le vieillissement, la maladie et l'infirmité, ainsi que la peur de l'impuissance, de l'inutilité et de la mort* » (Robert Butler, 1969).

Robert Moulias s'offusque déjà en 1996 [53] de l'apparition dans notre société d'un âgisme conscient avec une volonté utilitariste d'exclure les personnes âgées du système de soins pour manque de rentabilité. Il rappelle que le vieillissement et la vieillesse sont le propre

de l'homme et le résultat de la modernité car l'accroissement de l'espérance de vie découle des progrès de la médecine. L'âge ne s'oppose donc pas à la modernité. Il ajoute qu'il est important de propager la culture et la formation gériatrique chez tous les soignants pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Enfin, il conseille de ne pas confondre vieillissement et maladie qui ne sont pas synonymes et pourtant encore trop souvent confondus.

On peut également supposer que le manque d'information du grand public est en cause dans la sous estimation du problème de la maltraitance car on constate que le nombre d'appels à ALMA augmente lorsque les médias sensibilisent le public sur la maltraitance et sur l'intérêt de l'écoute des appelants [14]

c. Du côté des soignants

Pour pouvoir dépister une maltraitance et la prévenir, il faut en connaître les signes, les facteurs de risque et les lois relatives à son signalement.

Une étude de 2009 réalisée en Israël ne mettait pas en évidence de différence significative de connaissance entre les médecins et les infirmières par rapport au problème de la maltraitance des personnes âgées avec globalement un bas niveau de connaissance du sujet et des lois relatives. On notait cependant un comportement plus positif des soignants exerçant au sein de structures gériatriques vis-à-vis des personnes maltraitées [9].

En France, aucune étude de ce type n'a été réalisée mais on peut supposer un constat similaire, donc un manque de formation sur le sujet.

d. Du côté du médecin

Le médecin généraliste occupe une place primordiale dans la prise en charge de son patient âgé. Il le connaît depuis de nombreuses années, connaît son entourage et ses conditions de vie. Il lui rend visite régulièrement à son domicile et peut agir sur son

environnement par l'intermédiaire de réseaux de soins avec lesquels il a des contacts réguliers. On peut alors penser, qu'il lui est facile de repérer une négligence ou une maltraitance. Cependant, on constate que seule une minorité des cas de maltraitance est signalée par le médecin généraliste. Une étude réalisée en 2005 en banlieue parisienne montre d'ailleurs la faible implication du médecin généraliste dans la déclaration des cas de MPA [34]. Aux Etats-Unis, en 1996, Rosenblatt montrait que seules 2% des maltraitements portés à la connaissance des autorités étaient signalés par des médecins [69].

Quand on les interroge, les médecins déclarent avoir déjà observé des cas de maltraitance, mais ce n'est pas spontané. Même aux Etats-Unis où de nombreux travaux ont été publiés sur le sujet la plupart des médecins se taisent [38].

Marc Lachs cité par Hugonot, s'étonne en 1997 que les médecins soient les premiers à remarquer et à signaler la maltraitance des enfants, mais semblent ignorer celle des aînés. Il dénonce une formation insuffisante sur cette question dont on ne parle pas pendant les études de médecine ni par la suite. En découle d'après lui un manque d'implication des médecins qui considèrent ce problème comme un problème social. Le médecin peut aussi être gêné par le caractère trop intime de la maltraitance pour pouvoir en parler. Il y a aussi le problème du temps qui est précieux dans une activité libérale. En effet, la gestion d'un cas de maltraitance demande beaucoup de temps, ce qui n'est pas toujours compatible avec l'activité du médecin généraliste. Enfin, Marc Lachs souligne le problème du secret médical avec la célèbre phrase du serment d'Hippocrate « *admis à l'intérieure des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés* »[38].

De nombreux autres facteurs peuvent s'opposer à l'identification des cas de maltraitance pour le médecin généraliste. Plusieurs études plus ou moins récentes tentent de les identifier[37, 44, 48, 75].

On peut donc citer parmi les facteurs limitant l'identification des cas de maltraitance :

- **Le manque de formation et de confiance du clinicien sur le sujet de la maltraitance du sujet âgé.**
- **Une mauvaise connaissance des signes de maltraitance.**
- **Une certaine ignorance des services d'aides.**
- **Une sous estimation de l'ampleur du phénomène.**
- **Une absence de protocoles pour évaluer les mauvais traitements et y réagir.**
- **Un déni de la part de la personne maltraitée et de son entourage.**

D'un autre côté, on pense que dans certains cas, l'identification a lieu mais que le praticien choisit de ne pas signaler cette maltraitance. En effet, il est bien difficile pour un praticien d'être « le confident familial le matin et le dénonciateur l'après midi » [31]. Voici une liste non exhaustive des autres raisons qui peuvent limiter le signalement.

- **Peur d'une perte de confiance du patient et de sa famille.**
- **Crainte des représailles.**
- **Peur d'une aggravation de la situation en cas de signalement**
- **Manque de certitude vis-à-vis d'une maltraitance: agir ou ne pas agir ?**

La maltraitance du sujet âgé est cependant toujours sous estimée. Quelqu'en soit la raison, il convient d'essayer d'améliorer son repérage.

4. Comment augmenter le repérage des cas de MPA ?

a. A l'étranger

Quelques outils de dépistage ont été proposés afin d'améliorer le repérage des maltraitements. Malheureusement, aucun d'entre eux n'a montré de façon significative d'effets bénéfiques sur la morbidité et la mortalité des populations étudiées [57].

Citons tout de même quelques échelles de maltraitance qui peuvent servir de supports au repérage (ANNEXE 5).

- BASE (Brief Abuse Screening for the elderly). Cette échelle peut être facilement complétée par les aidants ou le patient. Elle comporte 5 items.
- IAO (Indicators of Abuse Screen) .Cette échelle comporte 40 items avec un taux de repérage très intéressant (entre 78 et 84 % des cas de maltraitance) et doit être réalisée par un professionnel entraîné après 2-3 h de visite à domicile.
- EAI (Elder Assessment Instrument). Cette échelle est beaucoup utilisée en recherche qualitative.

On a démontré qu'une approche plus globale avec examen clinique soigneux, interrogatoire du patient et de son entourage et évaluation globale des facteurs de risque serait plus efficace qu'un outil de dépistage [71].

Une étude américaine de 2003 nous suggère quelques pistes qui permettraient d'améliorer le repérage des cas de maltraitance [41]. Cette étude tient compte des chiffres de 1999 recueillis auprès de l'APS au niveau des Etats-Unis et prend en considération les particularités des différents Etats américains. En effet, certains Etats ont mis en place une loi obligeant certains professionnels (médecins, travailleurs sociaux, infirmières...) à signaler systématiquement les cas de maltraitance suspectés dans leur pratique, sous peine de mesures punitives. Il s'agit du « Mandatory Reporting Law ». Les modalités de cette loi (professionnels concernés, type de condamnation) diffèrent d'un Etat à l'autre ainsi que les définitions retenues de la maltraitance. Certains Etats américains préfèrent ne pas obliger les professionnels à signaler les cas de maltraitance, ce qui se rapproche d'avantage de notre Loi française.

Certaines conclusions de cette enquête sont intéressantes et permettent d'envisager des pistes de réflexion.

- Un plus grand nombre de cas est rapporté lorsque des mesures d'éducation de la population sur le problème de la MPA ont été mises en place.
- Un plus grand nombre de cas est rapporté lorsque les professionnels ont un meilleur degré de connaissance des lois régissant la MPA.
- Un plus grand nombre d'enquêtes sociales est réalisé dans les Etats ayant mis en place une « Mandatory reporting Law ».
- On obtient un meilleur rapport maltraitance avérée/nombre d'enquêtes sociales lorsque les définitions de la maltraitance sont précisées dans la loi.
- On obtient un meilleur rapport maltraitance avérée/ nombre d'enquêtes sociales lorsque les travailleurs sociaux sont spécialisés dans la prise en charge exclusive de la maltraitance des personnes âgées.
- Le taux d'enquêtes et le nombre de cas de maltraitance avérée augmentent lorsqu'il existe un suivi de signalement.

En conclusion de cette étude, on peut retenir qu' il est important de former la population et les intervenants sur le sujet spécifique de la maltraitance du sujet âgé, et que des mesures obligeant les personnes au contact avec les sujets âgés à signaler les cas de maltraitance ainsi que le suivi de signalement permettent d'augmenter le repérage de ces situations.

Krueger suggère, dans une autre étude réalisée auprès des médecins généralistes de l'Etat de l'Ontario, des stratégies permettant d'améliorer le dépistage des cas de maltraitance [45] :

- désignation d'un seul organisme avec lequel communiquer ;
- création d'un répertoire des services ;
- liste disponible des personnes ressources ;

- mise en place d'une trousse d'éducation ;
- mise en place de directives pour le repérage et la gestion des cas ;
- remboursement des heures consacrées aux interventions juridiques ;
- formation des médecins sur le sujet de la maltraitance ;
- bibliothèque centrale sur les ressources au sujet des personnes âgées maltraitées.

Enfin, Lachs et Pillemer suggèrent en 2004 qu'une campagne de formation des médecins au problème de la maltraitance des personnes âgées permettrait d'augmenter l'intérêt et le nombre de cas diagnostiqués de façon plus efficace qu'une stratégie de dépistage systématique de la population [47].

b. En France

L'association ALMA est créée à Grenoble en 1995 par le Professeur Hugonot [38] afin d'organiser un réseau national d'écoute. Des antennes d'écoute sont créées au départ au nombre de six, avec une extension progressive à l'ensemble du territoire. Actuellement, un numéro national est disponible (3977) qui est en lien avec les antennes d'écoute ALMA et qui couvre l'ensemble du territoire.

Elle fonctionne avec des « bénévoles écoutants » qui sont des retraités choisis de préférence parmi les professions sanitaires, sociales, administratives ou éducatives. Ils sont formés à l'écoute, aux divers aspects de la maltraitance et au recueil des données. Ceux-ci sont encadrés par des référents qui sont des professionnels de l'action sociale gérontologique. Un comité technique de pilotage regroupant des professionnels (gériatres, psychiatres, assistants sociaux, juges...) servent de consultants afin d'étudier certains dossiers.

Cette initiative qui s'est généralisée au niveau national a considérablement changé la vision de la maltraitance de la personne âgée en France. L'essentiel des chiffres concernant ce problème provient de cette association. Cette approche directe et facile d'accès par la mise en

place d'un numéro unique a certainement permis d'augmenter le nombre de signalements sur notre territoire en favorisant la proximité par la mise en place d'antennes départementales. L'anonymat et la confidentialité, assurées par les écoutants favorisent également les appels.

VI. LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE : LE CONCEPT DE BIENTRAITANCE

1. Définition

Comment définir la « bientraitance » ? Il s'agit d'un concept récent qui apparaît dans les années quatre-vingt dix grâce à « l'opération pouponnière » et concerne au départ les soignants s'occupant de très jeunes enfants. Ce concept est alors créé afin de « rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance » [63]. La bientraitance consiste ainsi en une démarche permettant de respecter la continuité du développement de l'enfant dans son histoire envisagée dans un projet d'avenir.

La notion de bientraitance s'oppose donc au départ à la maltraitance mais ne se limite pas à cette notion.

Le concept de bientraitance est différent de celui de bienfaisance qui consiste en une action bénévole et volontaire. Dans le cadre de la recherche, [56] la bienfaisance concerne la protection des sujets humains avec les principes de pas faire de tort et de maximiser les avantages et minimiser les dommages possibles.

La notion de bienveillance, qui définit une action faite pour le bien d'autrui revêt un petit air de supériorité qui révèle déjà une emprise sur l'autre [54]. Cette notion est importante car elle tient compte du sujet dans son individualité, base d'une prise en charge cohérente.

L'objectif de la bientraitance d'après Robert Moulias, c'est de « permettre de vivre dépendant dans la dignité ».

L'ANESM en 2007 propose cette autre définition : « La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. » Il s'agit d'un « mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, la bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive. »

Pour résumer, être bientraitant, c'est permettre à la personne dépendante de vivre dans les meilleures conditions possibles en préservant son autonomie, en s'adaptant à ses désirs tout en respectant sa sécurité, et en soulageant ses souffrances physiques et morales. Être bientraitant, c'est aussi savoir évoluer afin de s'adapter aux demandes de la personne dépendante qui peuvent changer dans le temps. Cela impose de savoir reconnaître la maltraitance, qui constitue toujours un risque d'évolution dans une relation de soin.

Certains préalables sont indispensables à la bientraitance [54] :

- la compétence et la connaissance des limites de ses capacités et de son savoir ;
- la déontologie ;
- la conscience de son action ;
- le respect de la dignité de la personne assistée et de ceux qui s'en occupent ;
- la collégialité du travail d'équipe ;
- la capacité de se remettre en question.

De nombreuses mesures ont été mises en place ces dernières années afin d'améliorer la prise en charge des aînés et de prévenir les situations de maltraitance en s'appuyant sur le concept de bientraitance que nous venons de définir.

2. Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance (mars 2007)

La loi du 2 janvier 2002 refonde le secteur social et médico-social en donnant la priorité au droit des personnes. Elle fournit des outils aux établissements pour répondre aux phénomènes de violence et de maltraitance [2].

La loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » poursuit la logique qui consiste à placer l'utilisateur au centre des dispositifs, en l'appliquant aux droits des personnes en situation de handicap [3].

Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille publie un rapport en 2007 [13], afin de combattre le problème de la maltraitance. Son objectif est de développer la prévention et d'accompagner les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une culture de la bientraitance.

Ces actions reposent sur 10 mesures concrètes :

- création de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) ;
- mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité des établissements avec obligation de procéder tous les 5 ans à une auto-évaluation de leur pratique en utilisant le guide de gestion des risques de maltraitance ;
- diffusion de bonnes pratiques afin de sensibiliser et former les personnels à la bientraitance ;
- renforcement des effectifs dans les établissements ;
- amélioration du cadre de vie des résidents (prêts à taux zéro, TVA à 5,5%) ;
- facilitation des signalements de maltraitance (généralisation des antennes téléphoniques, numéro d'accueil téléphonique national) ;

- désignation d'un « correspondant maltraitance » dans chaque DDASS ;
- multiplication du nombre des inspections dans les établissements ;
- application de sanctions et amélioration du suivi des contrôles. (Depuis 2005, le Préfet peut ordonner à titre conservatoire la fermeture immédiate d'une structure en cas d'urgence et sa fermeture définitive) ;
- extension des compétences du Comité national de Vigilance contre la maltraitance aux personnes handicapées (élaboration d'un guide de repérage des risques pour les services à domicile, pour les personnes handicapées, d'un guide de traitement des signalements de maltraitance en établissement et à domicile).

3. Les propositions de l'ANESM

Dans les suites de ce rapport est créée l'ANESM, qui publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en juin 2008 sur « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre ».

Différents objectifs sont proposés.

Favoriser la liberté de choix de l'utilisateur concernant les modalités de sa vie et de son parcours en donnant une réalité à sa liberté de choix (écouter l'utilisateur, limiter les situations de dépendance, personnaliser l'accueil), en favorisant toujours son autonomie (information, participation à la prise de décision), en favorisant la communication individuelle et collective et en mettant en place un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé.

Renforcer la qualité du lien entre professionnels et usagers en respectant la singularité de chaque usager (réflexion sur le lien soignant-soigné, formation du personnel afin de répondre aux demandes), en restant vigilant sur la sécurité physique et le sentiment de sécurité des usagers (communication et transmission entre les professionnels, lutte contre la douleur et recherche du bien-être physique, information sur les changements professionnels et les

événements institutionnels), en mettant en place un cadre institutionnel stable (connaissance et respect du droit, formation des soignants, intervention en cas de violences, réflexion collective sur la survenue de violence).

Enrichir les structures et les accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes en travaillant avec l'entourage et en respectant les relations de l'utilisateur avec ses proches (créer des lieux et des occasions de rencontre, écoute des familles, opter pour une attitude neutre, aider les personnes isolées à se créer un réseau social), en favorisant le lien avec les ressources extérieures (bénévolat, stages, associations), en sollicitant l'expression et l'échange de perspectives, en ouvrant la structure à l'évaluation et à la recherche.

Soutenir les professionnels dans leur démarche de bientraitance en favorisant la parole de tous les professionnels (sensibilisation sur le sens de leur mission, partage d'expérience, mise en place de supports d'informations en commun), en aidant à une prise de recul (accueil des nouveaux professionnels, mise en place de temps d'échanges réguliers dans le cadre d'une amélioration continue des pratiques, accompagnements ponctuels en cas de difficultés particulières), en mettant en place un projet d'établissement ou de service construit, évalué et réactualisé.

4. Loi de réforme des tutelles

Promulguée en mars 2007 et entrée en vigueur en janvier 2009, la loi de réforme de la protection juridique des majeurs modifie la loi de 1968 devenue, du fait du vieillissement de la population et de la multiplication des mesures de protection des personnes vulnérables, obsolète et inapplicable [52].

Le but de cette réforme est de réserver le régime des tutelles et des curatelles aux personnes réellement atteintes d'une altération médicale de leurs facultés personnelles.

Trois types de mesures existent qui peuvent être mises en place par le Juge des tutelles après audition de la personne concernée sur demande d'un membre de la famille élargie aux proches ou du procureur de la République :

- **une mesure de sauvegarde de Justice** : il s'agit d'un dispositif souple et de courte durée (deux ans maximum). Le majeur placé sous sauvegarde de Justice conserve l'exercice de ses droits mais un mandataire spécial est autorisé à effectuer certains actes déterminés ;
- **une mesure de curatelle** : la personne chargée d'exécuter la mesure de protection (appelée curateur) assiste le majeur dans les actes importants de la gestion de son patrimoine, et peut l'assister dans certains actes concernant la protection de sa personne ;
- **une mesure de tutelle** : la personne chargée d'exécuter la mesure de protection (appelée tuteur) agit à la place du majeur dans tous les actes concernant la gestion du patrimoine de celui-ci, et peut l'assister ou le représenter dans certains actes concernant la protection de sa personne.

La mise sous protection n'est possible que si une altération des facultés est constatée par un certificat médical circonstancié établi par un médecin présent sur la liste établie par le procureur de la République. Le juge des tutelles est tenu à vérifier que la personne souffre bien d'une altération de ses facultés mentales ou corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, et qu'aucune autre solution de protection (procuration, règles relatives au mariage et aux régimes matrimoniaux et mandat de protection future) n'est suffisante.

La volonté de la personne vulnérable est également mieux prise en compte pour les questions relatives à sa santé, son logement, ses relations avec les tiers.

Les mesures sont prononcées pour une durée déterminée, en principe, au maximum pour 5 ans. Elles doivent donc être révisées par le juge à échéance.

La création du « mandat de protection future » permet à toute personne d'organiser à l'avance sa protection ainsi que celle de ses biens et de désigner le tiers qui sera chargé de la représenter pour le jour où son état de santé ne lui permettra plus de le faire elle-même.

Des comptes rendus réguliers des actes effectués pour le compte de la personne sous tutelle sont obligatoires.

Les tuteurs et curateurs non issus de la famille doivent suivre des formations et sont contrôlés régulièrement. Ils sont dorénavant appelés « mandataires judiciaires à la protection des majeurs » et leurs conditions de rémunération sont précisées dans la loi.

La tutelle aux prestations sociales qui concernait les personnes en difficultés financières incapables de gérer leurs ressources mais ne présentant pas d'altération de leur fonction mentale est supprimée. Ces personnes seront aidées par les services sociaux.

5. Autres mesures

Depuis 2007, de nombreuses mesures politiques sont prises pour améliorer le droit des usagers et sensibiliser les acteurs du secteur médico-social au problème de la maltraitance.

En 2008, la Fédération Hospitalière de France (FHF) publie le « Guide pratique bientraitance / maltraitance à l'usage des établissements et institutions », qui constitue une avancée dans la promotion de la culture de la bientraitance dans les établissements de soins.

En 2009, l'HAS (Haute Autorité de Santé) publie un rapport sur la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Cette maltraitance est qualifiée d'ordinaire car

elle est fréquente au sein des établissements et généralisée ce qui la rend « acceptable ». On peut aussi évoquer une maltraitance « institutionnelle » ou « passive ». Cette étude est intéressante et originale car elle place l'usager au centre des préoccupations en se fondant sur le témoignage de malades, de proches de malades et de professionnels [26].

La HAS contribue à l'avancée de la notion de bientraitance en inscrivant la « bientraitance et les droits » dans le manuel de certification des établissements de santé. La thématique « bientraitance » s'inscrit également dans les axes et actions de formation prioritaires des personnels des établissements de santé [1].

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » dispose que les Agences Régionales de Santé « *contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* » [4].

Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des sports, définit en octobre 2010 la « bientraitance » comme thématique prioritaire en matière de droit des patients et de leurs proches dans les établissements de santé. Le rapport de la mission ministérielle « promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé » est ainsi rédigé afin d'améliorer « la qualité du service rendu par nos établissements hospitaliers, dans toutes ses dimensions » et de promouvoir la bientraitance en impliquant l'ensemble des acteurs professionnels et non professionnels. Ce texte propose de nombreuses pistes avec la mise en place de mesures concrètes afin de lutter contre la maltraitance au sein des établissements de soins.

On peut également parler de la publication depuis 2011 de guides de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD reprenant les grandes orientations des recommandations de bonnes pratiques sur la bientraitance de 2008.

La Trousse de bientraitance actualisée en 2009, qui sert le programme de santé publique MobiQual (Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles) permet de former les équipes des EHPAD et des établissements de santé en cohérence avec les travaux réalisés par l'ANESM. La réalisation de cet outil a été pilotée par la Société Française de Gériatrie en 2005 et a mobilisé une équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle (gériatre, sociologue, psychologue, professionnels d'aide et de soins d'un EHPAD...). L'utilisation de cet outil a eu un impact positif (99,5%) en terme de réflexion des personnels soignants sur leur travail et cet impact s'observe plus particulièrement dans les domaines du repérage (90%) et de la prévention des situations à risque (87%), de la valorisation des soins relationnels (96%) et de la qualité de vie des résidents (93%) [70].

PARTIE 3 : MATERIEL ET METHODES

I. Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de préciser les difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernant l'identification et la prise en charge des cas de maltraitance.

Les objectifs secondaires sont :

- d'une part, de comprendre pourquoi le nombre de signalements effectués par les médecins généralistes est si faible alors que le phénomène de la maltraitance est si important ;
- d'autre part de connaître le ressenti et le comportement des médecins généralistes sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée dépendante.

Cette étude pourra dans un second temps contribuer à améliorer la prise en charge des sujets maltraités en médecine générale.

II. Choix de la méthode

Notre étude porte sur le ressenti du médecin généraliste, son expérience et les difficultés qu'il rencontre dans la prise en charge de situations de maltraitements. Elle ne cherche pas à quantifier un phénomène. Une étude qualitative permet donc d'obtenir ces informations.

Notre choix s'est porté sur la méthode des entretiens semi-dirigés ou entretiens centrés, car ceux-ci permettent d'obtenir un discours exhaustif. Cette méthode laisse le médecin libre de s'exprimer ouvertement sur le sujet, tout en orientant le discours sur les différents thèmes importants à aborder. L'utilisation de questionnaires nous a semblé trop restrictive pour apporter des résultats riches de sens, et la technique des entretiens compréhensifs trop libre pour aborder les multiples thèmes du sujet. Le risque aurait été l'obtention d'un discours trop riche et superficiel donc beaucoup plus difficile à interpréter. Cette méthode nous a également semblé pratique car permettant de poser une limite de temps aux entretiens, ce qui convient d'avantage à la pratique libérale de nos confrères interviewés. La réalisation de focus-groupe

a également été évoquée mais ne nous a pas paru pertinente en raison du sujet choisi. Celui-ci est en effet dur à évoquer en groupe en raison d'une grande implication émotionnelle attendue.

La méthode de l'entretien semi-dirigé consiste à écouter les enquêtés sur le sujet qui leur est proposé et d'orienter leur discours afin d'aborder les différents thèmes prévus dans le guide d'entretien. L'information recueillie dans ce type d'entretien a un caractère vécu qui lui donne une subjectivité qui est utile au moment de l'interprétation. Cette méthode permet également de faire émerger de nouvelles idées ou thèmes pas encore explorés au fil des entretiens, qui viennent enrichir la recherche initiale [17].

III. Préparation des entretiens

1. Elaboration d'un guide d'entretien

Les problématiques de notre recherche sont les suivantes.

- Quelles sont les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la reconnaissance et la prise en charge de la maltraitance du sujet âgé dépendant ?
- Quelle est son expérience de la maltraitance et son ressenti face à ces situations ?
- Pourquoi le signalement est-il réalisé si rarement par le médecin généraliste ?

L'élaboration d'un guide d'entretien doit permettre de confirmer ou d'infirmer un certain nombre d'hypothèses qui ont été élaborées initialement d'après notre revue de la littérature.

1- Sous-estimation de l'ampleur de la maltraitance (sous-évaluation de la prévalence, banalisation de comportements à risque) de la part des médecins généralistes.

2- Connaissance parcellaire sur la maltraitance (définitions, signes, facteurs de risques).

3- Recherche insuffisante ou inadaptée des signes de maltraitance.

4- *Existence de résistances aux procédures de signalement (connaissances légales insuffisantes, secret professionnel, crainte des conséquences pour le patient, la famille et le médecin).*

5- *Connaissance insuffisante des ressources (réseaux sociaux et médicaux).*

Le guide d'entretien a donc été rédigé avant le début des entretiens et comporte la liste des thèmes à aborder formulés sous la forme de questions ouvertes (ANNEXE 6). Cette liste n'a pas pour objectif de déterminer les enchaînements, ni la formulation exacte des questions mais sert plutôt de trame ou de « memento » aux entretiens [23].

Ce guide a évolué au cours de la recherche et s'est adapté aux différents médecins interrogés. Nous y avons intégré certains thèmes, des formulations plus précises de certaines questions et retiré certaines autres qui ne nous ont pas semblé pertinentes.

Les différents thèmes abordés initialement étaient :

- la définition de la maltraitance ;
- les facteurs de risque et les signes de la maltraitance ;
- la procédure de signalement ;
- la prise en charge de la maltraitance ;
- le vécu subjectif du problème de la maltraitance ;
- comment aider le médecin généraliste à améliorer sa prise en charge de la maltraitance du sujet âgé ?

2. Recrutement des participants

Une étude qualitative ne cherche pas à être statistiquement représentative. Nous avons tenu tout de même à recruter dans notre population des médecins généralistes aux profils variés et exerçant dans des lieux différents. Une quinzaine d'entretiens paraissaient

nécessaires et réalisables pour atteindre nos objectifs, le but étant d'obtenir une population suffisante pour atteindre une saturation des résultats.

Nous avons donc recruté au hasard des médecins généralistes exerçant dans les quatre départements lorrains (2 en Meuse, 1 dans les Vosges, 6 en Moselle, 5 en Meurthe-et-Moselle). Dans un souci de diversification de l'échantillon, nous avons recruté des hommes et des femmes en tenant compte de la surreprésentation des hommes en médecine générale (en Lorraine, la part des médecins généralistes hommes installés représente 74 %)[28].

Nous n'avons pas tenu compte dans le choix des médecins de leurs différentes activités, de leur ancienneté d'installation ainsi que de leur expérience de la maltraitance car ces données n'étaient pas connues au moment de l'appel.

Nous avons donc appelé au hasard une centaine de médecins. De nombreux médecins étaient absents ou non disponibles au moment de l'appel. Au total, 65 médecins généralistes ont pu être avertis téléphoniquement de notre étude soit directement soit par l'intermédiaire de leur secrétaire (47 appels effectifs car certains travaillant en groupe).

Lors de l'appel, nous notifions le sujet de l'étude, son motif (thèse), et le temps nécessaire à la réalisation de cet entretien soit une trentaine de minutes. Nous évoquons également qu'il n'était pas obligatoire d'avoir rencontré un cas de maltraitance pour pouvoir y participer. Nous proposons en cas de réponse positive de fixer un rendez-vous immédiatement ou de recontacter les médecins pour le fixer à distance en fonction de nos disponibilités respectives.

14 médecins ont répondu positivement soit un taux de réponse de 21,5%.

Les motifs de refus évoqués étaient le manque de temps (18 fois), l'absence de confrontation à des situations de maltraitance (9 fois), l'absence d'intérêt pour le sujet (7 fois) et l'absence de participation aux études (4 fois). Nous n'avons pu obtenir de réponse, malgré un message laissé au secrétariat pour 14 médecins.

Au total, sur les 14 réponses positives, 13 médecins ont effectivement été rencontrés et interviewés, un des médecins ne s'étant pas tenu disponible lors de notre rencontre prévue. Deux entretiens préalables ont été réalisés auprès de deux médecins recrutés par connaissance. Un de ces deux entretiens a été ajouté à notre étude car suffisamment riche. Le nombre total des entretiens réalisés est donc de 14.

Le tableau ci-dessous récapitule les caractéristiques des médecins interrogés:

	Le médecin						La patientèle	Formation en gériatrie	
	Sexe	Age	Date d'installation	Type d'activité	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Proportion de sujets âgés	Formation en gériatrie	Formation sur la maltraitance
Entretien 1	Femme	50-60 ans	1993	Médecine générale, Pédiatrie (crèche, PMI)	Cabinet de groupe (2 médecins)	Semi-rural	Faible	Non	Non
Entretien 2	Homme	50-60 ans	?	Médecine générale, Coordination EHPAD	Seul	Rural	Forte	Non	Non
Entretien 3	Homme	> 60 ans	1977	Médecine générale, salarié dans un hôpital local, activité politique (maire)	Cabinet de groupe (3 médecins)	Rural	Forte	Non	Non
Entretien 4	Homme	50-60 ans	1995	Médecine générale, homéopathie.	Seul	Urbain	?	Non	Non
Entretien 5	Homme	30-40 ans	2008	Médecine générale	Seul	Semi-rural	Faible	Expérience en gériatrie lors de ses stages d'interne	Non
Entretien 6	Femme	50-60 ans	1986	Médecine générale, animatrice de FMC	Seul	Semi-urbain	Forte	Non	FMC
Entretien 7	Homme	40-50 ans	1994	Médecine générale, Pédiatrie	Seul	Semi-rural	Faible	Non	Non
Entretien 8	Homme	50-60 ans	1983	Médecine générale à forte orientation homéopathie	Seul	Rural	?	Expérience en gériatrie lors de ses stages d'interne	Non
Entretien 9	Homme	> 60 ans	1981	Médecine générale, coordination EHPAD	Seul	Urbain	?	Capacité de gériatrie	Lectures personnelles
Entretien 10	Femme	40-50 ans	1998	Médecine générale	Seul	Urbain	Moyenne	Non	Non
Entretien 11	Homme	50-60 ans	1992	Médecine générale, ostéopathie, animation d'un réseau gérontologique	Cabinet de groupe (2 médecins)	Semi-rural	Forte	?	?
Entretien 12	Femme	50-60 ans	1987	Médecine générale	Seul	Urbain	?	Non	Non
Entretien 13	Femme	50-60 ans	1981	Médecine générale, pédiatrie, mésothérapie, homéopathie	Cabinet de groupe (2 médecins)	Semi-rural	Forte	Non	Non
Entretien 14	Homme	50-60 ans	1979	Médecine générale, Coordination EHPAD, enseignement, accueil de stagiaires.	Seul	Semi-rural	Faible	Non	Non

3. L'interviewer

Pour des raisons de disponibilités et de facilités organisationnelles, j'ai réalisée seule les entretiens. N'étant pas formée à la réalisation d'entretiens semi-dirigés, j'ai eu recours à des manuels d'initiation à l'entretien en sociologie afin de mieux connaître les techniques de cette méthode [43].

J'ai interviewé deux médecins avant de débiter les entretiens afin de me familiariser avec la technique des interviews. Le deuxième entretien étant suffisamment riche et bien mené, il a été inclus secondairement à notre étude.

4. Organisation matérielle

Pour faciliter la rencontre, j'ai proposé aux médecins recrutés de me déplacer à leur convenance sur leur lieu de travail ou à leur domicile. Au total, j'ai parcouru environ 1300 km pour les besoins de cette étude.

Les entretiens ont duré variablement de 20 minutes à une heure en fonction des disponibilités des médecins et de la longueur de leur discours.

Les enregistrements ont été réalisés avec deux dictaphones pour éviter la perte d'informations qui aurait pu découler du dysfonctionnement d'un des deux appareils.

L'accord des médecins a été recueilli oralement avant le début de l'enregistrement en leur garantissant l'anonymat des données les concernant.

IV. Réalisation des entretiens

Nous avons tenté aux cours des entretiens de laisser la parole aux médecins interviewés pour qu'ils s'expriment le plus librement possible sur le sujet de la maltraitance avec une attitude empathique voire parfois sympathique permettant dans certains cas d'aller plus loin dans la profondeur du discours [43]. Le guide d'entretien a été utilisé comme support pour ne

rien oublier, formuler de nouvelles questions ou approfondir certains thèmes. Globalement, avec l'expérience, la qualité d'écoute et la fluidité des entretiens se sont améliorées.

Avant de débiter l'enregistrement, nous nous présentions et reprécisions aux médecins interrogés le thème de notre travail ainsi que la population concernée (les personnes âgées dépendantes).

L'entretien débutait par une présentation du médecin avec des questions portant sur son ancienneté d'installation, son type d'activité, son mode d'exercice (rural, semi-rural, urbain) ainsi que sa formation en gériatrie et sur le sujet de la maltraitance. Nous demandions également à connaître la proportion de sujets âgés au sein de sa patientèle. Certains n'ont pas pu la préciser. Nous tentions de mettre à l'aise le participant durant cette première partie en le laissant nous parler de choses un peu plus personnelles d'où la perte parfois de certaines informations.

La suite de l'entretien était basée sur la grille d'entretien en permettant au médecin d'aborder les sujets dans l'ordre qu'il souhaitait. Nous réagissions en fonction du discours du médecin en essayant de ne pas l'interrompre. Chez certains médecins, l'ensemble des thèmes n'a pas pu être abordé en raison d'un manque de temps de la part du médecin.

L'entretien prenait fin quand le médecin semblait avoir abordé toutes les thématiques qui nous intéressaient ou qu'il ne souhaitait plus parler.

Les entretiens se sont déroulés entre avril et juillet 2012.

Ci-dessous un tableau récapitulant le lieu et l'horaire de la rencontre ainsi que l'ambiance ressentie des différents entretiens :

	Lieu	Ambiance	Moment
Entretien 1	Cabinet	Médecin détendu	Fin de matinée
Entretien 2	Cabinet	Médecin sur la défensive, plus détendu à la fin de l'entretien	Début d'après-midi
Entretien 3	Cabinet	Médecin pressé (retard dans ses consultations), mais chaleureux.	Fin d'après midi
Entretien 4	Cabinet	Médecin réservé	Début de matinée
Entretien 5	Cabinet	Médecin réservé, pas très à l'aise.	Fin de matinée
Entretien 6	Cabinet	Médecin chaleureux	Début de matinée
Entretien 7	Cabinet	Médecin chaleureux	Fin de matinée
Entretien 8	Domicile	Médecin chaleureux, mais évasif dans ses réponses	Fin d'après midi
Entretien 9	Cabinet	Médecin chaleureux	Fin de matinée
Entretien 10	Cabinet	Médecin chaleureux	Fin d'après midi
Entretien 11	Cabinet	Médecin détendu, très volubile.	Début d'après-midi
Entretien 12	Cabinet	Médecin pressé	Fin d'après midi
Entretien 13	Cabinet	Médecin détendu	Début d'après-midi
Entretien 14	Cabinet	Médecin détendu	Fin d'après midi

V. Retranscription

L'ensemble du discours obtenu a ensuite été intégralement retranscrit sur papier pour obtenir un verbatim qui nous a servi pour notre analyse. La retranscription tient compte des hésitations, des silences, des interruptions du discours et des réactions gestuelles des médecins.

En moyenne, nous avons passé 6 heures de retranscription pour chaque entretien avec une durée totale de retranscription d'environ 84 heures.

Les différentes données de noms et de lieux ont été anonymisées en laissant uniquement les initiales des noms propres.

L'ensemble du verbatim (141 pages) n'a pas été consigné dans ce manuscrit car il nous semblait trop volumineux. De nombreux extraits sont cités dans la partie « Résultats ».

VI. Analyse des entretiens

Nous avons choisit de réaliser une analyse thématique systématique des différents entretiens. Il s'agit de la méthode la plus fréquemment employée en sociologie. Elle consiste à repérer des thèmes au sein d'un texte et à les regrouper en axes thématiques. Elle permet de reconstituer une logique au discours.

1. Retour critique au guide d'entretien et à la question de départ

La première étape de l'analyse consiste en « une véritable investigation, approfondie, offensive et imaginative » [43].

L'écoute puis la lecture globale des entretiens retranscrits de façon répétée permettent de nous imprégner du discours des différents médecins. Des idées générales émergent ainsi de cette lecture et nous orientent pour la recherche des thématiques. A ce stade nous pouvons comparer les premières thématiques relevées à celles du guide d'entretien initial.

2. Relecture et identification des axes thématiques

La deuxième étape de l'analyse a consisté en une relecture du discours avec recherche des idées fortes du discours. Dans un premier temps, nous avons relu attentivement les entretiens en annotant le texte et utilisant un surligneur. Puis nous avons effectué une classification des différentes idées significatives retrouvées dans un tableau à double entrée (entretien/thématiques). Le guide d'entretien initial nous a servi à élaborer les différents axes

thématiques en ajoutant les nouveaux axes résultant de cette relecture. Voici les axes retrouvés :

- ambivalence du rôle du médecin généraliste ;
- implication émotionnelle du médecin généraliste ;
- connaissances du médecin généraliste ;
- limites au repérage de la maltraitance ;
- mode d'action du médecin généraliste ;
- moyens de prévention du médecin généraliste ;
- difficultés de la prise en charge ;
- rôle de la société et de l'institution dans la maltraitance ;
- représentation de la personne âgée et de son entourage ;
- importance de l'expérience personnelle dans le comportement du médecin généraliste ;
- moyens d'aider le MG dans sa prise en charge ;
- questionnement éthique.

3. Elaboration des thématiques et sous thématiques

A partir de ces tableaux nous avons regroupé nos idées sous la forme de thématiques et de sous-thématiques présentées dans la partie suivante. Nous avons ensuite réalisé une triangulation avec les autres participants de cette étude (Directeur et Co-Directeur du projet) afin de comparer les résultats retrouvés.

PARTIE 4: RESULTATS

I. Connaissances du médecin généraliste sur le sujet de la maltraitance

Nous nous sommes tout d'abord intéressés à décrire le niveau de connaissance des médecins généralistes sur le sujet de la maltraitance. L'analyse des entretiens nous a permis de regrouper le type de connaissances en différentes thématiques : la définition de la maltraitance, l'épidémiologie, la loi et les politiques de prévention. Le repérage de la maltraitance et des facteurs de risque est évoqué dans la partie III.

1. Définition donnée par les médecins de la maltraitance

Bonne connaissance des différents types de maltraitance mais définition exacte non donnée

- Tous les types de maltraitements sont retrouvés dans le discours des médecins : maltraitements physique, psychologique, financière et négligence.
- Difficulté à retrouver les termes exacts correspondant à chaque type de maltraitements.
- Définition donnée peu précise avec beaucoup d'hésitations.

Maltraitements physiques

Ben une maltraitements elle peut être double...Ça peut être une maltraitements physique et une maltraitements morale... (Entretien 2)

Maltraitements psychologiques

La maltraitements ça peut être de ne pas respecter le rythme de la personne âgée, dans la lenteur, dans sa difficulté de comprendre, quand c'est des gens qui sont, qu'il y a une démence, de répondre comme si il avait toute son intelligence, c'est vraiment une forme de maltraitements. (Entretien 1)

Ensuite, j'ai envie de dire sociale mais eux ...c'est des phénomènes qui sont pas...oui une certaine maltraitements sociale si on parlait, s'ils arrivent pas à faire valoir leurs droits, qui sont un petit peu isolés, quoi. (Entretien 4)

Ça peut aller je pense, un peu de la privation de nourriture, avec « j'te changerai pas parce que tu m'as embêté », ou « j'appelle le docteur dès qu'on se dispute un petit peu » donc, euh, ça va être forcément agressif. Moi j'appelle plus, voilà, c'est ce que je rencontre... C'est, sans doute de la maltraitance mais pas vraiment physique. C'est plus quelque chose de moral en fait. (Entretien 10)

Maltraitance financière

Y'a une chose qui me revient à l'esprit tout de suite, y'a un couple de personnes âgées qui ont plus de 80 ans, largement tout les deux, et la dame m'a dit qu'elle s'était porté caution pour son fils pour acheter un appartement, et que son fils vient régulièrement lui, lui réclamer de l'argent en disant que si elle ne lui donne pas d'argent, il ne payera plus son loyer. Donc la dame est en souffrance comme ça...je pense que c'est une forme de maltraitance aussi. Je ne sais pas si ça rentre dans le cadre des définitions. (Entretien 14)

Maltraitance médicamenteuse

Parce que voilà. Quand on voit une personne âgée, qu'on lui refile très vite un médicament pour calmer le symptôme, le symptôme que cache une souffrance plus profonde, est-ce que, est-ce qu'on fait bien de lui enlever cette possibilité de s'exprimer ? (Entretien 8)

Négligences :

Et puis la maltraitance, on peut l'interpréter différemment donc euh...maltraitance physique, psychique et puis y'a l'abandon hein des gens alors qu'ils sont isolés...tout ça, c'est des formes de maltraitance... (Entretien 11)

Incertitudes sur ce qu'englobe réellement la définition de maltraitance

- Situations à risque de maltraitance pas englobées dans le concept mais à la limite de la définition pour certains généralistes.

-Situations pas considérées officiellement comme des maltraitements mais qui peuvent le devenir (nourriture de mauvaise qualité).

-Différence entre la définition et la réalité clinique parfois difficile à préciser.

Après, y'a des situations, mettons j'ai une patiente qui a son mari Alzheimer à la maison, avec de temps en temps, du caca partout, etc... Et voilà, on sent qu'il y a des tensions, qu'il y a de la souffrance. Bon, je pense qu'on n'est pas dans la maltraitance (Entretien 1)

Est-ce que ça rentre dans la maltraitance ? Euh, c'est, euh, du style, euh, ben, euh, au niveau alimentation c'est hors de tout, euh, ce qui est quand même ennuyeux parce que physiquement la personne âgée est quand même très fragile sur le plan nutritionnel, et bon j'ai plusieurs familles qui me disent que bon l'alimentation carnée qui est quand même importante dans ce cadre là, avec l'apport protéiné entre autres, et, euh, ben quand on leur sert une viande qui est « archidure », alors hormis le fait que gustativement c'est pas bon, il y a un problème de handicap dentaire donc, euh, voilà...Bon, est-ce qu'on peut rentrer ça dans la maltraitance ? (Entretien 6)

Clivage entre le concept et la réalité clinique

- Le médecin connaît le concept de maltraitance et ses définitions d'un point de vue théorique mais a du mal à reconnaître que ce phénomène est une réalité et qu'il peut y être confronté dans sa pratique.

I : Alors, selon vous quel peut être l'ampleur de la MPA au niveau national ? M : L'ampleur c'est difficile parce que c'est quelque chose de nouveau. Déjà il faudrait, je pense que c'est votre travail, la définir, cette maltraitance... (Entretien 5)

Perception subjective du phénomène

- Les médecins considèrent que la définition de la maltraitance est variable selon le contexte.
- Point de vu à l'encontre même de ce que signifie une « définition ».

Alors, bon c'est, une définition c'est pas facile, parce qu'elle reste aussi quelque part...

Elle peut être objective mais elle est également subjective, hein. (Entretien 9)

Alors, la maltraitance, je pense que la définition qu'on en a, elle est suivant les cas qu'on a rencontré. (Entretien 10)

Les limites du concept de maltraitance

- Questionnements multiples sur l'acharnement en fin de vie, l'isolement des personnes âgées, l'institutionnalisation.
- Questionnements en lien direct avec le concept de maltraitance car pouvant entraîner une souffrance de la personne âgée.
- Importance de respecter la dignité de la personne et sa liberté de choix.

Mais le gros souci qui se pose, c'est où commence la maltraitance et où elle finit (Entretien 2)

Acharnement thérapeutique

Quand j'évoque la dame qui a refusé toutes boissons quand elle était hospitalisée, moi... après c'était une décision consensuelle vous voyez. Moi j'avais appelé un ami qui est en soins palliatifs en me disant, « je fais quoi ? », j'ai mis une perf machin... j'ai appelé le fils, les deux fils en ont parlé ensemble et puis d'un commun accord, on s'est dit, il faut au moins la nourrir un peu... Mais j'me suis dit, « c'est quoi le but quoi ? » Et puis les deux fils ont dit, de toutes façons on n'force pas, on n'intervient pas plus loin. Donc du coup on a dit, on laisse faire, et on ne la nourrit pas de force. A 87 ans, on n'allait pas non plus mettre une sonde gastrique, enfin, voilà, c'est une chose qui est

évidente, donc du coup c'est une situation très particulière mais, pour moi c'était aussi respecter quelque part la volonté de la patiente. (Entretien 1)

Fin de vie

Y'a cette fin de vie qui d'elle-même entraîne une souffrance sans que pour autant il y ait maltraitance...Mais voilà, où est elle cette maltraitance ? Laisser une personne à la maison avec tout le confort qu'elle peut, mais, mais bon, voilà...un peu dépressif...un peu...où est la maltraitance? (Entretien 5)

Isolement social

Moi je suis surtout confronté le plus souvent à l'isolement, la solitude. (Entretien 2)

Dans les familles, je pense qu'on a surtout une maltraitance qui est liée à la solitude. C'est les familles qui s'échappent, qui fuient, qui refusent la prise en charge de la personne âgée et qui donc quelque part entraînent une rupture relationnelle, et je pense que la maltraitance elle est là... (Entretien 2)

La première souffrance c'est vraiment et celle que je ressens moi dans ma population, c'est la solitude. (Entretien 5)

Institutionnalisation

*Mais, euh... Déjà est-ce que être dans une institution n'est pas une maltraitance ? (rire)
(Entretien 2)*

Est ce que déjà le fait de couper complètement une personne âgée de ses racines c'est pas une maltraitance ? (Entretien 2)

Familiarité excessive

De la part du personnel il y avait...ce qu'on appelle promiscuité je dirais... vis-à-vis des personnes âgées...où on pourrait éventuellement dire que c'est de la maltraitance : tutoyer

les personnes âgées, ne pas les appeler par leur prénom, ou leur faire une remarque quand quelque chose n'est pas bien, par rapport à l'hygiène, par rapport à la tenue, par rapport à certain nombre de choses. Après, après, est-ce que ça c'est véritablement de la maltraitance ou pas. Moi je sais pas. (Entretien 2)

2. Connaissance des données d'épidémiologie

Bonne estimation de l'ampleur du phénomène

- Même s'ils ne connaissent pas toujours les chiffres officiels, certains médecins estiment correctement l'ampleur de la maltraitance.

I : D'après vous, quelle est l'ampleur du phénomène de la maltraitance en France ? (...)

M : Je dirais au moins 5%... (Entretien 1)

I : Oui à peu près...une estimation... M : Je sais pas moi...une personne sur dix ?

(Entretien 4)

Ignorance de l'ampleur du phénomène

- Certains médecins n'ont aucune idée de ce que représente le problème de la maltraitance en France.

I : Selon vous quelle est l'ampleur du phénomène de la maltraitance au niveau national chez les personnes âgées ? M : Je sais pas... (...) Dans son ensemble je sais pas du tout...

Aucune, aucune idée... (Entretien 2)

Alors après c'est la maltraitance au sens large ? Non je n'ai pas d'idée. (Entretien 3)

I : A votre avis quelle est l'ampleur du phénomène de la maltraitance des personnes âgées au niveau national ? M : Oh...Ca c'est bien difficile à dire... (Entretien 4)

I : D'ailleurs vous avez une idée de l'ampleur de la maltraitance au niveau national ? M :

Non. Je pense que c'est complètement sous estimé, ça c'est certain, mais non, j'ai pas trop d'idée... (Entretien 10)

Perception partielle de l'ampleur du phénomène de la maltraitance

- Certains médecins pensent que la maltraitance se retrouve uniquement en institution.

I : Oui, c'est pas mal comme estimation... Et au niveau de votre patientèle quel pourcentage ? M : Actuellement...ben j'ai peu de personnes en maison de retraite... (Entretien 4)

3. Connaissance de la loi

La connaissance de la loi est variable suivant les différents généralistes interrogés.

Méconnaissance des modalités de signalement

-Certains généralistes ont des incertitudes nombreuses concernant la procédure de signalement.

-Ils ont besoin d'interlocuteurs spécialisés pour orienter leurs démarches.

-Mais ils ont la possibilité de retrouver facilement le moyen de réaliser un signalement si nécessaire.

Non, aucune idée. Enfin je sais pas. Est-ce qu'on fait comme pour les enfants ? On fait un courrier au juge ? ou l'assistante sociale ? (Entretien 1)

Je ne connais pas trop la procédure exacte. Est-ce que la maltraitance elle reste confidentielle et elle doit être gérée je dirais sous une forme de conciliation, ou alors est ce que l'on est au stade de la maltraitance qui devient juridique puisqu'il y a une plainte de déposée, on est dans deux cas de figures totalement différentes. (Entretien 2)

Alors...la procédure exacte non, je pense que je ferais comme pour les tutelles. Soit avertir le juge des tutelles soit le procureur de la République, mais euh, voilà la démarche exacte...in fine je ne sais pas. (Entretien 4)

I : Est-ce que vous connaissez, même si vous ne l'avez jamais utilisée la procédure de signalement de la maltraitance de la personne âgée ? M : Je ne la connais pas mais je pense que j'aurais facile à la trouver, mais non, très honnêtement je ne la connais pas... (Entretien 5)

Euh, il faut pas faire, euh... Il faut s'adresser au, au procureur, hein ? Je pense que c'est ça qu'il faut s'adresser au procureur. Enfin, c'est ce que je ferais si, si j'avais à le faire. J'ai jamais eu à le faire mais c'est ce que je ferais je crois, ce serait le premier, le premier interlocuteur je crois. (Entretien 6)

Après ce qui est plus difficile c'est comment réagir face à la personne qui est le maltraitant. S'il n'est pas maltraité, parce qu'après tout c'est quelque chose qui doit aussi être pris en compte, euh, c'est quelque chose qui est répréhensible, je pense, sur le plan judiciaire, et c'est pas... On ne peut pas faire tout et n'importe quoi, et là je ne me suis jamais posé la question de savoir jusqu'où il faut aller. J'n'en ai vraiment aucune idée. Mais bon, si vraiment on arrive à quelque chose de violent, y'a pas de raison après que la loi après ne s'en mêle pas, parce que, bon voilà, les gens, euh, qu'on est soumis à certaines règles, ben si on les dépasse, faut quand même quelqu'un... Mais bon, voilà, vraiment pas de cas précis, hein. (Entretien 10)

Ben écoutez, moi j'ai déjà fait un signalement pour un enfant, j'ai téléphoné, enfin j'avais téléphoné à la PMI à l'époque, mais c'est pas tout à fait la même chose, donc je sais pas. Je sais pas, mais je pense que j'essaierais de téléphoner à la DVIS à ce moment là si je voulais avoir un renseignement. (Entretien13)

**Confusion entre le rôle du
médecin généraliste et le
rôle de juge**

- Certains ont besoin d'avoir des certitudes concernant la réalité d'une maltraitance avant de signaler.

C'est qu'on en a fait un droit, sur le plan législatif je crois même, et ce droit il doit pouvoir aussi être évalué et il est évalué par qui ? Parce que moi je ne sais pas par qui il est évalué... (Entretien 2)

**Incertitude quant à la
légitimité d'une
intervention**

- Certains généralistes ne sont pas sûrs de pouvoir ou de devoir intervenir dans des cas de maltraitance.

Est ce que si nous en tant que professionnel de santé dans cette relation ou même dans cette relation de confiance on pourrait éventuellement suspecter ou avoir un petit peu des soupçons quand même d'une maltraitance qui peut provenir de la famille ou d'un membre de la famille, je pense qu'on pourrait éventuellement faire quelque chose ... (Entretien 2)

**Incertitudes sur
l'autorisation de levée du
secret professionnel**

- Certains généralistes connaissent mal l'autorisation de lever le secret professionnel en cas de maltraitance sur adulte vulnérable

C'est vrai qu'on nous a toujours inculqué le secret médical et euh...faut pas se gourer quoi, parce qu'on pourra toujours nous le reprocher. Y'a pas trop de souplesse. (Entretien 5)

Ça pose quand même des soucis de secret professionnel. Puisque, autant pour les enfants, on n'est pas lié au secret professionnel, autant pour les personnes âgées, on est quand même amené à faire une certaine forme d'inquisition, et à en parler à d'autres donc je préfère passer par les assistantes sociales pour ce genre de choses. (Entretien 14)

On a tellement peur d'être attaqué pour violation du secret professionnel. (Entretien 14)

**Obligation légale d'agir
dans l'intérêt de la victime**

- D'autres généralistes sont persuadés que l'intérêt du patient prime sur la préservation du secret professionnel.

Alors bon, est-ce qu'on peut encore toujours se retrancher derrière le secret professionnel ? Alors, il y a des médecins qui y tiennent, et qui s'arquent dessus, et il y a en a qui collaborent. Euh, ce qu'il faut voir c'est quand même l'intérêt du patient. (Entretien 3)

C'est-à-dire que ça ne doit pas être non plus une excuse pour rien faire en attendant que ça se dégrade encore plus, non pas du tout. (Entretien 7)

Ben la limite du secret professionnel, à partir du moment où y'a de la maltraitance, bon, euh, c'est clair que, on la dépasse, forcément, là je me poserais pas trop la question. (Entretien 10)

**Pas de doute sur la
possibilité de lever le
secret professionnel dans
le cas d'une maltraitance
sur adulte vulnérable**

- D'autres n'ont aucun doute quand il s'agit d'une violence sur adulte vulnérable.

Je pense que dans ce cadre là y'a plus de secret, euh, professionnel, hein. C'est, c'est comme, euh, dans tous les problèmes, euh, médico-légaux des viols et compagnie le secret professionnel peut-être levé dans ces circonstances là, y'a quand même une personne qui est en danger donc, pour moi le secret professionnel il, il doit pouvoir être levé, hein.

4. Connaissance des politiques de prévention

Méconnaissance des politiques de prévention et de la « bienveillance »

- Aucun généraliste n'évoque le concept de bienveillance.
- Attitude très critique vis-à-vis de la politique mais sans connaître réellement les politiques actuelles de prévention.

J'ai l'impression qu'il y a rien (rires). C'est silence radio. Ça n'existe pas. Je sais pas si il y a des choses... Je suis quand même professionnelle, je m'dis normalement je devrais être un peu... mais j'ai l'impression que... ou s'il y en a une elle n'est pas efficace. (Entretien 1)

Des lois, des beaux textes oui, mais une politique je ne suis pas sûre qu'il y en ait vraiment une... (Entretien 5).

5. Synthèse

Tous les médecins généralistes connaissent le concept de maltraitance mais de façon partielle (définition donnée peu précise, termes employés souvent inexacts, subjectivité de la définition). Ils éprouvent surtout des difficultés à en préciser les limites et à savoir ce qu’englobe vraiment ce concept.

Les médecins ont du mal à donner une estimation du phénomène même s’ils reconnaissent pour la plupart qu’il s’agit d’un phénomène fréquent.

La majorité d’entre eux connaissent mal la loi entourant la procédure de signalement et la lever du secret professionnel. Leur attitude par rapport au signalement est donc très variable en fonction du rôle qu’ils pensent être le leur.

Aucun médecin interrogé ne connaît l’existence des politiques de prévention de la maltraitance en France.

II. Formation du médecin généraliste sur le sujet de la maltraitance

Nous nous intéresserons ensuite au niveau de formation des généralistes sur la maltraitance de la personne âgée. Nous essayerons également de connaître la façon dont ils se sont formés et les besoins d’une nouvelle formation qu’ils peuvent exprimer.

1. Modes d'acquisition des connaissances

Sujet non abordé lors de la formation initiale

- Aucun médecin n'a été formé sur le sujet de la maltraitance au cours de ses études de médecine

Par contre, ben je ne sais pas où, le sujet et quand et comment est évoqué le sujet chez la nouvelle génération de médecins. Par contre, nous dans notre... (Téléphone) Qu'est ce qu'on était en train de dire est ce que je suis, oui, donc la question que je me posais c'est que effectivement, nous, enfin bon je suis déjà une ancienne, hein, euh, quand j'ai fait mes études, euh, on n'a pas eu de, on ne nous a pas parlé... Enfin, je n'ai pas le souvenir qu'on nous ait parlé de la maltraitance. (Entretien 7)

Alors, des cours sur la maltraitance à l'époque... Il y avait pas de cours spécifique comme ça sur une prise en charge de personne âgée, par exemple dans un EHPAD ou à domicile. (Entretien 9)

Bon au départ on n'était pas, mais du tout heu, pas du tout, pas du tout formés ? (Entretien 12)

Formation personnelle à partir de la littérature

-Un des médecins, coordinateur d'EHPAD, s'est formé à travers la lecture de revues spécialisées.

Euh, moi évidemment j'ai beaucoup lu là dessus. Enfin, j'ai lu sur la maltraitance, et je ne dis pas que j'ai une formation complète, mais je suis informé des modalités de bien ou maltraitance quoi, ouais, ouais. (Entretien n°9)

Organisation de FMC

-Un médecin a déjà organisé une Formation Médicale Continue sur le sujet

Ben, ce qu'on a, ce que nous on avait déjà fait à notre niveau, c'était organiser des réunions de FMC. (Entretien 6)

Connaissances acquises par l'expérience personnelle

-D'autres, plus nombreux se fondent sur leur expérience pour acquérir des connaissances.
-Généralisation à partir de cas précis.
-Manque d'objectivité.

Le cas particulier que j'ai rencontré est un cas dit de « maltraitance », qui a été, je dirais pour moi quelque part un peu échafaudé par la famille, parce que très souvent aujourd'hui on fait intervenir énormément la famille dans les EHPAD... je ne suis pas certain que ce soit un bien. Et très souvent les cas de maltraitance, ou dit « de maltraitance », vont parfois naître de la famille et non pas de la personne en elle-même (Entretien 2)

Et puis, bon moi je me base aussi sur mon expérience médicale depuis 20 ans. Et je crois que surtout en campagne où on a affaire quand même beaucoup à des personnes âgées, je pense, qu'on sent certaines choses, qu'on a certaines intuitions, on a cette façon d'agir par rapport à la personne âgée. C'est vrai qui est un peu différente par rapport à d'autres personnes qui sont complètement autonomes, qui gère sa vie aussi bien sur le plan physique ou intellectuel. (Entretien 2)

La maltraitance, moi je m'en suis, ben c'est un peu au feeling quoi. (Entretien 3)

Alors, moi je dirais au fur et à mesure de, de l'expérience professionnelle j'arrive plus à détecter. (Entretien 12)

**Connaissances acquises
par des sources
d'information informelles**

-Acquisition de connaissances à partir de la presse générale.

En gros, c'est une chose dont on parle de temps en temps et même dans la presse générale peut être plus d'ailleurs que dans la littérature médicale. (Entretien 1)

Mais je ne travaille pas en milieu spécialisé, et d'ailleurs j'espère qu'en milieu spécialisé, voilà, il n'y en a pas tant que ça, parce que ça serait dramatique, mais régulièrement dans la presse quand même, on voit émerger des sujets comme ça... (Entretien 10)

2. Ressenti du médecin généraliste sur sa formation

Manque de formation

-La plupart des généralistes interrogés expriment un manque de formation sur le sujet de la maltraitance.

I : Une formation sur la maltraitance ? M : Pas du tout... (Entretien 1)

Est-ce que vous vous sentez suffisamment formée sur ce sujet ? M : Non. Non. J'aurais même pas du tout. (Entretien 1)

I : Je comprends oui... Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé sur le sujet de la maltraitance ? Est-ce que vous avez déjà suivi des formations ? M:Non. (Entretien 2)

I : Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé sur ce sujet ? M: Non, pas forcément. (Entretien 3)

I : D'accord. Et est-ce que vous vous sentez suffisamment formé sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée ? M : Ah pas du tout. Il faut être autodidacte et curieux et puis c'est quand le cas se présente qu'on se plonge dans ce genre de problème. (Entretien 5)

I : Et vous vous sentez suffisamment formée sur ce sujet ? M : Non, si jamais ça se présentait, oui il faudrait vraiment que je me repose des questions.(Entretien 10)

I : Et est-ce que vous vous sentez suffisamment formé sur ce sujet ? M: Non...non... (Entretien 14)

3. Besoin en formation exprimé

Formation inutile

- Malgré un manque de formation exprimé, certains n'éprouvent pas le besoin de se former.
- Expression d'un manque d'intérêt pour le sujet

I : Hum, en tant que généraliste vous vous sentez suffisamment formé sur ce sujet ou ?...

M : Ben, hof, oui, je vois pas quelle, de toute façon oui, je vois pas quelle formation on pourrait, on pourrait avoir sur la maltraitance. (Entretien 13)

Expression d'un besoin de formation

- D'autres estiment qu'une formation complémentaire serait utile.

Je pense qu'il faut faire des formations hein, oui. A travers la formation médicale continue, 1 fois par an ou tous les 2 ans, ou avoir quelque chose d'un peu structuré. (Entretien 3)

4. Synthèse

Aucun médecin généraliste interrogé n'a reçu lors de ses études de médecine de formation sur la maltraitance de la personne âgée.

Certains se sont auto-formés sur le sujet (littérature médicale, FMC, presse...) mais de nombreux autres se fondent sur leur expérience professionnelle pour prendre en charge les cas de maltraitance.

La plupart des médecins se sentent insuffisamment formés et expriment un besoin d'acquérir des connaissances supplémentaires sur le sujet.

III. Repérage de la maltraitance et des situations à risque de maltraitance

Le prochain chapitre s'intéresse aux limites qui rendent difficile l'identification des cas de maltraitements pour le médecin généraliste. Certaines limites sont plus spécifiques à l'environnement, d'autres aux patients et à leurs familles et enfin certaines concernent le médecin généraliste directement.

1. Limites inhérentes à l'environnement

Repérage plus facile au sein d'une équipe

- Quand le patient vit en institution, le repérage se fait plus facilement car la maltraitance concerne souvent un individu qui est vite désigné par le reste de l'équipe ou le résident lui-même.
- Cela sous entend qu'à domicile, la maltraitance sera plus difficile à mettre en évidence qu'en institution.

Oh, je pense que de toute façon le tri est fait assez rapidement parce que tout, c'est une équipe qui travaille donc quand y'a une brebis galleuse elle est vite repérée. Hein, de toute façon, euh, c'est vite rapporté soit par le résident si lui est lucide, par l'accompagnant qui travaille, les collègues de travail ou par la famille qui se rend compte qu'il y a des négligences, euh, importantes. (Entretien 9)

Repérage plus difficile à domicile

- Complétant la thématique précédente, la maltraitance à domicile semble plus difficile à mettre en évidence.
- Configuration du domicile inadaptée à un examen clinique complet.
- Absence de tiers à domicile pour aider au repérage.

Le médecin généraliste ne peut pas, ne peut pas prendre la mesure de, de la maltraitance à domicile, non. (Entretien 9)

Quand ils sont plus âgés, sans doute parce qu'on pense connaître les patients, je pense que, bon moi ici quand ils viennent, je les mets en minimum en slip, assez facilement, même les gens âgés, par contre à la maison, souvent, c'est un peu compliqué, on a des gens alités, etc., bon y'a la pudeur, bon, y'a... Bon moi à la maison, c'est très rare que je déshabille complètement les personnes. (Entretien 10)

Et puis parce qu'on n'a pas forcément les leviers non plus, parce qu'on n'a pas les gens, euh, sous la main, on n'a pas forcément les enfants qui sont disponibles, on n'a pas forcément les, les aidants à l'écoute. (Entretien 11)

2. Limites inhérentes au patient

Signes physiques discutables

-Difficultés d'interprétation de certains signes physiques pouvant évoquer une maltraitance

Des hématomes, euh, bon des fois y'a peut-être un problème d'interprétation, parce que si c'est une personne qui est en fibrillation, qui est sous AVK ou équivalent... (Entretien 6)

Difficulté à réaliser un examen clinique complet chez une personne âgée

-Problème de la pudeur, de la lenteur du sujet âgée.
-Contexte de temps limité de la part du médecin traitant.
-Problème de l'habitude avec manque de vigilance de la part du médecin

Quand ils sont plus âgés, sans doute parce qu'on pense connaître les patients, je pense que, bon moi ici quand ils viennent, je les mets en minimum en slip, assez facilement, même les gens âgés, par contre à la maison, souvent, c'est un peu compliqué, on a des gens alités, etc., bon y'a la pudeur, bon, y'a... Bon moi à la maison, c'est très rare que je déshabille complètement les personnes. (Entretien 10)

Diagnostic différentiel difficile avec la dépression

-Symptômes psychologiques découlant de la maltraitance proches des signes de dépression rendant le diagnostic difficile.
-Souffrance psychique pas toujours en rapport avec une maltraitance.

Il y a aussi des personnes âgées qui vont se plaindre beaucoup, qui sont un peu dépressives, c'est comment faire la part des choses quelquefois entre une souffrance de la

personne âgée qui est liée à sa situation, liée à sa perte d'autonomie, et puis une maltraitance réelle. (Entretien 1)

Ensuite, ben ça peut être des fois en creusant, si on les voit tout d'un coup s'enfoncer moralement, déprimer, il faut rechercher un petit peu des évènements, quelque chose...Mais des fois, c'est pas toujours évident parce que, quand on est une personne âgée en institution, des fois ça se passe pas toujours bien... (Entretien 4)

On observe pas tout simplement et que face à ça, on garde ça, on se renferme et qu'on est simplement une dépression et comme les personnes âgées en maison en ont quand même souvent, donc on pourrait très bien considérer que c'est une dépression simplement liée à son état et pas du tout lié aux circonstances de vie quoi. (Entretien 13)

Et mon boulot, comme toujours, c'est de repérer les gens qui sont maltraités, et ça, ils somatisent beaucoup, ils ont plein de doléances, et ça je pense la somatisation c'est certainement un moyen d'exprimer la souffrance, ce qui fait qu'il faut qu'on aille chercher un peu plus loin chez ces gens là. (Entretien 14)

Difficultés à identifier la maltraitance psychologique

-Aucun substratum anatomique dans la maltraitance psychologique rendant difficile son diagnostic.

Et puis après, ben, c'est pas toujours, euh visible. Les traces de coups oui, mais toutes les maltraitances psychologiques... (Entretien 7)

Verbalisation difficile

-Il existe toujours une difficulté pour les victimes à exprimer une maltraitance.

-Différentes raisons conduisent la victime à se taire :

-la pudeur: honte de la victime de s'être fait maltraitée ;

-la résignation : peur de l'aggravation encore plus importante d'une situation en cas de plainte ;

-la dépendance affective : difficultés à exprimer la maltraitance quand elle survient au sein d'une famille. Liens affectifs entre la victime et le bourreau ;

-la peur de l'abandon : la victime a peur de se retrouver seule si elle dénonce sa maltraitance.

*Ben il y a aussi la verbalisation quand même, je crois que c'est la première chose
(Entretien 1)*

La première chose, c'est d'abord qu'ils en parlent... (Entretien 4)

*Parce que plus elle est fragile, plus elle risque de se laisser faire et de ne pas en parler
(Entretien 4)*

Pudeur

Vous les entendrez jamais se plaindre en disant « oui il m'a pris mon argent », voilà ou alors il faut vraiment que ça soit suffisamment important et sur une durée suffisamment longue pour le dire. (...) Mais, c'est pas toujours simple, y'a une certaine pudeur aussi de leur part à pas, à pas tout exprimer quoi. Ils savent bien souffrir en silence quand même hein, hum. (Entretien 7)

Résignation

Alors après il y a souvent malgré tout une espèce de, de comment, de non-dits. Les personnes âgées veulent pas le dire, veulent pas que ça se sache parce qu'ils ont peur qu'autrement ils se trouvent encore plus, euh, seuls. (Entretien 7)

Euh, je pense que c'est vraiment la maltraitance psychologique qui, parce que là c'est souvent, c'est insidieux, ça s'installe sur, sur un certain temps, sur des années, c'est vraiment un, un mode dominant-dominé, avec une personne qui devient de plus en plus vulnérable, qui a d'ailleurs peur, euh, de part sa dégradation physique, de part toute une série de choses et qui se dit, vaut mieux ça que rien du tout. (Entretien 7)

Dépendance affective

Et souvent, quand cette souffrance elle est liée à des, à des proches, à de la famille, les personnes âgées protègent leur proches, hein ? Elles ne veulent pas leur faire du mal, elles ne veulent pas... comme les femmes battues, elles nient, elles ont du mal à exprimer... Et donc les personnes âgées c'est la même chose. Donc y'a de l'affectif qui intervient là dedans. Donc on a du mal à leur faire dire ce qui s'est passé... (Entretien 14)

Peur de l'abandon

Ca m'arrive de temps en temps qu'il se plaigne et puis qu'il dise « surtout vous le dites pas, parce que j'peux pas... » Et ça m'est arrivé, la personne n'est plus là maintenant... « Et vous lui dites rien parce que si elle n'est pas là moi je ne peux rien faire ». (Entretien 13)

Fiabilité de la parole de la victime

- Parole de la victime pouvant toujours être mise en doute.
- Situations de maltraitements imaginées par la victime pour que l'on s'occupe d'elle.
- Suggestibilité importante de certaines personnes âgées avec changement du discours en fonction des différents interlocuteurs.
- Difficultés pour interpréter le témoignage des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs.

Après qui a tort ou qui a raison ? Est-ce que c'est vrai, est ce que ce n'est pas vrai ? On peut déposer une plainte ! « On a fait preuve de violence physique vis-à-vis de ma grand-

mère ou de mon arrière-grand-mère. » *Qui a raison ? Moi c'est ça qui me gêne... (Entretien 2)*

J'veux dire aussi, p't'être se méfier parce que d'avoir qu'un son de cloche, on peut se poser des questions. (Entretien 4)

Sinon, euh, au niveau de la famille des fois c'est un peu plus délicat, j'vous dis, parce que souvent, y'a pas forcément le même son de cloche d'l'autre côté. (Entretien 4)

Besoin d'attention

Des fois savoir raison garder et pas prendre tout pour argent comptant non plus hein. Y'a des personnes âgées, parce qu'elles sont un petit peu perdues ou parce que elles sont en manque d'affection auront tendance à grossir un petit peu ce qu'elles considèrent être la maltraitance pour simplement le fait que les gens ont tout simplement pas forcément toujours le temps. (Entretien 7)

Suggestibilité

Donc la personne âgée va être extrêmement influencée par ce qu'on lui dit. (Entretien 2)

Troubles cognitifs

D'ailleurs, en plus, ce qu'elle pensait est parfois difficile à juger parce que il faut déjà faire une évaluation, je dirais intellectuelle, cognitive de la personne pour savoir si éventuellement il y a une maltraitance ou pas. (Entretien 2)

Parce qu'on est face souvent à des gens qui sont justement avec des troubles. S'ils sont dépendants et qui sont dépendants par rapport à quelque chose et le plus souvent on est quand même dans une dépendance d'ordre cognitive. La valeur de ce que va dire la personne âgée elle est réelle ou pas. Est-ce qu'elle est liée à un fantasme ? Est-ce qu'elle est liée à une analyse de la personne âgée ? La petite tape amicale sur l'épaule de la petite mamie qui

s'appelle Bernadette un matin, qui devient la grande claque dans la figure de Bernadette le soir par l'aide soignante un tel (Entretien 2)

Ben il faut aussi que la personne...soit pas trop perdue, hein, parce si elle est...euh...par exemple pour la maladie d'Alzheimer, y'en a certaines qui ont des épisodes délirants ou de démence et dans ce cas on sait pas trop, à quoi on a à faire...donc y a déjà ça. Le témoignage. (Entretien 4)

Nomadisme médical

-Le médecin généraliste n'est pas toujours au centre de la prise en charge.

-Plus les personnes ont de problèmes, plus elles ont tendance à changer de médecins régulièrement pour éviter qu'on ne remarque ces problèmes

Donc souvent, on voit un petit peu ça, hein, des gens qui nous posent des problèmes, ben ils bougent, parce justement à un moment donné la charge est trop lourde. (Entretien 11)

Décalage entre l'épisode de maltraitance et le témoignage

-Manque de précision du témoignage lorsque celui-ci a lieu beaucoup de temps après l'épisode de maltraitance

Euh...j'veus dis à part pendant des courts séjours des fois à l'hôpital, donc là ensuite on peut pas revenir parce que la personne était sortie, elle savait pas forcément le nom de la personne, ben elle savait pas, ben et puis c'était des pincements (...) sur des personnes, on dit « ben est-ce que vous sauriez la reconnaître ?ben non », voilà. « C'était une aide soignante elle était comment ? » « Ben elle semblait brune... ». Là c'est un peu... (...) Ben, là, pour la personne qui est revenue de l'hôpital qui avait été pincée, comme elle se souvenait... comme elle était incapable de décrire la personne qui lui avait infligé ces sévices, donc on pouvait pas aller plus loin, quoi...hein...Si on pouvait pas reconnaître la personne, ou au moins la décrire,...on peut pas remettre en cause tout le personnel.... (Entretien 4)

3. Limites inhérentes à la famille

Déni de la maltraitance

- Certains familles refusent de voir qu'il existe une maltraitance chez elles.
- Problème des situations chroniques où la maltraitance s'installe insidieusement sur plusieurs années.
- Difficultés pour des parents proches d'accepter qu'un des leurs puisse être maltraitant.
- Tabou familial.

Je pense que ses enfants non plus n'ont pas voulu se rendre compte que c'était elle qui portait toute la charge du couple sur ses épaules et quand il a commencé à être violent et agressif, elle a eu beaucoup de mal à lui dire. (Entretien 10)

Limitation de l'accès au domicile

- Certains familles ferment la porte du domicile au médecin traitant pour ne pas qu'il remarque des situations de maltraitances

Et là on a un accès qui est limité, puisque c'est la famille qui, qui contrôle l'accès et donc... euh... Il y a quelques cas comme ça... (Entretien 11)

4. Limites inhérentes au médecin

Pas de repérage systématisé

- Le médecin généraliste n'utilise pas de protocole préétabli pour repérer la maltraitance.
- Rejet des outils d'aide au repérage

I : Et comment vous, vous repérez des facteurs de risques ou des signes de maltraitance dans votre population de personnes âgées ? M: Je suis pas trop grille... (Entretien 5)

**Evaluation des situations
de façon intuitive**

-Importance du ressenti personnel dans l'identification des situations à risque de maltraitance

-Croyance que le médecin connaît suffisamment ses patients pour repérer une maltraitance si elle se présente.

-Importance de la composante émotionnelle pour le médecin généraliste.

On sent qu'il y a des tensions, qu'il y a de la souffrance (Entretien 1)

J'ai l'impression qu'il n'y a pas de souci (Entretien 1)

Moi j'ai l'impression que dans ma clientèle, je suis jamais, en tout cas j'ai jamais observé, ou alors je suis passée à côté, mais je, voilà je n'ai jamais rien observé par rapport à cela. (Entretien 1)

J'ai un cas de maltraitance où il y a eu quand même une plainte de déposée par la famille et j'ai le sentiment que c'est quelque chose qui a été un peu monté de toute pièce... .. j'ai l'impression qu'on a dit à la personne âgée, qui ne se rendait pas compte de ce qu'elle disait, on lui a dit ce qu'il fallait dire, et non pas ce qu'elle pensait. (Entretien 2)

Ben c'est un petit peu au jugé, encore une fois c'est le côté humain qui...(Entretien 5)

J'ai pas eu vraiment direct, en direct euh, à faire à un cas de maltraitance avérée, directement mais j'ai, euh, quelquefois par, euh, le discours, euh, on peut pressentir quelque chose. (...) Est-ce que c'est pas un manque de détection ? Je sais pas. Je, j'ai pas pressenti les choses mais, franchement non, parmi mais, bon j'en ai très très peu, parmi mes mes, mes grabataires. J'ai pas trop le sentiment. (Entretien 6)

Enfin peut être, mais je pense quand même qu'un généraliste connaît assez bien ses patients, et on sent quand même si ça se passe mal à la maison, hein, ça c'est certain, hein. (Entretien 10)

Pas une priorité

-Manque d'intérêt de certains médecins sur la problématique de la maltraitance.

-Le médecin généraliste ne serait pas la personne la mieux placée pour s'occuper des cas de maltraitance.

-Intérêt pour le sujet mais pas prioritaire pour le généraliste.

Je ne pense pas que ce soit mon rôle. Je ne vois pas comment, pourquoi notre premier souci serait de repérer des signes de maltraitance. Je ne sais pas. (Entretien 2)

Par exemple pour moi pour le moment, compte tenu de ma patientèle, c'est pas une priorité. Je pense que je suis en alerte, mais c'est pas une priorité. (Entretien 7)

Alors en matière de maltraitance, c'est pas évident, parce que, euh, théoriquement, effectivement, on devrait être très sensibles à ce sujet là, et en pratique courante, euh... (Entretien 11)

C'est plus mon rôle, c'est pas d'être policier. J pense qu'il y a des gens qui sont plus doués que moi pour ça. (Entretien 14)

I : Vous avez déjà vu passer des formations là-dessus ? M : Oui, surement... Mais ça ne m'a pas accroché. (Entretien 14)

Pas un diagnostic de première intention

-Devant une blessure physique, le médecin généraliste n'a pas tendance à évoquer la maltraitance comme cause principale tout de suite.

On, on voit pas arriver les personnes âgées, euh, avec un col du fémur, en se demandant s'ils ont été poussés dans les escaliers, quoi, la plupart du temps, euh, on a une explication bête et simple, c'est le tapis, c'est l'escalier, oui mais, voilà quoi, c'est une maladresse. (Entretien 10)

Manque de temps

- Le repérage demande beaucoup de temps et le médecin généraliste est toujours pressé du fait de sa charge de travail.
- Le généraliste n'est pas présent tout le temps au domicile du patient et ne peut pas tout voir.

Euh, psychologiquement, c'est peut-être plus difficile parce que quand on va à domicile ou que l'on reçoit des patients ici, ben je veux dire ici, c'est 20 minutes de consultation, pendant lesquelles y'a peut-être un « petit moment » 5 minutes donc c'est pas toujours évident. Je pense que c'est quelquefois un peu le manque de temps aussi... (Entretien 6)

C'est vrai que, euh, ben même quand, par exemple, je vois en visite on est toujours pris par le temps aussi donc, euh... (Entretien 7)

Ça, c'est pas très facile, parce que pour le mettre en évidence, faudrait être là tout le temps, et bon... (Entretien 10)

Déni

- Un des généralistes interrogés refuse tout simplement de reconnaître l'existence de la maltraitance.

Qu'est ce que c'est la maltraitance dans les EHPAD ? Soit c'est une maltraitance qui peut venir du personnel dans les EHPAD. Moi je ne partage pas beaucoup cet avis là. Je défendrais plutôt le personnel, (...) Donc la maltraitance... moi je ne suis pas entièrement convaincu de ça. (Entretien 2)

I : Et vous dans votre pratique, vous avez pu rencontrer des cas ? M : Des cas de quoi ? (Entretien 2)

Ben moi je pense que c'est surtout, bon il peut y avoir une maltraitance physique, c'est vrai... une maltraitance physique j'ai un petit peu du mal à le concevoir par des traces physiques. Bon moi je veux bien, mais là je pense qu'on va déjà un peu loin. (Entretien 2)

J'ai un peu du mal à comprendre ou à imaginer qu'il peut y avoir du personnel qui bon véritablement ou dire maltraiter les personnes âgées... (Entretien 2)

Mais est-ce que...moi je suis très surpris, parce que je trouve qu'on en parle beaucoup...surtout de ces histoires de maltraitances en EHPAD...et je suis très étonné qu'on en parle beaucoup et concrètement est-ce que c'est une grande réalité ? ; Moi je suis quand même très étonné, parce qu'on parle d'un sujet, j'ai l'impression qu'on parle d'un mouton à cinq pattes !!! (Entretien 2)

La maltraitance, « pas chez moi ! »

-Malgré la reconnaissance de l'existence de la maltraitance comme une réalité clinique, de nombreux généralistes ne l'identifient pas au sein de leur propre patientèle.

-Sentiment que la maltraitance existe mais seulement « chez les autres ».

Dans les maisons de retraite où je vais, j'ai l'impression qu'il n'y a pas de souci. (Entretien 1)

Moi j'ai l'impression que dans ma clientèle, je suis jamais, en tout cas j'ai jamais observé, ou alors je suis passée à côté, mais je, voilà je n'ai jamais rien observé par rapport à cela. (Entretien 1)

Moi je suis surtout confronté le plus souvent à l'isolement, la solitude. (Entretien 2)

Comme il faut être en alerte, euh, par rapport à tellement de choses, qu'on y pense pas forcément, hein « Tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil. » (Entretien 7)

Je pense que dès qu'on va aller, euh, je vous dis vers le, le contexte un petit peu général au niveau de la société c'est beaucoup plus important. (Entretien 7)

En tout cas moi, dans mon établissement, dans mon établissement et pour ma part dans ma, dans mon expérience personnelle je vous dis j'ai pas, j'ai pas vraiment relevé de, de cas évidents de maltraitance. (Entretien 9)

Ici à L. c'est quand même un village privilégié, hein donc, voilà, donc on n'est pas quand même dans la même structure de population, bon, hein, que, que le commun des, des villages autour de N. ou même que N. même. C'est un village où le PIB par habitant est élevé, donc on n'a pas trop de problèmes, euh, même si ça arrive. Donc, dans le cadre de la prise en charge de personnes dépendantes qui pourraient faire l'objet de maltraitance, je ne suis pas forcément le mieux placé, bien que ma clientèle soit structurée sur un échantillonnage de personnes âgées... (Entretien 11)

Ici on vit dans une zone un peu protégée, hein, je ne suis pas du tout sûr que mon secteur ici soit le reflet de ce qui se passe au niveau national. (Entretien 14)

Manque de connaissances

-Certains généralistes reconnaissent qu'ils n'ont pas pu identifier certaines situations de maltraitance par manque de connaissances.

Et je donnais de temps en temps un coup de main chez ce couple de personnes âgées et chaque fois que j'allais chez eux, c'est, c'est, il y avait une odeur, de, de suie, de poussière, viciée quoi, et la personne elle était, la personne était installée là, donc je suis sûr que, si on avait dosé le CO dans la pièce, et ça je n'avais pas, je n'avais pas la formation pour le faire, bien qu'étudiant en médecine, je n'avais pas, je n'avais pas la compétence. Je n'avais pas la compétence d'où, ben, c'est une maltraitance, une forme de maltraitance, inconsciente (Entretien 8)

L'épuisement du médecin

-Pour certains, le fait d'être fatigué psychologiquement ou physiquement constitue une limite au repérage.

-S'il est épuisé, le médecin sera moins attentif à la souffrance de ses patients.

Parce que même moi, j pense qu'il y a un moment où j'aurais pu, et là je me remets en cause, et j pense qu'il faut le faire de temps en temps, j'aurais pu être passé à côté de certains problèmes, parce que j'en... je pouvais plus les écouter. C'était plus possible... Le monsieur se plaignait pas trop, Madame se plaignait tout le temps, et on sentait bien que quand on fermait la porte il devait se passer, peut être, des choses pas faciles, sans pour autant voir des signes de traumatismes physiques, mais moralement je pense que oui, ça devait être... (Entretien 10)

Ca veut dire que nous maintenant le problème, c'est plus de savoir si on va gagner de l'argent, c'est de savoir, euh, quand est-ce qu'on peut gagner du temps de repos, hein, c'est plutôt ça le problème. (...)Et donc à un moment donné, euh, et ben on peut plus, hein, physiquement on peut plus donc on sera pas bon du tout, on sera pas, on sera pas clair et on n'aura pas le temps et quand il y aura une situation un peu compliquée qui se présentera, on sera pas à même de de s'en occuper... (Entretien 11)

Banalisation de la maltraitance

- Certaines maltraitances du quotidien peuvent être négligées par le médecin.

-Gradation dans la sévérité des maltraitances variable selon les médecins (on revient alors à la subjectivité de la définition déjà évoquée.)

Ou bien le fait de n'p't'être pas les aider certaines fois, de ne pas les aider assez à manger, quand ils ne se débrouillent pas trop... ou s'énerver après à certains moments tout simplement. On devrait, bon y'en a qui sont très énervant mais bon (rire). C'est des petites choses en général. Je n'ai pas remarqué de gros problèmes.

Ça faut le reconnaître mais donc, ça va être, euh, souvent, euh, des reproches, euh, sur bon, peut-être l'état de la toilette enfin peut-être pas la toilette mais l'état d'habillement, ou le fait que le résident ne soit pas sorti, ou le fait que, euh, le rendez-vous, un rendez-vous a été décalé. Pas, pas des choses si importantes que ça. (Entretien 9)

5. Synthèse

De nombreuses limites empêchent le repérage de la maltraitance et des situations à risque de maltraitance.

Il semblerait d'après les médecins généralistes que la maltraitance serait plus difficilement repérable au domicile du patient qu'en institution.

Les signes physiques et psychologiques de maltraitements sont frustes chez la personne âgée. De plus la victime âgée s'exprime plus difficilement et son discours n'est pas toujours fiable ce qui rend le repérage difficile au sein de cette population.

La famille peut également empêcher le repérage en limitant l'accès au domicile ou en refusant de reconnaître la réalité d'une situation de maltraitance.

Pour leur part, les médecins généralistes éprouvent des difficultés à repérer la maltraitance car ils n'effectuent pas de repérage systématique, ne considèrent pas la maltraitance comme une priorité, manquent souvent de temps et de connaissances sur le sujet ou vivent dans le déni de l'existence de la maltraitance.

IV. Comportement du médecin généraliste face au problème de la maltraitance

Cette partie traite du mode d'action du médecin généraliste dans sa prise en charge des situations de maltraitance. On s'intéressera tout d'abord aux modalités de cette prise en charge. On verra alors qu'il fait souvent appel à d'autres intervenants pour l'aider et que protéger la victime est une de ses priorités. Ensuite, on analysera son attitude face à ces situations qui varie en fonction des médecins rencontrés.

1. Modalités de prise en charge de la maltraitance par le médecin généraliste

a. Les différents acteurs de la prise en charge de la maltraitance

Une prise en charge pluridisciplinaire

- Le médecin généraliste ne reste pas seul quand il est confronté à une situation de maltraitance.
- Il fait appel à d'autres intervenants comme les services sociaux, les aides à domicile...
- Besoin d'échanger avec d'autres personnes pour prendre la meilleure décision possible pour son patient.
- Dans des situations difficiles, besoin d'un relai pour éviter l'épuisement.

Après, c'est des solutions, pluridisciplinaires, hein, euh, entre les services sociaux, médicaux, euh... (Entretien 10)

Je pense qu'il faut pas rester, euh... Je pense que le maître mot c'est pas rester, euh, isolé. Je pense qu'il faut pas... (...) Comme on dit dans «deux têtes il y en a plus que dans une. » (Entretien 6)

C'est toujours plus simple de faire intervenir un, un organisme extérieur et quelqu'un qui est du, du milieu extérieur c'est sûr, que de faire le signalement direct. C'est, c'est plus simple. (Entretien 7)

Donc voilà, ça s'est terminé comme ça, j'ai conseillé aux personnes de voir quelqu'un d'autre. Il faut savoir à un moment aussi passer la main... On peut pas aider tout le monde comme on voudrait, quoi... (Entretien 10)

**Rôle central de
l'assistante sociale**

- L'assistante sociale est un interlocuteur privilégié du médecin généraliste dans la gestion des situations de maltraitance.
- Souvent, le signalement est effectué par l'intermédiaire de l'assistante sociale.

Je signale à l'assistante sociale qui peut faire un lien et faire une enquête sociale et puis elle après éventuellement transmet au Juge (...) Oui, voilà après, pour moi c'est ça, c'est l'assistante sociale et je passe la main et puis elle démêle un peu le problème. (Entretien 1)

Ben on a l'assistante sociale qui intervient ici... (Entretien 5)

C'est l'assistante sociale qui avait fait le signalement. (Entretien 7)

Je travaille relativement facilement avec l'assistante sociale soit du secteur ici soit du secteur de J. pour des patient qui sont là, et ça se passe relativement bien à partir du moment où il, il faut bien expliquer les choses et puis tout le monde y va un petit peu à, à pas comptés effectivement. Puis, si jamais on fait intervenir l'assistante sociale, souvent ça suffit à, à mettre automatiquement en alerte les gens qui commençaient à profiter un petit peu et à être maltraitants et ils ont un phénomène de, tout de suite de défiance et ils reviennent dans les parties plus correctes, quoi hein, en disant bien : « On n'est pas dupe, attention.» Donc voilà. (Entretien 7)

Mise en place d'aides à domicile

- La mise en place d'aides à domicile peut être un moyen de prévenir ou de faire cesser une situation de maltraitance en renforçant le passage de personnes extérieures au domicile du patient.

Après, nous on se débrouille avec les maisons de repos par exemple, on va proposer soit une aide à domicile, à condition que les gens acceptent, sinon, soit l'hospitalisation (Entretien 1)

Et puis autrement ben y'avait souvent mise en place par l'intermédiaire des associations ou carrément au niveau du, du bureau d'aide sociale, de, d'aides à domicile par rapport au, soit à la MDPH soit, donc avec des aides-soignants qui viennent faire la toilette, des aides à domicile... (Entretien 7)

Soit on propose d'augmenter les aides extérieures... (Entretien 13)

Les intervenants à domicile comme relais dans l'identification et la prise en charge des maltraitances

-Les intervenants à domicile connaissent bien le patient, interviennent au quotidien et sont susceptibles de repérer des situations de maltraitance.

-Signalement par l'intermédiaire des intervenants à domicile.

Les intervenants qui viennent au quotidien sont des fois même, sont des fois des confidents aussi, hein. (Entretien 7)

Et cette dame, ergothérapeute donc, m'a téléphoné, en me disant qu'elle avait été témoin d'une, d'une agression, perpétrée par sa fille, qui était là, qui était un peu énervée, et qui est un peu chaude par moments. (Entretien 14)

Mise en place d'une HAD

- Sur le même modèle que les aides à domicile, une Hospitalisation à Domicile (HAD) peut servir de relai avant d'hospitaliser un patient maltraité.

Et, euh, bon, on va les soulager la plupart du temps aussi par l'intermédiaire d'une hospit, d'une hospitalisation à domicile.

Recadrer les familles

- Dans certaines situations de maltraitements créées par un environnement inadapté, un recadrage de la famille avec informations sur les attitudes à changer peut suffire à améliorer la situation.

J'ai simplement, euh, précisé à la famille, enfin j'ai été assez directif, hein, quand j'avais des situations, pour que les choses s'améliorent au niveau des patients. (Entretien 11)

Utilisation des structures spécialisées locales

- Besoin de faire appel à des structures spécialisées dans la maltraitance pour obtenir des informations complémentaires sur la conduite à tenir

Alors, euh, je sais qu'il y a un organisme d'aide aux victimes sur M. hum... j'ai déjà envoyé quelques personnes... (Entretien 4)

Je vous avais dit que j'appellerais la DVIS, je pense qu'ils pourraient me renseigner, me dire ce qu'il y a. (Entretien 13)

Intervention de la mairie

- Dans certaines situations de négligences extrêmes avec problèmes d'hygiène en découlant, la mairie peut intervenir au domicile du patient par l'intermédiaire des services sanitaires.

Mais là, on intervient, j'dirais, au niveau d'un village, c'est presque local. On fait intervenir la mairie, le maire qui connaît tout le monde peut intervenir directement, les

services sanitaires sont intervenus sur demande du maire, ensuite, on a fait comprendre à la personne que c'était mieux, qu'à un moment, elle s'en aille en institution. (Entretien 11)

Transmission à la hiérarchie

- Quand elle survient en institution ou au sein d'une équipe de soins à domicile, la maltraitance peut être signalée au supérieur hiérarchique pour faire changer les choses

Si ça vient d'un problème de personnel, ben il faut en faire part donc au supérieur pour que ça rentre dans l'ordre, hein (...) Des fois il suffit d'apaiser un petit peu les choses...j'veux dire en maison de retraite en parler au supérieur du personnel pour que les choses rentrent dans l'ordre. (Entretien 4)

Quand c'est des maltraitances par du personnel qui vient, parce que ça arrive, hein. Bon ben là il faut pas hésiter à signaler à, à la structure qui, qui gère, puis après ils changent un peu, parce que des fois c'est simplement des incompatibilités, hein. (Entretien 7)

Euh... Quand c'était en établissements, c'était directement, euh aux cadres, ou à la direction. (Entretien 11)

b. Protection de la personne âgée dépendante maltraitée

Hospitalisation

-Certains formes de maltraitances imposent de couper la personne âgée de son milieu de vie habituel pour faire cesser la maltraitance.
-L'hospitalisation est un temps privilégié pour faire le point sur une situation délicate.
-Elle permet d'avoir d'avantage de temps qu'au domicile et de faire intervenir des personnes spécialisées (gériatres, assistante sociale...)

Oui, je pense en cas de crise, c'est bien d'hospitaliser les personnes. (Entretien 1)

Ben après c'est vrai que l'hospitalisation des fois et malgré tout, quand elle est utilisée à bon escient un bon démarrage parce que... (Entretien 5)

Depuis cette personne âgée a été hospitalisée à C., parce que la personne âgée est un petit peu autoritaire et agressive. (Entretien 14)

Alors je pense que la première chose, c'est comme pour les enfants, c'est d'hospitaliser la personne. Pour faire un bilan déjà de son état et puis pour justement, ben faire cesser la maltraitance, et puis trouver une solution. (Entretien 10)

Mise en place d'une mesure de protection

- La mise sous tutelle ou curatelle est une solution pour mettre fin à une situation de maltraitance financière.

Oui, ben j'avais fait venir le justement, l'assistante sociale dans le cas là et puis une mise sous tutelle, pour pouvoir justement sortir de ce contexte là (Entretien 7)

Et puis bon ben après il y a des services de tutelle, on peut alerter quand il y a, quand y'a un problème, ce n'est pas toujours facile mais on a un devoir moral de le faire. (Entretien 3)

J'ai donc dû passer je sais pas, je mens pas, je suis pas de Marseille, 8 heures au téléphone avec des juges des tutelles, d'accord, pour dénoncer cet état de fait pour mise sous tutelle, pour mise sous protection de justice, voilà. (Entretien 12)

Et c'est là où il y a eu une tutrice et, une tutrice qui a été efficace. (Entretien 12)

A l'époque, avec la mairie, on avait fait intervenir le juge des tutelles, pour la faire mettre en tutelle de façon rapide, quand on a entendu dire que la fille voulait vendre la maison, récupérer l'argent, et puis mettre sa maman adoptive chez elle. (Entretien 14)

Institutionnalisation

- Quand le maintien à domicile n'est vraiment plus souhaitable, une institutionnalisation va permettre de mettre fin à une maltraitance.

Bon, elle a été placée après en maison de retraite et ça été mieux pour elle. (Entretien 3)

J'ai appelé directement la maison C. parce qu'il était déjà sur une liste d'attente. Bon, malheureusement les listes d'attente elles peuvent être des fois assez longues, et en fait ils ont mis je pense le dossier au dessus de la pile, parce que ça devenait vraiment intenable. (Entretien 10)

Soit des systèmes de placement si ce n'est plus possible quoi, parce que... (Entretien 13)

Signalement

- Quand les mesures précédemment décrites ne suffisent pas à faire cesser une maltraitance, un signalement est envisagé.

-Il ne s'agit pas du principal mode d'action du généraliste.

J'ai déjà vu des gens maltraités, j'ai un peu déclenché 1 ou 2 enquêtes. (Entretien 3)

Donc je dis j'ai dû, je pense, sur mes 35 ans faire 3 signalements. (Entretien 3)

Si elle est sociale, on peut pas y faire grand-chose en dehors de la signaler et d'essayer de faire bouger les choses... (Entretien 5)

Çà fait plusieurs fois qu'on reprend l'hôpital de P. sur la qualité de ses services et ce n'est pas suivi d'effets, donc, en passant par différents créneaux, en demandant même pas la CME de l'hôpital d'intervenir, pas d'intervention, donc à un moment donné, procédure. Donc on prévient le juge, et... (Entretien 11)

2. Attitude du médecin dans la prise en charge de la maltraitance

Rôle primordial du médecin généraliste dans la prise en charge de la maltraitance

- La plupart des généralistes interrogés pensent qu'il revient au généraliste d'intervenir dans des situations de maltraitance.

-La maltraitance constitue un problème de santé à part entière qui relève d'une prise en charge médicale.

Moi ça ne me gêne pas de dire non, si vous voulez. On peut, il faut s'affirmer aussi quand on voit qu'ça n'va pas bien. Plutôt que, ça sert à rien de... après vous êtes complice.
(Entretien 3)

Alors moi j'ai une position un peu plus facile maintenant, c'est qu'en tant qu'élue, parce que bon ben je connais le Procureur, je connais le tribunal etc. donc si il y a quelque chose à faire... (Entretien 3)

Alors, bon on doit s'occuper, donc de la santé et du bien être des personnes donc s'il y a maltraitance il faut s'en occuper (Entretien 4)

Ben de nous en occuper, pas forcément... mais on est un intervenant chez ces personnes, alors si on voit une défaillance dans l'entourage, si on voit une personne qui est seule, qui... quelle que soit cette maltraitance, c'est notre rôle de médecin de découvrir et d'essayer de solutionner une souffrance. (Entretien 5)

Ça peut être le rôle de tous, de tous ceux qui interviennent mais c'est pas le rôle d'une personne extérieure du tout, parce qu'elle ne connaît pas le contexte, elle ne va pas connaître l'histoire. Non, c'est aux personnes, aux soignants qui interviennent de... Oui, d'intervenir c'est le cas de le dire. (Entretien 13)

Improvisation

- Pas de conduite à tenir préétablit.
- Le médecin généraliste s'adapte à chaque situation et fait preuve d'inventivité

Bon après voyez, on avance, on tâtonne (Entretien 1)

Mais, en fait on improvise toujours un peu. (Entretien 12)

Diplomatie

- Importance de toujours garder un discours diplomatique avec les aidants.
- Faire avancer les choses avec douceur en essayant de ne pas vexer les aidants.

On n'est jamais incisif. On dit, « il faudrait peut-être envisager, euh... » Je pense que c'est pas, non, c'est pas mal, euh, je pense pas que ça soit mal perçu. Bon ça demande à réflexion. La famille dit : « On va réfléchir, on va attendre, on va... » C'est un peu comme quand on leur dit, euh, de prendre les devants et de faire, euh, de remplir des dossiers pour placer la personne parce que l'on a un délai d'attente. Quelquefois : « Oui mais maintenant elle est encore bien mais... » Bon, on insiste, on renouvelle la demande. Bon ils finissent quand même par le faire... C'est à peu près dans le même ordre d'idée. (Entretien 6)

Il faut y aller avec des... Il faut marcher sur des œufs. (Entretien 13)

Ben, ce qui est difficile, ce sont les habitudes, qui sont bien ancrées, et c'est pas évident de mettre le doigt dessus, euh... trop vite, sans blesser ceux qui les ont prises, et qui, qui n'ont pas les moyens de faire autrement.

Ecoute du patient

- Le médecin doit rester disponible pour son patient et tenir compte de sa volonté.
- Ne pas intervenir à la place du patient mais avec le patient.

Je ne peux que soutenir le patient à prendre sa place et à oser dire ce qui lui convient, ce qui ne lui convient pas. (Entretien 1)

Rester à l'écart

- D'autres médecins ne souhaitent pas s'impliquer dans les histoires de maltraitance.
- Importance de la neutralité du médecin généraliste.
- Opposition du rôle médical et du rôle social.
- Respect de la sphère privée des familles et leurs histoires personnelles.
- En institution, rôle dévolue à la direction et non pas au médecin coordonnateur.

Je m'dis, ce n'est pas à moi de le faire à la fois, hein ... (Entretien 1)

Puis même enfin bref, moi j'ai pas à intervenir là dedans enfin, j'estime que je n'ai pas intervenir dans la vie du patient, dans leur vie de famille (Entretien 1)

La direction est très friande de ce genre de chose, donc avec un protocole juridique extraordinaire, pire que si c'était un tribunal, et ou même voire parfois juge et partie. Donc c'est vrai que moi je reste toujours très... J'ai du mal à prendre une position parce que je ne vois pas les choses de la même façon. (Entretien 2)

Les généralistes, bon ben, ils traitent c'est sur le plan médical. Il a pas à être au milieu de tout ça. (Entretien 9)

3. Synthèse

Le médecin généraliste s'entoure de nombreux autres intervenants pour l'aider dans la prise en charge des situations de maltraitance (assistante sociale, aides à domicile, hospitalisation à domicile, entourage du patient, structures spécialisées...)

La protection de la personne âgée victime de maltraitance peut se faire de différentes façons : hospitalisation, mesures de protections, institutionnalisation...

En cas d'absence d'amélioration malgré ces mesures, le signalement est pour la majorité des médecins le dernier recours.

La plupart des médecins généralistes considèrent que la prise en charge de la maltraitance fait partie de leur rôle. D'autres ne préfèrent pas s'impliquer et différencient le rôle médical du rôle social.

Dans tout les cas, les médecins font preuve d'écoute, de diplomatie et d'un sens de l'improvisation dans la gestion de ces situations délicates.

V. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la prise en charge de la maltraitance

Nous verrons dans la partie suivante que le médecin généraliste rencontre de nombreuses difficultés dans la prise en charge des situations de maltraitance qui sont souvent extrêmement complexes. Nous constaterons qu'il s'implique beaucoup auprès des familles malgré une

méfiance à leur égard. Nous observerons ensuite l'ambivalence de son rôle dans ces situations car il est à la fois le « confident et le dénonciateur ». Viennent s'ajouter à ces difficultés des incertitudes sur la manière d'intervenir. Nous identifierons d'autres problèmes comme le manque d'argent, le manque de temps ou le manque de possibilités d'intervention sur l'environnement du patient qui renforcent ce sentiment d'impuissance.

1. Relation complexe entre le médecin, le patient et sa famille

Bonne connaissance des familles sur la durée

- Rôle de « médecin de famille »
- Connaissance de plusieurs générations.

Après c'est vraiment, oui médecin de famille, et puis on voit, avec un peu la durée, on voit les enfants, les parents, les grands-parents, les grands-mères, les grands-pères qui reviennent un jour en consultation en maison de retraite... (Entretien 1)

Bon moi y'a des gens, je suis à la troisième génération, de connaître les gens, si il y a un problème. On connaît les choses. (Entretien 3)

Relation dépassant le cadre professionnel

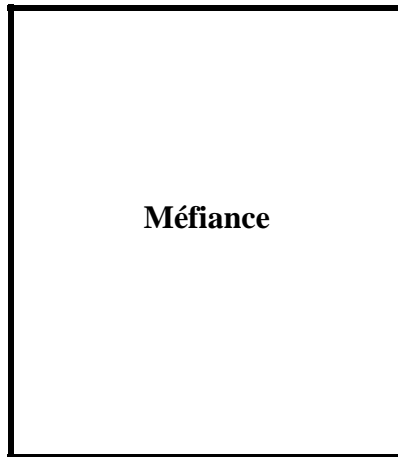
- Le médecin généraliste a tendance à sortir de son rôle purement professionnel et connaît ses patients de façon plus intimiste qu'un spécialiste.
- Problème de manque de distance par rapport à ses patients
- Relations amicales pouvant empêcher une objectivité dans certaines situations.

Ou même nous en tant que médecin, on peut avoir une relation avec nos patients, après ça se mesure en tant que relations humaines, pas obligatoirement purement professionnelles, d'autant plus qu'on est dans une relation quotidienne et donc ça, ça doit être jugé, chaque personne le juge, la personne âgée et le personnel. (...) Cette relation pour moi, elle est

beaucoup plus intimiste, on sort un peu du cadre d'une relation purement professionnelle.

(Entretien 2)

Je connais bien sa fille et bon, j'ai rien dit c'est une copine. (Entretien 3)



- Le médecin traitant reste méfiant avec les familles.
- Attitude très critique concernant le manque d'implication de certaines familles dans la prise en charge de leurs aînés
- Remise en cause de l'intervention des familles au sein des EHPAD.
- Crainte de l'exigence de certaines familles sur les soins à apporter à leurs parents ou grands parents.

C'est extrêmement dangereux parce que les familles pourront profiter de ce droit, et vont profiter de ce droit en faisant croire qu'on ne s'occupe pas de la personne âgée, qu'on ne s'occupe pas de ce qu'elle fait, de ce qu'elle demande. (Entretien 2)

Parce que très souvent aujourd'hui on fait intervenir énormément la famille dans les EHPAD... je ne suis pas certain que ce soit un bien. Et très souvent les cas de maltraitance, ou dit « de maltraitance », vont parfois naître de la famille et non pas de la personne en elle-même. (Entretien 2)

Et il s'agit des familles, il ne faut pas croire que même lorsqu'on est dans un village ou dans une toute petite ville on se dit très souvent que les personnes âgées sont bien entourées, ce n'est pas toujours le cas. Il y a des familles qui sont justement dans cette optique "aujourd'hui on est dans une société qui prend en charge les personnes âgées", donc comme elle prend en charge les personnes âgées moi je m'en décharge. (Entretien 2)

Euh, c'est souvent des détails, qui paraissent importants à la famille, et certaines familles voient souvent un rapport qualité, qualité, euh des prestations par rapport à ce qu'ils payent, qualité/prix. Et donc ils exigent. Les familles sont beaucoup plus exigeantes, euh, elles non

plus ne se mettent pas à la place du personnel soignant quoi. Elles oublient que leurs parents ont des troubles du caractère, des troubles de l'humeur, ont... Ne sont pas faciles à prendre en charge quoi, parce qu'il y a un état fusionnel. (Entretien 9)

Mais il n'y a pas une prise de conscience souvent de la famille de l'état, de, de délabrement enfin de l'état de déficit fonctionnel, de déficit de, des troubles cognito-comportementaux et des, voilà et il n'y a pas une, une prise de conscience suffisamment claire des, des enfants, et, euh, bon, ils ont l'espoir que leurs parents, bon, vont s'améliorer. (Entretien 9)

Histoires familiales complexes

-Le médecin craint de s'immiscer dans des histoires familiales complexes.

-Il ne sait pas comment intervenir quand il s'agit de conflits familiaux anciens.

-Sentiment de ne pas être à sa place, de ne pas maîtriser les différents enjeux présents.

Au niveau affectif

Bon et puis aussi, on intervient dans une histoire de relations avec un père ancien alcoolique, son fils qui n'oublie pas, mais on a toute une histoire derrière, donc ne n'est pas blanc noir en tout cas. (Entretien 1)

Alors du coup on est aussi dans un conflit de personnes où moi j'étais vraiment démunie par rapport à ça... (Entretien 1)

Et c'est vrai que c'est... C'est pas toujours facile, c'est vrai qu'il y a des personnes âgées qui des fois en vieillissant règlent leurs comptes, entre eux, dans le couple hein et puis alors après les enfants, euh, on ne sait pas comment les parents ont élevé les enfants. Alors il y a des enfants qui règlent aussi leurs comptes, mais il ne faut pas franchir la ligne jaune, quoi, c'est tout. (Entretien 3)

Mais après il y a des histoires de jalousies dans la fratrie, ainsi de suite, c'est pas simple et souvent ça peut être la personne âgée qui en fait les frais. (Entretien 3)

Alors quelquefois, ben y'a des, hum, des hésitations parce qu'après on se dit ça va être des conflits familiaux. (Entretien 6)

Voyez y'a aussi déjà des, des conflits intrafamiliaux (Entretien 9)

Alors, on ne sait pas ce qu'il y a derrière. Si y'a des intérêts aussi sous-jacents, si y'a, quels sont les problèmes

Au niveau financier

C'est sûr que ce n'est pas toujours facile si vous voulez, euh, il a souvent des questions d'argent (Entretien 3)

C'est sûr qu'il y a des fois des problèmes financiers, on détourne un peu les comptes etc... (Entretien 3)

Oui, parce qu'au niveau financier par exemple, théoriquement je n'ai rien à voir là dedans, hein, par exemple. (Entretien 7)

Crainte des tensions avec les familles

-Difficulté pour le médecin généraliste d'assumer un conflit avec les familles en cas d'intervention.

Donc à l'époque on l'a fait mettre en tutelle rapidement, ce qui nous a valu également, quelques propos un peu durs de la part des gens... C'est conflictuel après... Après vous êtes sûrs que vous vous faites des ennemis... (Entretien 14)

Crainte de la perte de suivi

- Peur de perdre de vu certains patients en cas d'intervention.
- Difficulté pour le médecin d'accepter d'être mis à l'écart en cas de conflit avec la famille.

Bon après bon. Je pense que sur le plan de la famille, si vous avez mis le doigt où ça fait mal, vous ne les voyez plus, hein mais bon, c'est tout. (Entretien 3)

Et donc si le médecin intervient, et qu'il donne un point de vue à l'un, il est viré. Moi, ça m'est arrivé une fois ça. Et, j'ai même eu une patiente ici... S'immiscer c'est, c'est dangereux, voyez-vous. (Entretien 9)

Crainte des représailles de la part des familles

- En cas de signalement, peur des conséquences avec représailles judiciaires de la part des familles

Mais je crois qu'il faut le faire avec tact et mesure ou surtout le faire avec une très grande prudence. Parce que les familles sont pas toujours très ... (rires) (Entretien 2)

Euh... je dirais oui. Je dirais oui. Ça m'a coûté cher, parce que, j'ai voulu aller jusqu'au bout, et euh...et....la... Je m'suis mis un certain nombre de personnes sur le dos... (Entretien 8)

Ben parce que, après, euh, savoir déjà quand on fait un signalement et qu'on n'est pas sûr, ben ça peut se retourner indirectement contre vous. (...) Surtout que la judiciarisation au niveau médical, elle va de façon exponentielle, hein, on est quand même de plus en plus exposé à toute une série de choses, hein, donc euh... (Entretien 7)

2. Ambivalence du rôle du généraliste

Rôle de confident

- Confiance entre le patient et son médecin qui favorise les confidences.
- Facilité pour le médecin généraliste à connaître des choses du domaine de l'intime de part sa place de confident.

Là, la situation est souvent beaucoup plus difficile, parce que nous on intervient certes en tant que thérapeute, chez la personne âgée mais on intervient aussi en tant que confident... C'est pour ça que je dis que la relation est beaucoup plus... elle n'est pas que professionnelle, pas purement professionnelle (Entretien 2)

Bon, on est quand même amenés à connaître beaucoup de trucs. On a souvent des... des voisins, la famille, ils s'ouvrent comme ça sur le ton de la confiance. (Entretien 14)

Rôle de témoin

- Malgré sa place de confident, le médecin généraliste à l'obligation légale et morale de signaler un cas de maltraitance

En tout les cas, ce qui est clair pour moi, c'est que je dois passer l'info. (Entretien 1)

Ben je crois qu'il faut qu'il fasse les signalements importants... comme la maltraitance chez l'enfant, c'est pareil. (Entretien 3)

Mais on peut pas tout faire non plus, mais au moins être un témoin et pouvoir faire remonter l'information... mais pas forcément jouer non plus le rôle de l'assistante sociale. (Entretien 5)

J'ai certainement un rôle à jouer, parce qu'on est parfois les seuls à rentrer chez les gens. (Entretien 10)

Euh, alerter la famille donc, non, je pense pas que ça soit difficile. Je pense que c'est quand même dans, dans notre devoir de, de, de le faire, hein. (Entretien 6)

Relation forte entre le médecin généraliste et l'équipe soignante en maison de retraite

-La même ambivalence du rôle du généraliste se retrouve en institution où le médecin généraliste est à la fois « juge et partie »

-Il connaît les soignants depuis de nombreuses années et a tissé avec eux des liens amicaux.

-Difficultés pour lui d'accepter que les soignants peuvent devenir maltraitants avec les patients.

-Il travaille lui-même au sein d'une institution qui pour lui ne peut pas être maltraitante (car ce serait accepter que lui-même est maltraitant...)

Ben le ressenti que j'en ai eu moi c'est surtout un ressenti de dénigrement du personnel qui m'a énormément dérangé, parce que moi je leur tire mon chapeau. Je suis désolé... Travailler avec des personnes âgées pendant des années, tous les jours, en faisant un certain nombre de gestes, qui sont des gestes physiques, de la vie quotidienne, c'est pas facile. Alors jeter la pierre au personnel qui s'occupe des personnes âgées, je trouve que c'est un peu trop simple. Voilà, et je serai très clair là-dessus. (Rires) (Entretien 2)

Parce que j'ai un petit peu du mal à concevoir aujourd'hui avec l'évolution par exemple des maisons de retraite et je veux dire, les prises en charge qu'il y a dans les maisons de retraite telles que je les vois du moins, j'ai un peu du mal à comprendre que du personnel qui très souvent travaille depuis de nombreuses années et qui ont donc l'habitude de travailler avec des personnes âgées, j'ai un peu du mal à comprendre ou à imaginer qu'il peut y avoir du personnel qui bon véritablement ou dire... maltraiter les personnes âgées... Moins c'est quelque chose que bon... Je prends beaucoup de recul par rapport à ça. (Entretien 2)

3. Difficultés liées aux modalités d'intervention

a. Quand agir?

Difficultés d'appréciation de la vulnérabilité

-Difficultés pour le médecin de savoir si la personne est capable elle-même d'agir ou s'il faut agir à sa place

Jusqu'où on intervient et jusqu'où on n'a pas à prendre...enfin jusqu'où on a à protéger et jusqu'où la personne est capable elle-même de le faire (Entretien 1)

Autant faire un signalement pour un enfant, on va le faire peut être plus facilement, parce qu'on a conscience que l'enfant doit être protégé, mais c'est vrai que pour un adulte, c'est déjà plus délicat. (Entretien 10)

Manque de preuves

-Certains médecins hésitent à agir quand ils n'ont pas de preuves suffisantes de l'existence d'une maltraitance.

Pas trop...Non je ne suis pas trop intervenu parce que je n'avais pas de preuve tangible, je veux dire, des preuves tangibles de maltraitance, il faut quand même en avoir, je veux dire, juger ou donner le droit à la maltraitance par rapport aux personnes âgées il faut quand même des preuves, des preuves matérielles, ou des preuves morales... ça me paraît tellement difficile. (Entretien 2)

Pour répondre à votre question sur les limites, il faut quand même avoir des arguments solides, hein pour... on peut pas accuser comme ça tout le monde, sur des rumeurs... Et les preuves c'est rare et difficile de les avoir. Donc voilà, faut être sûr de son coup. En sachant que ça va être un truc, une procédure conflictuelle, qu'il faudra des preuves, il faudra pas simplement des on-dit... Et la dame en l'occurrence elle était aphasique suite à un AVC, elle ne pouvait pas s'exprimer. (Entretien 14)

b. Comment agir?

Comment agir en tant que témoin ?

-Manque de connaissance sur la conduite à tenir en cas de maltraitance.

Et puis, nous aussi, face à ça, voyez, on est témoin à un moment donné et puis qu'est ce qu'on fait ? (Entretien 1)

Mais y'a des choses voilà, qu'on se dit, je ne peux pas ne rien faire ne rien dire...et puis en même temps, je suis embarrassée parce que je ne sais pas, comment agir et que faire, surtout qu'il y a quelque chose (Entretien 1)

Quelle attitude adopter ?

-Questionnement sur la façon de réagir face au sujet maltraitant.

Après ce qui est plus difficile c'est comment réagir face à la personne qui est le maltraitant. (Entretien 10)

Peur des conséquences du signalement

- Crainte des généralistes des conséquences négatives d'un signalement sur la vie future du patient et de sa famille.

-Hésitation sur la manière de prendre en charge la maltraitance.

Mais c'est vrai que c'est... qu'il faut faire attention parce que c'est du domaine médical, parce que si on a raison c'est bien, mais si on n'a pas raison ça peut laisser des traces. (Entretien 3)

En pratique cette dame je l'ai fait admettre à la maison de retraite ici, pour séparer les combattants. Mais, faire un signalement, ça veut dire des enquêtes d'assistante sociale, ça veut dire la police, ça veut dire, ça veut dire beaucoup de chose après... Et ce gendre il avait

deux filles qui étaient en bas âge... (...) Donc les limites c'est quand même ensuite, peut-être ne pas faire plus de dégâts qu'on ne peut réparer les problèmes, en faisant intervenir la justice, la gendarmerie, l'assistante sociale et d'ouvrir une enquête qui risque quand même de perturber les enfants, les petits enfants... (Entretien 14)

c. Avec qui agir?

**Déni des difficultés par la
personne âgée**

- Quand la personne âgée elle-même ne reconnaît pas qu'il existe une situation de maltraitance, difficulté pour le médecin de savoir s'il doit intervenir ou pas.

Mais y'a souvent de la part des personnes âgées un déni, un refus et là il est tout seul, pour dire, parler d'une maison de retraite à quelqu'un, c'est pas évident. (Entretien 9)

**Conflit entre la volonté du
patient et les valeurs du
médecin**

- Inadéquation entre ce que le médecin pense être le mieux pour son patient et le souhait du patient.
- Respect de la volonté du patient.
- Différences de point de vu parfois difficile à accepter.

Si on va plus loin, c'est moi qui vais être violente parce que je vais leur proposer une solution, mais c'est pas celle qu'ils veulent. (Entretien 1)

Ben faut p't'être mieux les laisser chez eux et puis c'est tout, on trouve que c'est pas forcément les conditions idéales, mais si c'est ce qu'elle veut pour elle. (Entretien 1)

Je m'suis dis, jusqu'où on va pour le bien de la personne en se disant, mais voilà, on n'est pas dans des conditions, elle est seule, si elle tombe, y'a ceci, y'a cela, mais y'a nos... la difficulté aussi, c'est aussi notre système de valeurs entre le... c'est peut être une autre forme de violence, hein... entre décider, proposer, et là aussi je trouve que c'est quand même pas simple. (Entretien 1)

Donc, on peut bien imaginer qu’c’était pas le modèle de vie que tout le monde aimerait bien, et il était certainement pas bien dans sa peau, hein donc, plus les problèmes physiques qu’il a eu à la fin, donc y’avait des problèmes. Mais, est-ce qu’on aurait du intervenir ? Qui aurait du intervenir et dans quel temps ? Voilà. (Entretien 11)

Après, c’était aussi riche d’enseignements cette histoire, cette vigilance, à ne pas vouloir le bien de l’autre, par rapport à mes propres valeurs à moi. J’veux dire que là, il y a aussi, quand même quelque chose de la vie de l’autre qui ne m’appartient pas. (Entretien 1)

On fait pas le bonheur des gens contre leur gré. Ça c’est difficile aussi. (Entretien 7)

Refus de d’aide du patient

- Certaines personnes âgées se satisfont d’une situation pourtant jugée inacceptable.
- Impossibilité d’intervenir si la personne âgée refuse le changement

Le monsieur n’a jamais voulu aller à l’hôpital, il a toujours refusé d’aller en institution. Il ne voulait pas mettre son fils dehors, j’veux dire à la limite, il aurait pu mettre son fils et sa belle-fille dehors quand même... (Entretien 1)

Ben est-ce que la personne âgée elle-même veut que ça change ?...C’est la première, parce que nous, en tant que soignants, des fois on est pas forcément bien accueillis... (Entretien 5)

Effectivement, aujourd’hui, je crois que les gens ne sont pas encore habitués à avoir besoin d’aides à domicile, c’est encore vécu, pour la plupart, comme précipité je pense, ou alors on a peur de faire rentrer à la maison un étranger à la maison qui va se mêler justement de tout ça, donc c’est un petit peu un voyeur et un petit peu aussi un espion, donc je pense que c’est des fois difficile de convaincre de la nécessité d’une aide, mais même pour le ménage, tout simplement. (Entretien 10)

Refus d'aide des familles

- Difficultés pour les familles d'accepter une aide extérieure.
- Intervention de personnes étrangères pas toujours bien vécue.

Mais on se heurte aussi un peu, euh... Il faut que les familles acceptent une aide extérieure plus importante par exemple, euh... et ça c'est pas forcément toujours évident.

(Entretien 1)

Mais, euh, c'est peut-être, c'est peut-être plus difficile quelquefois à domicile. Pourquoi, parce que l'aidant ou le conjoint est âgé, donc lui il prend pas conscience qu'il s'est dégradé, pas autant que son époux ou que son épouse, hein, euh et que la prise en charge n'est pas régulière, quoi. Quand il y a des intervenants, c'est pas toujours à un horaire précis, c'est pas toujours la même personne, ça les gêne beaucoup. (Entretien 9)

Vous allez avoir un aidant, qui refuse. C'est moi qui prend en charge ma partenaire, ma compagne, ainsi de suite, je suis capable de, ainsi de suite... Et ça c'est très difficile parce qu'il y a un refus des aides. (Entretien 9)

Peur de l'institutionnalisation

- Les familles ou le patient lui-même ont parfois peur des conséquences d'une institutionnalisation.
- Mauvaise image des maisons de retraite.

La limite c'est aussi l'entourage qui pense bien faire en gardant... j'ai un cas là, ils disent « pas question, pas question » donc j'essaye toujours de leur dire « ben ça serait bien quand même...vous savez...elle serait moins seule, elle aurait des activités... » Mais non c'est...non, un dogme. (Entretien 5)

Les prises en charges des personnes âgées dans les EHPAD, euh, on a quand même souvent des, des remarques, euh, négatives des familles, hein. (Entretien 6)

Y'a beaucoup de gens qui ont peur de la mise en institution, hein, donc qui préfèrent se retrouver dans une situation à la maison qui n'est pas satisfaisante mais c'est toujours quelque chose quand même qu'ils connaissent un peu, alors que la peur de l'inconnu de l'institution et de tout de qu'on peut, qu'on peut entendre. (Entretien 7)

Ambivalence du patient

- Difficultés pour le patient de prendre une décision
- Le patient se retrouve partagé entre son envie de changer les choses et la peur du changement.

Et puis, il y a quelquefois, surtout de la part des personnes âgées quelque chose que je sens un peu, enfin, que j'interprète comme de l'ambivalence, c'est-à-dire qu'à la fois ça va pas, c'est difficile et puis en même temps, quand il s'agit de dire, on prend acte, ça c'est quand même pas normal, on peut dire que moi je vais soutenir la parole qui est dite, donc qu'est ce qu'on fait avec ça ? Alors là, rien ne va plus quoi. Surtout faut rien changer, faut rien dire. (Entretien 1)

Mais après, je pense à ce monsieur hémiparétique avec sa belle fille, il n'était pas bien, il était en colère contre elle, mais de toute façon, il ne voulait pas, on peut le comprendre, il ne voulait pas non plus quitter sa maison (Entretien 1)

4. Difficultés liées à l'argent

Qualité de la prise en charge dépendante des ressources financières

- Coût important d'une institutionnalisation pour certaines familles.
- Accumulation de problèmes dans les milieux pauvres
- La personne âgée devient un poids supplémentaire quand les familles manquent de ressources financières.

Mais des fois y'a des familles, quand les retraites ne sont pas suffisantes et qu'elles ne veulent pas payer les laissent quand même à la maison (...) Mais euh, alors après j'vous dis des fois, la famille sait qu'ils sont en situation de danger à la maison mais pour pas payer, voilà, on reste à la maison. (Entretien 3)

Mais bon, quand la misère sociale est là c'est difficile... (Entretien 5)

Et euh, au niveau des familles, ben oui tant que ça peut rester comme ça, ça reste comme ça quoi, donc, euh, quitte à prendre des risques mais, euh, c'est, ça peut devenir une charge importante pour les familles, puisque dès que vous êtes en institution ça coûte. (Entretien 7)

L'écueil c'est l'argent voila, et qui retombe, qui rejaillit sur les petits enfants ou sur les enfants si y'a pas les moyens les petits enfants et ça c'est quand même dramatique quand même parce que ces jeunes ils ont besoin de vivre aussi. (Entretien 9)

Y'a aussi des gens qui n'ont pas les moyens hein, de prendre en charge. (Entretien 11)

Quand ils passent en institution, ça va mieux, mais, parce que souvent justement là, là on revient dans un univers un peu, un peu normal, mais comme ces barrières sont financières, ben quand il n'y a plus d'argent ben les gens sont renvoyés de nouveau à domicile. En général ça s'est pas bien passé. (Entretien 11)

Et y'a la barrière pécuniaire souvent qui, qui rentre en ligne de compte. (Entretien 13)

5. Difficultés liées au manque de temps

Manque de temps du médecin

- Le médecin généraliste est souvent débordé et ne peut pas consacrer beaucoup de temps à gérer des situations complexes comme celles de maltraitance.
- Epuisement du médecin généraliste
- Multiplicité des rôles du médecin généraliste difficiles à concilier.

On ne peut pas être partout, hein... (Entretien 3)

Je peux pas tout faire et voilà, et j'essaye de mettre mon énergie mais je vais pas m'épuiser. Je pense qu'il faut pas s'épuiser non plus. (Entretien 5)

Nous on peut arriver avec notre sacoche, et puis commencer à juger, hein, mais on n'a pas le temps de faire plus ! Donc on donne, nos directives. On envoie tout le monde, vous vous allez à l'hôpital, vous vous restez dans votre coin à déprimer, je vous prescris, prescris ce qu'il faut pour euh, pour que vous dormiez en paix et le plus vite possible, et puis voilà... (Entretien 8)

Lui, il ne peut pas, il n'a pas le temps d'appeler à droite, s'il veut un hébergement temporaire, d'appeler par exemple cinq maisons de retraite. (Entretien 9)

On a des limites et puis donc, les patients qui demandent parfois p't'être plus, de, euh, de prise en charge, et on n'a pas le temps, on n'a pas le temps, donc, nous même on commet certainement des, des erreurs à ce sujet là. (Entretien 11)

Mais vous savez, le médecin généraliste il a tellement de trucs sur le dos... que...j'veux bien, mais il me faudrait dix vies, des journées de 40 heures et des semaines de dix jours pour faire tout ce qu'on me demande. (Entretien 14)

Manque de temps des familles

.-Difficultés pour les familles à se rendre disponible pour leurs aînés.

Ben le temps que peuvent avoir les familles...Et puis ils veulent pas trop...En fait ils nous appellent et puis après quand on propose des solutions, c'est pas ce qu'ils attendent...

(Entretien 5)

Manque de temps des soignants

.
- Limitation du nombre d'heures des aides à domicile.
-Personnel à domicile souvent pressé et ne pouvant pas passer beaucoup de temps avec les personnes âgées.

Et euh, quand on essaie de les garder à la maison c'est pareil aussi, ça devient très vite difficile parce que vous avez des gens qui interviennent de façon ponctuelle et qui peuvent pas faire plus que ce qu'ils peuvent faire avec un nombre d'heures qui est limité.

Que la personne qui vient faire le ménage bon ben, qu'elle ait le temps en le faisant qu'elle ne soit pas chronométrée « il faut cinq minutes pour faire ça », qu'elle ait le temps de discuter un tout petit peu avec la personne. L'aide soignante qui donne la douche, qu'elle ne soit pas en train de bousculer la personne « dépêchez-vous, dépêchez-vous... » (Entretien 13)

6. Difficultés liées à l'environnement

a. Personnel

Manque d'implication des familles
--

- Certains familles refusent de s'impliquer dans la prise en charge de la personne âgée.
- Elles voudraient que le médecin gère seul le problème.

La difficulté c'est toujours la famille et et l'importance qu'elle donne... Il faudrait que nous on règle les choses, hein...voilà...alors que voilà globalement elles sont autant voire plus partie prenante que nous... (Entretien 5)

A la limite les familles ils se désintéressent, ils se désintéressent, ils se disent : « C'est pas mon problème. » Alors, je dis : « Si c'est votre problème. » « Oui, mais, euh, bon on verra ça. » Donc les familles ben soit ils, ils s'impliquent, soit ils s'impliquent pas. (Entretien 7)

Limite de l'intervention dans un contexte socio-familial donné

- Tenir compte de l'environnement dans la prise en charge des patients maltraités.
- Médecin peu formé à cet accompagnement médico-psycho-social.

La grande question, c'est que le malade n'est pas tout seul, et le malade est dans un milieu, dans une famille, dans un quartier... (Entretien 8)

On n'est plus dans le rôle traditionnel, hein donc, d'accompagnant du patient, on est accompagnant du patient et de l'environnement qui va avec, et, c'est plus la famille directement. (Entretien 11)

Difficultés à se dégager de la singularité de chaque situation

-Pas de ligne de conduite précise concernant la prise en charge de l'humain.

-Difficulté pour le médecin de considérer la maltraitance comme une entité singulière.

Et puis que c'est quelque chose qui fait partie de la relation humaine et je trouve que régir des textes de loi continuellement sur les relations humaines, on en sort plus...hein... Ça s'adresse très bien sur une population dans son ensemble, sur des statistiques, mais faut pas oublier qu'on travaille avec des personnes et non pas avec un groupe. (Entretien 2)

Manque de formation des aidants

-Le manque de formation des aidants est une cause d'apparition de maltraitance.

Çà peut être effectivement, la part des aidants aussi, euh, peut-être un manque de formation et donc des réponses inappropriées j' pense, voilà, donc euh... des réponses inappropriées aux besoins. (Entretien 11)

b. Institutionnel

Manque d'investissement des soignants.

-Certains soignants n'assurent pas leur rôle auprès des personnes âgées dépendantes et peuvent être responsables de maltraitances

-Pas de moyen pour le généraliste d'agir à ce niveau

Ben, c'est toujours pareil quoi, on trouve de tout, des gens qui sont hyper dévoués et puis d'autres qui manifestement font ça pour gagner leur vie, qui n'ont absolument aucune envie de, de s'investir plus et donc qui sont même parfois désagréables avec les gens en vulnérabilité. (Entretien 7)

Attitudes inadaptées des soignants

- Une mauvaise attitude du soignant peut entraîner une violence de la part de la personne âgée et une souffrance des deux côtés.
- Manque de disponibilité pour les patients de certains soignants ce qui peut entraîner une situation de négligence.

Ça veut dire qu'il y a quelque chose qui n'est pas adapté à un moment donné, ce qui fait que la personne âgée réagit par la violence et puis le personnel, la personne, elle était aussi choquée, enfin... on a deux personnes qui sont choquées.... (Entretien 1)

On en revient toujours à la même chose, moi je pense que, que ça a été, euh, comment dirais-je c'est, euh, interprété comme étant un manque de temps, euh, un manque de temps mais quelquefois on a des remarques aussi... Oh, ben oui la grand-mère n'a pas été changée et pourtant quand je suis passée elles étaient en train de boire le café et euh, papoter, euh, dans la salle de, de soin ou dans la salle de repos, quoi. Donc, euh, du coup on a du mal à savoir si c'est vraiment un manque de temps réel ou si c'est un manque de temps que le personnel n'accorde pas quoi. (Entretien 6)

Manque de formation des soignants

- Certaines situations de maltraitance sont en lien avec le manque de formation du personnel soignant.

Donc, euh, de la négligence, euh, c'est peut-être une méconnaissance, c'est un manque de formation, euh, c'est voilà au niveau du personnel soignant. (Entretien 9)

Opposition supposée entre intérêts de l'institution et intérêts du patient

- Contradiction pour certains médecins généralistes entre vision des professionnels et celle des patients et de leur famille.

On a le parti si on est dans une institution, on a le parti de la maison de retraite, de la direction, du personnel et on a le parti de la personne âgée et souvent de la famille. Deux

partis totalement opposés, qui ne vivent pas du tout les mêmes choses et dont le problème principal qui se situe au milieu est la personne âgée. (Entretien 2)

Accès à l'institution difficile

- Manque de place en institution.
- Coût important d'une institutionnalisation

Le problème de l'accès à l'institution. J'ai une patiente là, je sais que si il fallait la mettre en institution je ne sais pas par quel moyen parce qu'ils n'ont pas d'argent, ils n'ont rien, le minimum vieillesse, voilà. (Entretien 5)

Pour la placer, on ne peut pas placer parce que ça nécessite une structure médicalisée lourde et que finalement il y en a très très peu avec des délais d'attente qui sont énormes. (Entretien 7)

Et finalement, moi j'ai envoyé quelqu'un dans une unité de renforcement spécialisé. Quelqu'un qui était valide. Au bout de trois mois, il était pas valide mais y'avait pas de place, donc au bout de trois mois quelqu'un vient, ah ben non il est pas valide donc on peut pas le prendre donc c'est quelqu'un qui est agressif qui reste dans l'EHPAD. (Entretien 9)

En fait, il y a aussi la carence des structures, je pense, sociales, hein donc, aussi, qui, qui est évidente. (Entretien 11)

Maltraitance institutionnelle

- L'organisation des institutions crée en elle-même des situations maltraitantes.
- Le manque de personnel et les horaires imposés peuvent favoriser l'émergence de maltraitances involontaires.

Quand on allait la voir, les voir toutes alignées dans le couloir pendant 3 h entre 2 h et 4 h 30 quand c'est l'heure du goûter, euh, c'est déjà une forme de maltraitance, hein. Vous avez vraiment l'impression qu'on, qu'on les sort pour qu'ils sentent un peu moins le renfermé, on

les met, il n'y a aucun échange, rien. Et puis après, on les remet dans les chambres, on les couche et c'est fini. C'est une forme de maltraitance! (Entretien 7)

La maltraitance elle peut être « institutionnalisée » et j'insiste sur le mot. (Entretien 12)

Je pense que dans votre partie de votre enquête il faudra dire qu'elle est institutionnalisée. On dit toujours, « c'est les pauvres auxiliaires de vie... » Non, non, c'est dans la façon même dont c'est organisé. Hein, d'accord... (Entretien 12)

Manque de moyens financiers des institutions

-Certains médecins évoquent le manque de financement des institutions comme une cause possible de l'émergence de maltraitances.

Donc, au niveau de la politique là, non c'est pas bon. Y'a pas assez... Y'a pas assez de personnes, faut savoir ce qu'on veut. Ou on s'en occupe, ou on, allez... vous comprenez ce que je veux dire quoi... (Entretien 13)

c. Sociétal

Rôle de l'évolution démographique

-Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie crée des situations à risque de maltraitance qui n'existaient pas auparavant.

C'est vrai qu'on s'aperçoit quand même par rapport à il y a 15 ou 20 ans qu'il y a une décharge familiale. Il y a une décharge... je ne dis pas ça méchamment et je ne critique pas les familles, mais il y a une décharge parce que la charge devient de plus en plus importante et que la personne est aussi de plus en plus âgée. On n'est plus sur 2 ou voire 3 générations, on est sur 4 générations. Et c'est la 4e génération qui est prise en charge par la 3e. Il y a 20 ans, la 3e génération était la génération dite des personnes âgées. (Entretien 2)

Faut des mesures pour les garder à un endroit, parce que les familles peuvent pas les gérer comme on gérait la grand-mère au coin du feu, euh, où il y avait les 4 générations qui étaient sous le même toit. Bon ben maintenant tout est éclaté, les gens travaillent à 2, on peut pas s'occuper à la fois des, des adultes qui plus est, en plus qui vivent de plus en plus vieux et qui sont finalement relativement en bonne santé cardiaque, pulmonaire, etc. Mais, par contre, avec une dépendance physique et psychologique avec tous les, les Alzheimer éventuellement qui font qu'on est, euh, effectivement pris de court et que, rien n'est mis en place. (Entretien 7)

**Augmentation de
l'isolement social des
personnes âgées**

-Les familles sont de plus en plus dispersées ce qui augmente l'isolement des aînés et les situations à risque de maltraitance.

Y'a un isolement quand même en ville ou à la campagne je pense que c'est à peu près pareil, les gens maintenant se retrouvent aussi sur le plan familial isolés, les enfants ne sont pas là, et plus souvent les couples, ils ont une vieille cousine, ou quelqu'un pas forcément proche au niveau familial, et je pense que ça n'aide pas sur le plan rapports humains. (Entretien 10)

On vit dans un monde qui bouge, où les enfants font des études, ont des diplômes, ils rencontrent leur conjoint sur internet, et leur boulot les amène à l'autre bout de la France. On peut plus demander à ces gens d'être tout le temps présents. (Entretien 14)

**Rôle de la société dans
l'apparition des
maltraitements**

- L'appauvrissement est une cause de maltraitance
- Pour certains médecins, la solidarité nationale a un rôle à jouer dans la prévention de l'apparition des situations de maltraitance.
- Manque d'intérêt des politiques pour ce sujet selon les médecins.

C'est, euh, c'qu'on appelait avant des fois la misère sociale hein... qui est beaucoup plus importante chez la personne âgée parce qu'elle est fragilisée, de part ses revenus, de sa solitude... rien que ça... la société peut être maltraitante en laissant des gens, euh, comme ça, sans pour autant que l'entourage, euh... On dit : « c'est la faute à personne » voilà... C'est aussi la faute à la société qui ne peut pas venir en aide à ces personnes.

Et puis moi, j'insiste beaucoup sur la maltraitance sociale, parce que je trouve qu'on est un pays qui gère très très mal ses personnes âgées (...) Moi je trouve que la grosse maltraitance c'est la maltraitance par rapport à la façon dont notre société gère ses personnes âgées. (Entretien 7)

Donc ça fait un panel de, de maltraitements qui est relativement large et qui est un petit peu le reflet malheureusement de notre société, ça, ça coûte beaucoup de sous et ça rapporte rien, hein. Donc, voilà, c'est un petit schématique de la maltraitance. (Entretien 7)

J crois que c'est plus la fatigue, euh, la misère, euh, bon et puis, le manque de dialogue, euh, dans un milieu un peu triste, contre lequel on voit pas trop comment lutter. Ça serait un gros travail de société, de gérer un petit peu, ouais la vieillesse, la dépendance, l'isolement et les aides à apporter. (Entretien 10)

**Retard à la mise en place
d'aides**

- Décalage entre la demande d'aide et la mise en place de ces aides
- L'urgence de certaines situations imposerait d'obtenir plus rapidement ces aides.

On fait des demandes, hein, pour les aides à domicile, pour l'APA, y'a le conseil général qui se déplace, mais souvent on y arrive quand les situations, alors là je parle pas de maltraitance, mais de dépendance, voilà, déjà un peu avancées. (Entretien 10)

d. Organisationnel des soins

**Mauvaise organisation de la
filière des soins**

- Manque de disponibilité des services d'urgences pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes.
- Absence de prise en compte par les services d'urgences des spécificités des personnes âgées dépendantes.
- Manque de place en hospitalisation.
- Accès direct du domicile très difficile.

Les urgences l'ont renvoyée la semaine dernière en disant, c'est pas notre rôle, c'est du placement (...) Et donc très rapidement, la dame que j'ai envoyée vendredi à l'hôpital là avec ses chutes à répétition pour Parkinson elle a été renvoyée à la maison à minuit et demi, et pourtant elle est dans un fauteuil électrique à la maison et elle est toute seule. (Entretien 7)

« Mais attendez, j'peux pas le garder en structure, j'peux pas le garder à la maison, et si vous n'avez pas de place, où je le mets ? », hein, bon « Donc, vous le prenez, démerdez vous, mais prenez le ! ». Et c'est çà le problème. (Entretien 11)

Donc, on a, donc moi j'ai une personne, qui s'est retrouvée à trois heures du matin devant chez elle, avec euh, ses, son maigre sac qu'elle avait en partant, mais incapable de rentrer chez elle parce que la famille était venue récupérer le conjoint, et elle n'avait plus ses clefs pour rentrer, voilà, et les infirmiers l'avait déposée devant la porte, à trois heures du matin. (Entretien 11)

Y'a les hôpitaux la dessus, je trouve que c'est de plus en plus difficile de compter dessus parce qu'ils sont surchargés, parce que le personnel n'a pas le temps de faire autre chose que du matériel, j'pense, et bon euh, quant à l'assistante sociale est souvent seule. Parce qu'une fois qu'elle a géré toutes les sorties et les éventuels placements, elle a pas le temps d'aller faire du personne à personne, j'veux dire... voilà... (Entretien 10)

Limitation de l'accès aux soins pour les personnes âgées dépendantes

-Agisme médical.

-Difficulté d'accès aux soins pour des raisons de moyens et de coût des transports.

Ensuite, comment peut-on faire des soins corrects si on ne peut pas envoyer nos patients dépendants, euh donc faire des examens complémentaires, style gynécologiques, euh, tout simplement, euh, même une mammographie si on n'a pas le bon de transport pour les véhicules et si y'a pas la famille pour les transporter, hein ? (Entretien 11)

Quand même vous voulez faire hospitaliser quelqu'un, vous dites au médecin urgentiste, plus de 75 ans, tout de suite il en veut pas. (Entretien 7)

Et un des critères, malheureusement, ben c'est l'âge. Hein, donc on ne nous pose pas la question « votre patient souffre de quoi ? » non, on ne nous dit pas ça, on nous dit « quel âge a-t-il ? ». Première question voilà. (Entretien 11)

Manque de disponibilité des intervenants spécialisés

-Difficulté pour le médecin généraliste à contacter une assistante sociale disponible.

-Délai important pour obtenir un rendez-vous spécialisé en gériatrie.

Vous contactez, ben l'assistante sociale, etc. Elles sont toutes débordées puis dit, « je sais pas quoi faire. » (Entretien 7)

Alors, on a plein de personnes qui veulent bien s'occuper des personnes âgées mais dans, dans combien de temps déjà? (Entretien 9)

Voyez, voyez, y'a trop de personne qui s'en occupent, mais en fait avec du retard, euh et donc le médecin qu'est-ce qu'il va faire pendant deux ou trois mois ? (Entretien 9)

Hein, par exemple, on pourrait dire... Tiens, les services spécialisés en gériatrie... Ils ont une telle inertie! (Entretien 12)

7. Synthèse

La majorité des médecins généralistes entretiennent une relation complexe avec leurs patients et leur famille. Le « médecin de famille » s’implique sur le plan personnel auprès de ses patients et de leur famille mais en même temps se méfie de ces mêmes familles.

Il lui semble la plupart du temps difficile de s’immiscer dans des histoires familiales complexes par crainte des représailles ou de la perte du suivi de ses patients.

Son rôle est ambivalent car il est à la fois le témoin privilégié d’une éventuelle maltraitance et le confident de ses patients, donc tenu au secret professionnel.

Il existe de nombreuses incertitudes des médecins sur les limites de la définition de la vulnérabilité, sur la conduite à tenir en cas de manque de preuves et d’absence de coopération du patient ou de sa famille.

Le médecin craint les conséquences d’un signalement avec possibilité d’aggravation de la situation dans certains cas.

Il ne sait pas quoi faire quand ses valeurs et sa notion de « bientraitance » n’est pas celle du patient.

Les autres difficultés dans la prise en charge des maltraitements découlent du manque de temps, du manque d’argent et d’un environnement inadapté aussi bien au niveau familial, institutionnel, sociétal et organisationnel.

VI. Moyens de prévention du médecin généraliste

Nous verrons maintenant qu'heureusement, le médecin peut, malgré ces difficultés certes nombreuses, agir pour tenter de prévenir l'apparition de maltraitances au sein de sa patientèle. Il dispose ainsi de plusieurs possibilités. Nous évoquerons pour cela la possibilité d'adapter l'environnement du patient pour éviter la survenue de maltraitances, de changer sa propre attitude face à ces situations difficiles et enfin de prendre en compte la souffrance de la personne âgée et de son entourage afin de mieux la soulager.

1. Adaptation de l'environnement

Education des aidants

-Organisation informelle d'une éducation des aidants par le médecin généraliste pour améliorer la prise en charges des personnes âgées à domicile.

Ou mais des fois, il est peut être bon de parler aux gens parce qu'ils ne se rendent pas forcément compte du mal qu'ils font... (Entretien 4)

Ben des fois j'aime bien essayer de parler à la famille et puis mettre un petit peu les choses à plat. (Entretien 4)

Encore une fois ce n'est pas moi qui ferai bouger les choses et je pense qu'il vaut mieux faire passer les choses petit à petit par petites touches envers la famille plutôt que de taper le poing sur la table et dire « ça va pas du tout » parce que ce n'est pas constructif... (Entretien 5)

Essayer d'arranger un petit peu les choses oui par le dialogue, par voilà... Essayer de pointer du doigt, auprès de l'entourage certains manquements sans ...En gardant toujours le contact, hein, faut pas, faut pas non plus leur donner la leçon, hein, mais montrer des choses

et puis faire comprendre à l'entourage les choses qui ne vont pas pour essayer d'améliorer les choses...mais bon, quand la misère sociale est là c'est difficile... (Entretien 5)

Quand il y a une parole qui peut circuler c'est déjà ça. Parce que ça permet aussi de recadrer et puis que chacun se rende compte jusqu'où il est allé, enfin qu'il y ait au moins une prise de conscience, qu'on ne se contente pas d'une auto justification (Entretien 1)

Ben, on essaie de discuter avec les soignants à ce moment là en leur expliquant ce qu'on veut en priorité si c'est, ce qui est de faire la part des choses quoi, d'essayer d'être un petit moins à cheval par exemple sur, sur l'hygiène peut-être et un peu plus sur le confort de la personne (Entretien 13)

Mise en place d'aides à domicile

-Les aides à domicile permettent d'éviter l'apparition d'une maltraitance

Je dirais pour moi la prévention, c'est vraiment de, c'est d'installer une prise en charge, hein... qu'il y ait une aide ménagère, éventuellement une soignante. C'est d'adapter l'aide. (Entretien 1)

Au fond avec tout le système APA, on est quand même entre l'APA et puis un peu le CLIC, on a quand même un peu des outils pour organiser une prise en charge de la personne âgée, dont la dépendance s'installe et s'aggrave. (Entretien 1)

Donc faut p't'être quand même qu'on trouve une solution quoi, enfin ou des aides, hein bon, pour la toilette et tout ça... (Entretien 3)

Ben faire venir, du personnel, effectivement, sur place. (Entretien 10)

Voilà, bon moi j'pense que faire rentrer le milieu médical, ou social, ou...à domicile le plus tôt possible quand ça commence à cafouiller, c'est sans doute un moyen d'éviter les maltraitances (Entretien 10)

Utilisation des structures d'accueil temporaires

-Les structures d'accueil (Hôpitaux de jour, unités Alzheimer...) permettent de soulager les familles temporairement pour éviter l'apparition de maltraitances.

Bon après, on peut, y'a des unités d'Alzheimer, il y a des hospitalisations de jour... qui peuvent aider à que ce soit plus supportable pour tout le monde... (Entretien 3)

Après j'veux dire, quand on veut sortir les gens, y'a les, y'a toutes les consultations, euh, en hôpital de jour, en service de, qu'on va, qu'on développe de plus en plus. (Entretien 11)

Formation du personnel

-En institution, l'organisation d'une formation du personnel peut améliorer les prises en charge et éviter la survenue de maltraitances.

Oui, oh...c'est des fois le recours, des fois trop facilement à la contention...pour une personne âgée...Là aussi, faut aussi des fois leur parler au personnel que des fois peut y avoir d'autres moyens...hum... (Entretien 4)

2. Changement d'attitudes face aux difficultés

Remise en cause personnelle

-Un questionnement sur sa pratique et sur son attitude permet d'éviter la survenue de maltraitance.

Après, on est vigilant tout le temps, je dirais, moi-même en premier, parce que, j'vous dis, oui voilà, parce qu'il y en a toujours qui n'ont pas toutes leurs compétences et on ne peut pas

les traiter comme si ils avaient les compétences qu'ils avaient auparavant. Voilà, moi je pense qu'il y a, en tout cas, il y a une vigilance à avoir parce que ça peut être vite fait de brutaliser un peu quelqu'un (Entretien 1)

Ben faut toujours se remettre un peu en question dans notre boulot, c'est tout hein ? (Entretien 3)

On se plante souvent, il ne faut pas croire qu'on sait tout, il faut se mettre en question, mais bon la médecine c'est pas une science exacte et on se fait avoir tous les jours et puis ça c'est un domaine où je pense qu'on manque de formation. (Entretien 3)

Peut-être que je passe à côté de certaines choses effectivement ça... Celui qui vous dit qu'il ne se trompe jamais de toute façon méfiez-vous en ! (Rires) On fait tous des bêtises, on fait tous des erreurs donc, euh. (Entretien 7)

Et ça, entre le bien et le mal, euh, est-ce qu'on peut, est-ce qu'on peut avoir suffisamment de bonne conscience pour se dire qu'on fait toujours bien ? (Entretien 8)

Anticiper les difficultés

-Le fait d'anticiper une éventuelle dégradation de la situation en prévoyant les aides et une éventuelle institutionnalisation permet d'éviter la survenue d'une maltraitance.

Alors, la première des choses déjà pour prévenir, c'est en réalité de prévenir un petit peu l'entourage et y compris les gens que même si pour le moment c'est relativement stable et ça va, il est nécessaire d'anticiper une éventuelle dégradation, que ce soit physique, psychologique ou même au niveau, au niveau matériel, euh, de voir si effectivement, de voir la famille et de leur en parler de temps en temps, prévenir les gens qu'il faut s'inscrire, euh, dans des maisons, aller regarder les maisons pour choisir un petit peu. (Entretien 7)

Et puis, euh après ben c'est de mettre en place rapidement justement les structures sociales ou de faire intervenir l'assistante sociale pour déjà commencer à poser les jalons,

parce qu'il faut toujours anticiper du fait de l'inertie du système et du délai qu'il y a.

(Entretien 7)

Repérer les facteurs favorisants

-Le fait de repérer les situations à risque permet de rester vigilant sur l'apparition éventuelle d'une nouvelle maltraitance.

Parce si c'est occasionnel on peut toujours voir quelqu'un qui a un mouvement d'humeur, bon faut pas que ça se reproduise. (Entretien 4)

3. Prise en compte de la souffrance de la personne âgée et de son entourage

Ecoute attentive des personnes âgées

-Le fait de rester à l'écoute de la personne et de son éventuelle souffrance permet de repérer les situations à risque et d'éviter que des maltraitances réelles apparaissent.

Il faut quand même une écoute lorsque la personne âgée se plaint, hein, parce que ça peut arriver aussi. (Entretien 3)

Ben si vous voulez, je crois qu'il faut, faut discuter un peu quand on sent que ça va pas trop bien. (Entretien 3)

Ben comme j'ai dis c'est toujours euh voilà, des petites touches euh pas quotidienne mais à chaque visite prendre des nouvelles, un petit peu tâter le terrain, voir comment ça se passe... Voilà c'est vraiment le côté humain, qui permet... (Entretien 5)

Soutien psychologique des aidants

-Dans le cas d'un maintien à domicile un peu difficile le fait de soutenir les aidants en les rassurant dans leur rôle permet d'éviter un épuisement qui peut parfois conduire à une violence.

Hein, donc, euh, c'est clair que régulièrement quand, quand j'y vais bon je, on vérifie si les structures d'aides, de mises en place fonctionnent bien, s'il faut, euh, euh, mettre d'autres, d'autres aides à la personne, euh, en place. Donc je demande régulièrement à la famille, euh, si ça va, si ils rencontrent pas de problèmes, si ils ont besoin d'autre chose. (Entretien 6)

Et puis leur poser des questions sur le vécu de, de, de la charge que représente le maintien à domicile de la, de la personne, hein. (Entretien 6)

Donc je pense que, ce qui est important c'est de voir, c'est de voir, les aidants, c'est d'aider les aidants à tenir leur place d'aidants, à les encourager, en leur donnant quelques petits conseils et en leur permettant aussi, euh, un verre de temps en temps, pour mieux ensuite revenir et retrouver une maman ou un papa (Entretien 8)

Et donc, avec, avec toute l'équipe, c'est aussi bien, il faut à ce moment là que tout le monde puisse parler que ça soit l'infirmière, l'auxiliaire de vie, la dame, la gouvernante donc, la famille... Ben voilà, mais justement pour pouvoir dire « attention là vous êtes en danger ». Hein... (Entretien 12)

Intervention d'un psychologue

-Quand la situation devient plus tendue, l'intervention d'un professionnel comme un psychologue peut alléger une souffrance

Quand c'est en EHPAD, on peut faire appel à la psychologue (Entretien 3)

Alors bon à domicile, si derrière ça il y a une dépression, on peut toujours envoyer les CMP pour des entretiens, parce que c'est vrai quand ils... (Entretien 3)

Et c'est le moins qu'on puisse dire, sa fille est en souffrance, euh, sa fille a aussi un suivi psy à côté. (Entretien 14)

Dépistage des troubles du comportement

-Les troubles du comportement consistant un facteur de risque de voir survenir une maltraitance, il est important de les repérer au plus vite pour les traiter rapidement.

Alors faire venir, enfin je pense dépister aussi les troubles du comportement le plus tôt possible, ça c'est très important, ça peut arriver vite. (Entretien 10)

Faire appel à un relai au sein de la famille.

-Le fait de soulager quelques temps l'aidant principal peut permettre de maintenir une personne âgée à domicile plus longtemps dans de bonnes conditions.

Ou alors d'avoir des relais dans la famille pour pouvoir souffler un peu, parce que c'est souvent une personne qui s'occupe et les autres membres de la famille sont un peu loin, ils sont au travail donc ils se déchargent toujours sur la même personne. (Entretien 13)

4. Synthèse

Le médecin généraliste dispose de plusieurs moyens de prévenir l'apparition d'une maltraitance.

Il peut adapter l'environnement du patient en formant l'entourage de la personne âgée et le personnel de soin en institution, en mettant en place des aides à domicile ou en faisant appel à des structures d'accueil temporaires pour soulager les familles.

Sa façon d'agir doit parfois être remise en cause avec anticipation des difficultés et repérage des situations à risque.

Son rôle est également d'écouter la personne âgée et de rester vigilant à son confort et de soutenir les aidants en cas de difficultés.

VII. Implication émotionnelle du médecin généraliste dans la prise en charge des maltraitances

Le médecin généraliste réagit de différentes manières face à la maltraitance mais à chaque fois, on retrouve une implication émotionnelle importante de sa part. Nous parlerons tout d'abord de sa vision de la personne âgée dépendante, de son investissement émotionnel dans ces situations avec la difficulté qu'il rencontre parfois à se distancer du patient. Nous verrons que certains parviennent cependant à mettre à l'écart l'émotion pour mieux agir, d'autres recherchent des justifications à la survenue de la maltraitance. Nous évoquerons à ce sujet le Burn Out du soignant qui est un facteur de risque évoqué fréquemment par les médecins.

1. Vision du médecin généraliste sur la personne âgée dépendante

Vision négative

- Evocation de l'ingratitude de certaines personnes âgées.
- Les personnes âgées ont parfois un mauvais caractère.

Faut pas oublier une chose quand même, surtout dans les institutions, la personne âgée est quelqu'un quand même d'ingrat...et euh... J'dis pas toutes, hein... mais il y a quand même, bon j'en sais rien du pourcentage ou quoi mais y'a une certaine ingratitude. (Entretien 2)

Parce que les personnes âgées sont pas forcément très faciles...hum...on ne se bonifie pas toujours avec l'âge ! (Entretien 4)

Infantilisation

- Comparaison des personnes âgées avec les enfants.

Les personnes âgées c'est un peu aussi un retour en l'enfance, hein. Enfin on revient comme un enfant, hein, voilà. (Entretien 8)

2. Investissement émotionnel important

Envahissement par l'émotion

- Les situations de maltraitances sont sources d'une grande implication émotionnelle de la part du médecin généraliste.
- Différents types de sentiments peuvent émerger.

Donc euh, sur le plan émotionnel, bien oui c'est toujours une forte charge émotionnelle quand même. (Entretien 9)

Sentiment de colère

-La colère est utilisée par certains médecins comme une ressource pour se donner de l'énergie pour agir.

Donc en attendant qu'est ce qu'on fait ? On peut pas la laisser comme ça non plus, ben si c'est ce qui se passe et donc vous êtes un petit peu coincé. Là j'ai téléphoné pour essayer de la faire hospitaliser. Il va falloir attendre qu'il y est un lit, tout ça, donc euh... C'est quand même un petit peu rageant quoi !

Mais bon y'a le côté, on est furieux donc ça vous donne de l'énergie. (Entretien 12)

J'y pensais pas parce que j'étais, j'étais tellement furax. (Entretien 12)

Sentiment de gêne

-Devant l'ambivalence et la complexité de certaines situations, le médecin généraliste se retrouve dans la difficulté à agir car il se sent gêné.

J'dirais une espèce de, à la fois d'embarras... oui parce qu'à la fois c'est des situations moi j'trouve qui sont terribles... C'est pas juste... je vais pas dire que ça va jusqu'à la colère mais voilà... y'a quand même un sentiment de dire, « c'est pas possible », une espèce de, vous voyez de, enfin pas de révolte (...) Oui c'est ça, quand même ce qui domine, c'est une espèce d'embarras ou de gêne. Oui, oui... (Entretien 1)

Sentiment d'injustice

-En lien avec le sentiment de colère, il existe de la part du généraliste un sentiment d'injustice quand il est confronté à certaines situations.

Il y avait un sentiment d'injustice voilà. (Entretien 12)

Sentiment d'impuissance

-Le médecin généraliste se sent démuni et dans l'incapacité à résoudre certaines situations trop complexes.

J'étais vraiment démuni par rapport à ça... (Entretien 1)

Ben des fois c'est, euh, on est un petit peu désœuvré, quand vous voyez qu'y a un contexte de maltraitance (Entretien 7)

Mais c'est pas simple, donc euh. C'est quand même une belle maltraitance sociale, mais de part la société quoi, et donc après ben oui, tout le monde se renvoie la patate chaude en disant « c'est pas moi, c'est pas moi. » Ben oui mais au bout d'un moment même moi je baisse un peu les bras, donc euh, et j'avoue que je sais même pas trop quoi faire, donc euh ouais ben on fait « comme si » et c'est pas satisfaisant et donc je pense que ça doit être relativement fréquent chez tout le monde, quoi, tous les médecins on a tous des cas comme ça, hein. (Entretien 7)

Alors le rôle, le généraliste il est désemparé (Entretien 9)

Mais bon, j'avais dit, on dit, mais on peut pas faire grand-chose. (Entretien 12)

Sentiment de culpabilité

-Le médecin généraliste se sent coupable quand il n'arrive pas à résoudre certaines situations.

Et là, vous dites, hou là, vous êtes inquiet, euh, euh, vous vous culpabilisez vous-même, vous dites, voilà, j'arrive pas à, à avancer, euh, dans une démarche comme ça de, de, enfin donc c'est surtout ça quoi. (Entretien 9)

Sentiment de frustration

-Le médecin se sent frustré de ne pas toujours avoir de solutions satisfaisantes à proposer à ses patients.

Et j'espère ne pas être trop confrontée à ce genre de problème, parce que ça prend, ça fait se poser sans doute des questions, ça prend du temps et qu'il n'y a jamais de solution satisfaisante. Ça c'est vraiment frustrant quoi. Voilà, bon... (Entretien 10)

3. Difficulté à la distanciation de la part du généraliste

Identification

-Manque d'objectivité de certains généralistes
-Confusion entre empathie et compassion
-Identification à la victime

Ben, moi, ce que j'en ressens évidemment, ben c'est, euh, la, la, la crainte de l'abandonnisme, la crainte que des personnes comme ça s'isolent, se renferment sur elles-mêmes. (Entretien 9)

Je pense que ça, ça fait se dire, euh, j'espère que je ne vieillirai jamais comme ça. (Entretien 10)

Une certaine compassion, une certaine pitié, ce sont souvent des problématiques où il n'y a pas de solution simple. (...) Bien sûr c'est de la compassion, on peut pas faire un travail objectif, sans se sentir un peu touché par la souffrance, quoi. (Entretien 14)

Difficulté à différencier rôle professionnel et lien affectif

-Le médecin généraliste s'implique personnellement dans la prise en charge de ses patients.
-Il est touché personnellement quand quelque chose se passe mal.

C'est un truc qui m'est resté en travers de la gorge, c'est que la tutelle a fait changer de médecin traitant. Voilà... oui... (Entretien 4)

Moi je suis assez sensible et assez émotive donc c'est vrai que ça me, ça me touche, ça me touche quand même personnellement si je vois qu'il y a quelque chose qui se passe mal, euh. (Entretien 6)

Je pense que c'est une implication, euh, professionnelle et personnelle qui, qui, qui peut-être importante quoi... (Entretien 6)

Si c'est des personnes pour lesquelles on n'a pas d'attachement particulier, pourquoi, pourquoi nous les prendre en charge ? (Entretien 11)

**Intrusion de la vie
personnelle dans
l'entretien**

-De nombreux médecins évoquent leur vie personnelle en cours de l'entretien ce qui montre encore une fois une difficulté de leur part à séparer la sphère privée de la sphère professionnelle.

Il faut, moi j'ai mon père qui a 85 ans, bon qui est en bonne santé, donc je vais le voir pas très souvent, bon on se téléphone une fois tous les 15 jours, bon ben je pourrais p't'être lui téléphoner tous les jours, donc c'est p't'être, bon ben vous comprenez ce que j'veux dire, après... (Entretien 3)

Je m'en rends compte parce que dans mon domaine, euh, personnel, familial j'ai une maman qui a, euh, une forte dégradation des, des fonctions supérieures donc mon père qui a 89 ans, donc mon père se plaint un petit peu, hein parce qu'il l'aide beaucoup et que, y'a pas toujours un geste supplémentaire, quoi, hein qui pourrait être fait quoi. Un petit geste en plus, voila, donc, euh, y'a peut-être un manque de formation quand même peut-être au niveau de certaines instances. (Entretien 9)

4. Mise à l'écart de l'émotion

L'action plus importante que l'émotion

-Certains médecins préfèrent agir plutôt que de s'attarder sur leur émotion

Je ne vais pas dire que j'ai eu de l'émotion, y'a longtemps qu'j'en ai plus eu (...) Après on n'est, on n'est pas détaché, mais enfin, euh, ce qui faut c'est agir, voilà, donc c'est tout. On n'est plus trop au stade de la compassion. (Entretien 3)

Difficulté à exprimer son émotion

-Peut-être parce que l'émotion est trop forte, certains médecins éprouvent des difficultés à exprimer ce qu'ils ont pu ressentir face à certaines situations de maltraitance allant même jusqu'à interrompre l'enregistrement

I : Vous personnellement qu'est-ce que vous avez ressenti émotionnellement face à ces situations ? M : Euh...ben souvent, des fois c'est de l'incompréhension...ou des...comment dirais-je... (Entretien 4)

Donc euh...si... Je ne peux pas vous raconter tout ça en détail parce que, parce que ça nous emmènerait trop loin, j'en rapporte tout simplement les conclusions, que le juge au final, euh, que si je voulais je pouvais porter plainte contre euh...comment dire...abus de, abus de plainte, enfin de...de... c'était en fait le maire qui sous couvert... ne mettez pas ça dans votre étude... euh... mais c'est vrai que ça a été compliqué... C'est vrai que c'était compliqué, et (Fin de l'enregistrement à la demande du médecin) (Entretien 8)

**Distanciation par rapport
à la souffrance de la
victime, professionnalisme
défensif**

-Mise à l'écart de l'émotion pour mieux agir.

-Le médecin généraliste ne peut pas résoudre tout les problèmes et il ne doit pas culpabiliser si certaines personnes souffrent malgré son intervention.

J'essaye de pas trop trop mettre moi d'affect... Parce sinon... Voilà je suis assez pragmatique... Y a une souffrance, elle est là, c'est pas ma faute... (Entretien 5)

Je vais faire tout ce qui est en mon possible de médecin pour arranger les choses, mais cette personne souffre, elle souffrira peut être encore quand je serai parti, mais j'aurai apporté ce que je peux lui apporter et ce que j'ai le droit de lui apporter...mais quand je ferme la porte, et heureusement pour moi je ne vais pas continuer à souffrir pour elle. (Entretien 5)

Bien sûr que il y a de l'empathie mais faut pas trop trop en donner parce que on nous le rendra pas et c'est pas forcément constructif. (Entretien 5)

Lassitude

-Le fait d'avoir côtoyé beaucoup de souffrance rendrait le médecin généraliste insensible (en apparence) à la souffrance d'autrui.

Je ne vais pas dire que j'ai eu de l'émotion, y'a longtemps qu'j'en ai plus eu. Euh, mais, vous savez en 35 ans vous en voyez beaucoup hein, donc euh, il faut faire les choses mais. On a bien sûr de l'émotion, moi je, j'ai assez facilement la larme à l'œil quand même. Mais j'allais dire, euh, faut être un peu cartésien dans les décisions...ce qui est normal, mais bon, j'ai déjà vu, j'sais pas, 3 morts subites du nourrisson, 3 gamins de 15 ans qui se sont pendus, 5 qui se sont suicidés avec un coup de fusil avec du sang partout, je suis allé sur un accident il y avait 4 morts... j'veux dire des trucs j'en ai vu en 35 ans (Entretien 3)

Résignation

-Le médecin généraliste accepte que certains problèmes ne puissent se résoudre.

On peut pas changer le monde avec une baguette magique. Je l'ai commandée, je l'ai pas eue ! (rires) (Entretien 7)

5. Recherche de justification de la maltraitance : Le Burn Out du soignant et de l'aidant

Difficultés face à la violence des patients

-Les attitudes violentes de certains patients conduisent à des comportements maltraitants involontaires de la part de leurs aidants.

-Evocation de la maltraitance des personnes âgées dépendantes sur leurs aidants.

Parce qu'il y a des fois des patients Alzheimer qui deviennent violents, que ce soit verbalement, physiquement ou alors qui veulent partir alors qu'ils sont complètement perdus qu'on est obligé de contraindre à rester chez soi, enfin... Le problème est des fois très délicat... (Entretien 4)

Mettons, il y a une fois une aide-soignante qui s'était fait tapée par un patient, à l'hôpital, enfin dans une maison de retraite. (Entretien 1)

Et puis vous savez, euh, la maltraitance, euh, on parle de la maltraitance vis-à-vis des résidents évidemment, mais on oublie quand même la maltraitance des résidents vis-à-vis du personnel... (Entretien 9)

Et puis, il y a la maltraitance que font subir à leurs aidants, euh, certaines personnes, âgées aussi. Et donc du coup, comme le système est très réactif, donc ça induit forcément une réactivité négative, du coup on a aussi ça, parce que les personnes elles-mêmes hein, ont des comportements, euh, j'dirais, des exigences, ou, inappropriées, hein, qui mettent à mal un petit peu, hein la famille ou les aidants. (Entretien 11)

Fragilité psychique des aidants

-Certains aidants présentent des difficultés psychiques (dépression, problème d'alcoolisme...) qui constituent un facteur de risque de maltraitance.

Après, ce qu'on peut sentir aussi c'est une espèce de fatigue, de gens qui sont quelquefois un peu excédés. Voilà, y'a des situations sociales aussi un peu difficiles quand même, d'aides ménagères, ou quand il y a un peu un problème d'alcool... (Entretien 1)

Réaction en miroir

-Certains patients difficiles conduisent à une attitude de rejet de la part du personnel.
-Risque de maltraitance important dans ces situations.

Puisqu'il y a des fois où c'est difficile de, de supporter les, les desideratas des personnes âgées et donc au bout d'un moment y'a un phénomène de réaction et de rejet qui fait ben « tu m'en fais baver, je t'en fais baver, quoi » en se rendant pas compte qu'en réalité, oui, on dépasse peut-être un peu les bornes parce que on est toujours en position dominant-dominé quand même. (Entretien 7)

Epuisement physique et moral des soignants

-Il s'agit du Burn Out du soignant.

-Cet épuisement professionnel est connu comme un réel facteur de risque d'entrer dans la maltraitance.

Elles sont obligées de travailler à deux. Il faut quelquefois les verticaliser, ainsi de suite.

Elles sont exténuées ces femmes. Elles n'ont pas le temps d'être à l'écoute. Donc elle sont obligées de, de, de se presser un petit peu s'il y a pas assez de personnel et ça peut mener peut-être à des conduites aberrantes. (Entretien 9)

Y'a un moment donné où elles en peuvent plus et c'est elles, bon, là elles le disent et commencent à avoir moins de patience ou on les voit commencer à élever un peu la voix. C'est là que, l'on voit que la limite est atteinte un petit peu. (Entretien 13)

6. Synthèse

La vision des médecins généralistes interrogés sur la personne âgée dépendante est plutôt négative ou infantilisante.

On retrouve dans l'ensemble des entretiens un fort investissement émotionnel de la part des médecins avec émergence de nombreux types de sentiments (colère, gêne, injustice, impuissance, culpabilité, frustration.)

Deux attitudes prédominent avec pour certains des difficultés à prendre de la distance et à différencier vie professionnelle et affective et pour d'autres une mise à l'écart de l'émotion jusqu'à la résignation la plus complète.

De nombreux médecins tentent de justifier les situations de maltraitance par l'évocation du Burn Out des soignants et des aidants.

VIII. Moyens d'aider le médecin généraliste

Multiplication des structures d'hébergement temporaire

- Manque de place dans les structures d'accueil.
- Besoin d'un relai pour le généraliste quand certaines situations deviennent tendues afin de permettre aux familles de se reposer.

C'est presque des choses où il faudrait, vous voyez, un SAS, un relais, par exemple, qu'une personne âgée puisse être une semaine ou 15 jours, voilà dans une maison de retraite ou dans un lieu d'accueil, voilà pour calmer un peu les choses (Entretien 1)

Alors, qu'y est plus de moyens au niveau, euh, effectivement au niveau vie sociale, au niveau des structures sociales, qu'on est plus de facilités au niveau des, euh, je pense des structures d'hébergement d'urgence parce que c'est très, très vite saturé. (Entretien 7)

Interlocuteur spécialisé

-Absence d'interlocuteur spécialisé dans la maltraitance qui serait disponible rapidement pour aider le médecin généraliste à prendre en charge des situations de maltraitance ou à risque de maltraitance.

Là, c'est un domaine où je n'ai pas forcément d'interlocuteur (...) Besoin d'un cadre : on aurait p't'être besoin, un peu d'une espèce de cadre, ou de, quelque chose pour aider à faire un peu la part des choses. (Entretien 1)

Formation du médecin

-La participation à des séances de formation sur le sujet de la maltraitance pourrait aider les médecins à améliorer leur prise en charge de la maltraitance.

Il pourrait y avoir un séminaire maltraitance pour personnes âgées (Entretien 1)

Je pense qu'il faut faire des formations hein, oui. A travers la formation médicale continue, 1 fois par an ou tous les 2 ans, ou avoir quelque chose d'un peu structuré. (Entretien 3)

Je pense qu'on aurait peut-être besoin de quelques séances faites par des avocats, des juristes, parce que du point de vu juridique on n'est pas très...on a l'habitude de rien dire. (Entretien 14)

Formation des intervenants

-Des intervenants mieux formés (famille, personnels de soins à domicile...) permettraient de diminuer la survenue de situation de maltraitance

Donc qu'il y ait peut-être, que que les personnes qui soient employées aient une formation particulière un petit peu la dessus parce que tout le monde n'a pas, ne s'est pas forcément occupé de personnes âgées. (Entretien 13)

Donc voilà, donc c'est, c'est pour ça qu'il y a, qu'il faut absolument des formations continues pour les, pour les aides-soignants. (Entretien 9)

Augmentation des possibilités d'aides à domicile

-Les médecins aimeraient des aides plus nombreuses au domicile du patient pour l'aider à le prendre en charge

En multipliant les aides au domicile, les aides aux aidants...ça peut être de ce côté-là une très bonne chose. (Entretien 4)

Simplification des démarches

-Une meilleure organisation et une facilitation des démarches sociales avec un accès aux institutions plus rapide et facile permettraient au médecin d'améliorer sa prise en charge.

Ce qu'ils voudraient, ces généralistes là qui sont un peu désemparés, ils voudraient avoir un correspondant, un interlocuteur, euh, qui, qui prenne en charge ça. Un petit peu qui dise, tiens bien c'est le moment peut-être de le mettre en maison de retraite, c'est le moment de savoir, je veux le mettre en hébergement temporaire quelques temps, en accord avec la famille... (...) Donc c'est vrai ce qui manque c'est, euh, à la limite quelqu'un qui vienne rapidement faire une évaluation à domicile, avec ou une personne comme une assistante sociale qui va dire au médecin ben voilà, d'accord, je vais voir cette dame là et j'ai les

coordonnées. J'ai les coordonnées de toutes les maisons de retraite qui peuvent prendre en hébergement temporaire. (Entretien 9)

Et faut pas non plus noyer le médecin sous des questionnaires, sous des protocoles trop importants. (Entretien 9)

Numéro d'appel unique

- Même si ce numéro existe déjà (ALMA), les médecins relèvent l'intérêt d'un numéro unique pour s'occuper de la maltraitance.
- Une meilleure diffusion de ce numéro paraît utile.

De quoi on aurait besoin ?...euh vraiment...d'une sorte de numéro d'appel unique oui. Alors numéro d'appel ou quelque chose de bien fait sur internet... oui une sorte de foire aux questions... je suis devant une situation comme ça...Enfin moins direct qu'un arbre décisionnel mais voilà savoir dans ce cas là est ce que c'est plutôt l'assistante sociale, est ce que c'est plutôt... (Entretien 5)

Meilleure coordination entre les différents intervenants

- Il faut trouver des solutions pour faciliter la communication entre les différents intervenants pour mieux repérer les situations de maltraitance.

Qu'il faut qu'il y ait une communication, euh, entre toutes les professions soignantes, hein et que chaque personne à son niveau, que ce soit l'aide soignante, l'infirmière, euh, ben nous alerte s'ils remarquent quelque chose. (Entretien 6)

Et puis la famille c'est sûr, impliquer la famille. Parce que, parce que la maltraitance la famille peut la, la décrire quand elle vient des soignants. (Entretien 6)

**Equipe mobile de gériatrie
à domicile**

-Des équipes spécialisées en gériatrie à domicile pourraient aider le médecin généraliste à mieux coordonner la prise en charge des personnes âgées.

Il faut peut être qu'on ait d'autres intervenants, effectivement en gériatrie, euh, qui se déplacent. (Entretien 10)

**Adaptation des structures
gériatriques existantes au
problème de la
maltraitance**

-Les services de gériatrie existant déjà pourraient créer une antenne plus spécifique pour la prise en charge de la maltraitance.

Non, mais on pourrait imaginer que par exemple les centres de la mémoire, parce que ça arrive chez des personnes vulnérables de toute façon. Hein donc voilà qu'ils aient un un service social, un service juridique, euh, pour, euh, voilà. (Entretien 12)

**Meilleur retour après
intervention**

-Les médecins souhaiteraient être mieux informé du devenir des cas de patients qu'ils ont pu signaler.

On aurait peut être besoin d'une aide juridique pour nous dire à qui on peut s'adresser, un numéro d'appel, et puis qu'on soit tenu au courant de la suite des évènements, hein. Parce que là après c'est le grand silence. Après... Après y'a plus de nouvelles quoi. (Entretien 14)

1. Synthèse

Les médecins généralistes interrogés nous donnent quelques pistes pour les aider à améliorer leur prise en charge de la maltraitance.

Ils souhaitent surtout une meilleure cohésion et un accès plus facile aux différentes aides ou structures existantes (structures d'accueil temporaires, aides à domicile, interlocuteurs spécialisés, équipes mobiles de gériatrie à domicile...)

Ils aimeraient avoir d'avantage de retour de la part des services sociaux sur les interventions après signalement.

Une formation complémentaire des médecins et des autres intervenants leur semble souhaitable.

Partie 4 : DISCUSSION

I. Critique de la méthode employée

Nous avons réalisé une étude qualitative avec la méthode des entretiens semi-directifs car il s'agissait comme expliqué précédemment de la méthode la mieux adaptée pour le sujet choisi. Le discours obtenu est en effet très riche avec des participants variés et assez nombreux pour avoir obtenu une saturation des données.

On peut cependant critiquer le fait que nous n'avons pas pu inclure à notre étude les médecins qui n'étaient pas du tout intéressés par le sujet ou ceux dont l'activité ne leur permettait pas de se libérer le temps de l'entretien. Nous avons tout de même un panel suffisamment large (activités diverses, âges différents, mode et lieux d'exercice variés) pour supposer qu'il est représentatif des médecins généralistes lorrains.

Un évoquera comme biais interne à notre étude, les incompréhensions et les blocages du discours dus aux différences entre chercheur et participants. Certains médecins ont pu être réticents à se livrer lors de l'entretien ne se sentant pas suffisamment en confiance. Le sujet abordé n'était pas toujours bien accepté avec quelques attitudes de repli de la part de certains participants. Ce biais a été atténué par le fait que l'interviewer était lui-même médecin. Une attitude empathique propice aux confidences a été favorisée ce qui a permis d'obtenir un discours ouvert de la plupart des médecins.

Le fait d'avoir réaliser la plupart des entretiens (13 sur 14) au cabinet du médecin crée un biais externe car il ne s'agit pas d'un lieu neutre. La présence du téléphone et l'interruption du discours à plusieurs reprises constitue aussi un biais que nous n'avons pas pu maîtriser.

Il existe bien entendu un biais d'investigation dans notre étude car n'étant pas formée à la technique des entretiens, j'ai pu involontairement influencer le discours des médecins par mes questions ou mes réactions. Ce biais s'est atténué avec l'expérience des entretiens.

Le biais d'interprétation a été limité par le fait que l'analyse a été effectuée par trois médecins. Nous avons en effet comparé et mis en commun les résultats obtenus de nos analyses pour plus d'objectivité. Un psychiatre contacté de manière informelle nous a également donné son avis pour l'interprétation des résultats. Cependant, nous pouvons regretter l'absence d'interprétation par un sociologue ou un psychologue qui aurait pu apporter un avis complémentaire à cette étude. Mais le verbatim étant toujours disponible, rien ne nous empêche d'envisager un travail complémentaire avec ce type d'intervenant.

II. Les limites de la définition de la maltraitance

La définition de la maltraitance qui nous est donnée par les médecins interrogés reste floue, avec des incertitudes sur les limites de ce qu'englobe réellement le concept de maltraitance. Il existe bien sûr des imprécisions sur les définitions officielles mais ce n'est pas tout. Les généralistes soulèvent ainsi un certain nombre de questionnements sur la fin de vie, sur la perte d'autonomie, sur l'institutionnalisation parfois forcée, sur l'isolement de nos aînés et leur solitude... La question posée est « où commence la maltraitance et où s'arrête-t-elle ? ». Malgré les nombreuses définitions qui ont pu être établies et répertoriées dans notre revue de la littérature, cette définition reste selon eux subjective et dépend fortement du contexte. Peut-on en effet toujours considérer qu'un tutoiement est une maltraitance si le soignant connaît son patient depuis de nombreuses années et que celui-ci recherche ce lien de proximité ? Doit-on forcément exiger qu'une personne qui a toujours vécu d'une façon précaire et dans des conditions d'hygiène douteuses change ses habitudes une fois devenue vieille ? La discussion reste ouverte. Ces questionnements soulèvent un débat et n'ont certainement pas de réponses pré établies. C'est en cela que l'on peut considérer que la maltraitance relève dans certains cas d'un questionnement éthique. Dans ces situations, trouver comme le préconise Paul Ricoeur une « *visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* » pourrait être une solution. S'occuper de la maltraitance impose

en effet de tenir compte du contexte familial, social et psychologique de la personne âgée et de l'état de la société actuelle qu'on ne peut pas changer « *d'un coup de baguette magique* » comme en plaisante un des médecins interrogés. Une définition trop simpliste ne peut pas s'appliquer à l'humain.

Jean-Jacques AMYOT, psychologue, propose de parler de négligences affectives [12] plutôt que de maltraitances pour qualifier l'isolement qui frappe certains de nos aînés. Cette notion d'isolement est très présente dans nos entretiens et de nombreux médecins la citent. Il différencie la relation qui peut consister en des appels téléphoniques ou aux visites de courtoisies du véritable lien qui selon lui se fragilise avec l'âge du fait de l'éloignement et du manque de disponibilité des enfants. La demande de la personne âgée devient dans le même temps plus pressante. Pour lui la négligence se caractérise par un « *désinvestissement, (un) désintérêt, (un) détachement plus terrible que l'affrontement pour celui dont l'investissement n'a pas décliné. La négligence affective, c'est l'oubli progressif de l'existence de l'autre ou l'inexistence dans la proximité* ». La personne âgée peut ressentir un abandon lorsque l'intérêt de son entourage amical ou familial décroît pour lui, lorsqu'il a le sentiment qu'on l'appelle ou qu'on lui rend visite par devoir et non par plaisir. Elle engendre un sentiment de doute, de dévalorisation, d'un émoussement de la joie de vivre de la personne qui y est confrontée. Le concept de maltraitance est plus vaste que celui des seules définitions officielles. La souffrance des personnes âgées dépasse le cadre des maltraitances.

III. Une formation insuffisante ?

Quand on les interroge sur leur formation, aucun médecin n'a reçu de cours lors de son cursus initial sur la maltraitance de la personne âgée. Ce constat rejoint les données d'une étude américaine de 2005 qui montrait que 80% des médecins exerçant en soins primaires en Ohio se sentaient insuffisamment formés sur ce sujet et seuls 13% se souvenaient avoir reçu

une formation[44]. En 1997, les médecins urgentistes interrogés aux Etats-Unis sur le même sujet n'étaient que 25% à déclarer avoir reçu une formation sur la maltraitance de la personne âgée durant leur formation d'urgentistes alors que 63% avaient reçu une formation sur la maltraitance à épouse et 87% sur celle des enfants [42]. Même si en France, aucune étude de ce type n'a encore été réalisée à ce jour, les résultats de notre enquête sont plutôt inquiétants car ils mettent en évidence l'absence totale de formation initiale sur ce sujet chez les médecins interrogés... Bien peu accèdent ensuite à une formation sur le sujet lors de leur Formation Médicale Continue. Il serait intéressant d'élargir ce questionnement à l'ensemble de la profession.

Cependant, les médecins soulignent une acquisition de connaissances de part leur expérience personnelle. On a pu prouver que la connaissance de plusieurs situations à risque de maltraitance augmentait la probabilité de diagnostiquer une maltraitance [51] mais l'expérience ne semble pas suffire à une bonne prise en charge. Au contraire, elle nuirait chez le personnel de soins à domicile au repérage des cas de maltraitance [20]. On a par contre montré [66] qu'une formation surtout sous forme de séminaires améliorerait la bonne prise en charge des cas de maltraitance à personnes âgées. D'ailleurs l'apprentissage sur support écrit n'aurait pas les mêmes effets et c'est par ce biais que certains médecins disent s'être formés dans notre étude.

Taylor en 2006 met en évidence un manque de connaissance des signes et des facteurs de risque de maltraitance chez les médecins généralistes dans le Michigan [73]. Dans nos entretiens, on retrouve une connaissance parcellaire et imprécise de ces signes, variable selon les médecins. Notre type d'étude uniquement qualitative ne permet pas de tirer de conclusions quant au niveau de connaissance réel de l'ensemble des médecins généralistes en Lorraine mais nous oriente tout de même vers un manque de connaissance précise et une tendance à l'auto formation ou à la généralisation à partir de l'expérience. On constate néanmoins chez

les médecins interviewés une bonne connaissance des différents types de maltraitements malgré un manque de précision concernant les termes à employer. En 1997, 74% des médecins interrogés aux Etats-Unis ne savaient pas qu'il existait des définitions médicales de la maltraitance et des négligences [42]. Cela ne semble pas être le cas de nos médecins.

De nombreux travaux internationaux ont montré qu'un manque de connaissance sur les définitions, les signes, les facteurs de risques et les procédures de signalement de la maltraitements constitue un véritable obstacle au signalement [45] [73]. On peut penser que cela est vrai aussi en France et des recherches sur ce sujet pourraient être conduites.

En tout cas, de nombreux médecins interrogés se sentent insuffisamment formés et seraient intéressés pour participer à des formations ce qui démontre leur intérêt pour ce sujet. Notons tout de même que les médecins recrutés étaient certainement plus intéressés au départ que l'ensemble des généralistes lorrains sur le sujet de la maltraitements puisqu'ils ont accepté de participer à notre étude.

Un des moyens d'aider les médecins généralistes à améliorer leur prise en charge de la maltraitements pourrait donc être une amélioration de leur formation sur le sujet.

IV. Les obstacles au signalement

1. Les paradoxes du rôle de généraliste

Parmi les autres obstacles au signalement, on retrouve le rôle ambigu du médecin généraliste, du « médecin de famille ». Celui-ci est proche de ses patients mais cette proximité crée un véritable paradoxe comme le souligne Rodriguez en 2006 dans une enquête sociologique semblable à la nôtre auprès de médecins généralistes à Los Angeles [67]. En effet, il existe un lien très fort entre un généraliste et ses patients, parfois amical et dépassant le cadre professionnel, ce qui permet au généraliste de créer un climat de confiance propice

aux confidences de la part de son patient. « Là, la situation est souvent beaucoup plus difficile, parce que nous on intervient certes en tant que thérapeute, chez la personne âgée mais on intervient aussi en tant que confident... C'est pour ça que je dis que la relation est beaucoup plus... elle n'est pas que professionnelle, pas purement professionnelle » (Entretien 2)

Le paradoxe réside dans le fait que plus ce lien est proche, plus la confiance que le patient place en son médecin empêche celui-ci de rendre public ce que le patient lui a confié dans l'intimité. Le médecin a alors peur de trahir la confiance de son patient et de perdre ce lien si précieux et choisit de se taire ou d'attendre d'avoir des preuves concrètes avant de signaler une maltraitance.

La problématique est similaire lorsque le médecin est coordonateur d'une maison de retraite et entretien des relations de proximité avec les équipes soignantes. Il peut dans ce cas éprouver des difficultés à « dénoncer » une personne de l'équipe soignante qu'il apprécie pour les mêmes raisons.

Un autre paradoxe cité également par Rodriguez dans son étude est celui de la qualité de vie du patient qui peut se trouver altérée lors d'un signalement car une institutionnalisation non souhaitée par le patient peut créer une dégradation des relations de celui-ci avec sa famille propice à l'apparition de nouvelles violences. Le médecin va donc toujours se retrouver dans une problématique d'agir au mieux sans nuire au patient, ce qu'on retrouve dans le code de déontologie sous les termes d'agir « avec tact et mesure ».

2. Une loi peu claire

La loi française laisse le médecin libre de choisir le moment où il doit intervenir. Le médecin est alors placé dans une situation délicate où d'un côté il craint de lever le secret professionnel et d'un autre côté il peut être accusé de non assistance à personne en péril. Il se

retrouve parfois seul à devoir décider ce qui est le meilleur choix pour son patient. Cette ambiguïté peut conduire à une attente, à une fuite qui va être préjudiciable pour le patient. Certains médecins recherchent alors des preuves avant de réaliser un signalement ce qui n'est normalement pas dans son rôle propre. D'autres vont esquiver le problème en faisant appel aux assistantes sociales. Dans toutes les situations un peu douteuses, on constate une vraie difficulté à prendre une décision.

Un autre problème est celui de la définition de la vulnérabilité qui n'est pas précise. Du moment où la personne âgée peut donner son accord, le médecin a tendance à ne plus la considérer comme vulnérable. Pourtant, dans certaines situations (un handicap physique par exemple) elle est vulnérable même si elle peut s'exprimer. Est-ce alors le souhait du patient qui doit rentrer en compte ou l'urgence d'une protection ? Les souhaits des patients sont parfois paradoxaux et il n'est pas toujours facile de les protéger quand ceux-ci s'y opposent. Comme le souligne un des médecins « Si on va plus loin, c'est moi qui vais être violente parce que je vais leur proposer une solution, mais c'est pas celle qu'ils veulent. »(Entretien 1). Ce problème ne se rencontre pas dans les situations de maltraitance à enfants comme le font remarquer certains médecins. Une définition plus précise du cadre d'intervention du généraliste pourrait-elle aider celui-ci à agir ?

3. Les autres obstacles

Ils sont détaillés dans la troisième partie « Résultats ». Ils sont comparables aux obstacles précédemment mis en évidence dans certaines études internationales : le refus du généraliste de reconnaître qu'il y a mauvais traitement, l'ignorance des services d'aide, l'absence de protocoles pour évaluer les mauvais traitements et y réagir, la crainte des représailles, le problème du secret professionnel, le manque de connaissances au sujet de l'existence et de la définition des mauvais traitements infligés aux personnes âgées [45], l'inadéquation entre la

perception du phénomène et sa réalité sur le terrain, la perception de ce problème comme un problème social et non pas médical[11], la mauvaise connaissance des lois, des procédures de signalement et des définitions de la maltraitance[9].

Il est possible d'agir sur certains de ces obstacles en améliorant la formation des généralistes, en renforçant l'intervention des services sociaux auprès du médecin généraliste, en généralisant l'utilisation de protocoles pour gérer les situations de maltraitances. Il semble plus difficile d'agir sur certains autres obstacles qui sont plus spécifiques à chaque médecin dans son identité. Pour cela, nous parlerons des différents mécanismes de défense retrouvés dans notre étude.

V. Les mécanismes de défense du médecin généraliste

On constate lors de la lecture des entretiens une difficulté de verbalisation de certains médecins sur le sujet de la maltraitance. Pour expliquer cette difficulté à verbaliser leurs émotions ou au contraire parfois une implication émotionnelle difficile à canaliser, on peut évoquer certains mécanismes de défenses psychologiques [40]. Ils sont définis dans le DSM-IV comme des « *processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de danger ou de facteurs de stress internes ou externes* ». Les auteurs du DSM-IV TR précisent que les mécanismes de défense constituent des médiateurs entre la réaction du sujet aux conflits émotionnels et les facteurs de stress internes ou externes. En même temps ils soulignent que les sujets n'ont généralement pas conscience de ces mécanismes de défense lorsque ceux-ci sont à l'œuvre. Au regard des témoignages recueillis, nous évoquerons 9 mécanismes de défense.

1. L'affiliation

L'affiliation se définit comme « *la recherche de l'aide et du soutien d'autrui quand on vit une situation qui engendre l'angoisse* ». Il s'agit d'un mécanisme de défense positif.

La plupart des médecins interrogés ont recours à ce mécanisme de défense pour faire face à la difficulté de prendre en charge les situations de maltraitance. Un des médecins parle de son besoin de participer à un groupe de pairs pour rompre son isolement, quatre autres évoquent le recours à l'assistante sociale, d'autres font appel à l'hôpital et enfin certains se réfèrent au rôle des autres intervenants à domicile. D'autres instances servent parfois également de relais aux médecins comme la mairie qui est évoquée dans deux entretiens...

Ce mécanisme de défense n'engendre la plupart du temps aucun effet négatif, au contraire, il est indispensable pour une prise en charge pluri disciplinaire comme l'exprime un des médecins : « *Donc je pense qu'il ne faut pas rester tout seul dans son coin à essayer de gérer la maltraitance si tant est qu'il y en a, qu'il y en a eu. Et je pense qu'il faut effectivement faire intervenir des interlocuteurs et, et demander, euh, demander de l'aide si l'on ne sait pas trop quels sont les...* ». Il peut devenir gênant si le besoin du recours à autrui devient systématique et le seul moyen d'action du généraliste. Au contraire, le rejet total d'une affiliation peut empêcher une bonne prise en charge car le généraliste reste alors isolé et seul face à ses problèmes.

2. L'affirmation de soi par l'expression des sentiments

Ce mécanisme de défense s'exprime lorsque « *en proie à un conflit émotionnel ou à un évènement extérieur stressant, la personne qui utilise ce mécanisme de défense communique sans détour sentiments et pensées, d'une façon qui n'est ni agressive, ni manipulatrice.* »

Certains médecins arrivent à exprimer clairement leur ressenti face aux situations de maltraitance. Il s'agit de sentiments comme la colère, la culpabilité ou la gêne (voir partie « Résultats »). Ce mécanisme de défense n'est relié à aucun aspect négatif à condition que l'expression des sentiments ne soit pas teintée d'agressivité car elle pourrait alors devenir néfaste pour l'interlocuteur. Les médecins généralistes interrogés parviennent la plupart du

temps à exprimer leur émotion. Ceux qui n'y parviennent pas semblent en difficulté face aux situations de maltraitance.

3. Le clivage

Il s'agit de « *l'action de séparation, de division du moi (clivage du moi), ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible* ».

On retrouve ce mécanisme lorsque le médecin fait coïncider deux idées complètement opposées sur la maltraitance au sein du même discours ou qu'il sépare la réalité du concept comme dans cette phrase : « *L'ampleur c'est difficile parce que c'est quelque chose de nouveau.* » Le médecin sépare alors complètement le concept de maltraitance et sa définition de sa réalité clinique qui existe depuis toujours. On peut également parler de clivage lorsque certains des médecins interrogés commencent par dire qu'ils n'ont jamais rencontré de cas de maltraitance dans leur pratique et qu'ils en évoquent finalement plusieurs au cours de l'entretien.

4. Le déni

Le déni concerne « *l'action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi.* »

On le retrouve surtout dans l'entretien n°2 où le médecin refuse de reconnaître que la maltraitance existe. Le déni permet d'écarter le conflit, le jugement puisque l'objet du déni n'existe plus. Un des médecins l'exprime clairement : « *Moi je suis quand même très étonné, parce qu'on parle d'un sujet, j'ai l'impression qu'on parle d'un mouton à cinq pattes !!!* » D'autres l'expriment de façon plus insidieuse comme lorsqu'ils donnent une estimation importante du phénomène de la maltraitance au niveau national et disent ne jamais en avoir

rencontré au sein de leur patientèle. La réalité d'une maltraitance touchant un de leurs patients leur paraît peut être insupportable...

5. L'identification projective

Il s'agit de « *l'assimilation inconsciente, sous l'effet du plaisir libidinal et/ou de l'angoisse, d'un aspect, d'une propriété, d'un attribut de l'autre, qui conduit le sujet, par similitude réelle ou imaginaire, à une transformation totale ou partielle sur le modèle de celui auquel il s'identifie.* »

On remarque dans plusieurs entretiens une identification à la victime « *Je pense que ça, ça fait se dire, euh, j'espère que je ne vieillirai jamais comme ça.* ».

Certains médecins s'identifient de façon très importante au personnel soignant en tentant de justifier leur comportement « *Ben le ressenti que j'en ai eu moi c'est surtout un ressenti de dénigrement du personnel qui m'a énormément dérangé, parce que moi je leur tire mon chapeau. Je suis désolé... Travailler avec des personnes âgées pendant des années, tous les jours, en faisant un certain nombre de gestes, qui sont des gestes physiques, de la vie quotidienne, c'est pas facile. Alors jeter la pierre aux personnels qui s'occupe des personnes âgées, je trouve que c'est un peu trop simple.* » Il se place ainsi à la place de l'accusé potentiel et le défend.

On retrouve également dans trois entretiens une intrusion de la vie personnelle du médecin dans son discours avec l'évocation de leurs parents vieillissants ce qui peut correspondre à une identification aux familles.

Ce mécanisme de défense peut être dangereux quand il empêche le médecin de prendre une distance suffisante pour intervenir de manière professionnelle ou qu'il l'empêche de reconnaître qu'il existe une maltraitance. Il permet néanmoins de faire preuve d'empathie et de mieux comprendre comment peuvent naître certaines situations de maltraitance.

6. Intellectualisation : recours à l'abstraction pour éviter un conflit

C'est le « *recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisserait trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué.* »

On retrouve surtout ce mécanisme de défense dans l'entretien n°8 où le médecin fait énormément de digressions qui ne correspondent pas au sujet proposé et n'évoque la maltraitance qu'à travers des généralités. Cela correspond bien à un véritable mécanisme de défense car lorsqu'il évoque enfin un cas concret de maltraitance dans lequel il s'est investi personnellement à la fin de l'entretien, il nous demande d'interrompre l'enregistrement car il est gêné par le caractère trop intime de cette évocation.

« *Donc là, on a, on a un système, on a un système qui est maltraitant, le système euh, euh, à vouloir gagner le plus possible, euh, euh, et ça c'est gagner, c'est une minorité qui gagne le plus, et une majorité qui, qui se font avoir par le miroir aux alouettes. Hein, voilà, le miroir aux alouettes et le piège c'est l'appauvrissement, appauvrissement ils sont surtout dans des petits appartements et puis, euh, ils sont complètement, je dirais... dépourvus de toute histoire, de tout... euh et bien sûr ils ne veulent pas voir la souffrance donc euh, ils veulent pas essayer de la comprendre, ils souffrent eux-mêmes, et, et leur vieux ils vont les voir une fois par semaine.* » Entretien n°8

7. La mise à l'écart

Elle constitue une « *tentative de rejet volontaire, hors du champ de la conscience, de problèmes, désirs, sentiments, ou expériences qui tourmentent ou inquiètent le sujet.* »

Cette mise à l'écart est souvent bénéfique si elle s'accompagne d'action. Parfois, elle constitue au contraire un risque de désinvestissement si elle est trop importante. Chez les médecins interrogés, cette mise à l'écart plutôt positive et ne freine pas l'action.

« Mais bon, j'ai déjà vu, j'sais pas, 3 morts subites du nourrisson, 3 gamins de 15 ans qui se sont pendus, 5 qui se sont suicidés avec un coup de fusil avec du sang partout, je suis allé sur un accident il y avait 4 morts... j'veux dire des trucs j'en ai vu en 35 ans. Après on n'est, on n'est pas détaché, mais enfin, euh, ce qui faut c'est agir, voilà, donc c'est tout. On n'est plus trop au stade de la compassion. » Entretien n°3

8. La rationalisation

C'est une « justification logique, mais artificielle, qui camoufle, à l'insu de celui qui l'utilise, les vrais motifs (irrationnels et inconscients) de certains de ses jugements, de ses conduites, de ses sentiments, car ces motifs véritables ne pourraient être reconnus sans anxiété. »

Certains médecins établissent en effet un discours logique et rassurant qui permet d'expliquer pourquoi la maltraitance survient. Parfois, ils rejettent même sur une composante unique la responsabilité de situations vécues douloureusement. Ce discours qui apparaît comme très logique rassure et écarte la possibilité d'une ambivalence dans la relation et les sentiments.

« Pour moi la maltraitance est institutionnalisée. On peut le dire. Hein, et avant d'aller tellement tirer rouge sur les personnes qui, euh, qui interviennent au quotidien et dans les maisons de retraite. » Entretien 12

9. Le refoulement

Il se définit comme le « rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives, tout en étant inaccessibles à la prise de conscience. Le retour du refoulé, dont les conséquences peuvent être anodines ou pathologiques, intervient en cas d'échec ou d'insuffisance du refoulement. »

Il semble apparaître dans certains entretiens où l'évocation des cas de maltraitance resurgit au cours du discours de façon d'abord floue puis plus précise. L'évocation du souvenir fait resurgir de nombreux détails qui n'étaient plus accessibles au départ. Au fur et à mesure, le médecin précise son idée plus clairement. Précisons tout de même que dans le cadre de notre étude, la différence entre un oubli simple et un refoulement ne peut pas être établi. La présence de ce mécanisme n'est donc qu'une supposition de notre part et une interprétation subjective du discours.

« Non... Si, si j'ai fait un signalement il y a quelques années... Les circonstances exactes je ne m'en souviens pas, mais je sais qu'il y a un numéro d'appel pour qu'on puisse signaler. Et, c'était une famille qui s'était... je ne me souviens plus trop des circonstances, ça date déjà d'il y a quelques années, et j'ai un numéro d'appel à qui je m'étais adressé... » Entretien n°14

Partie 5 : CONCLUSION

Notre travail de recherche nous a permis de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'identification et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée dépendante.

Nous avons mis en évidence une connaissance parcellaire du sujet pouvant entraîner des difficultés de prise en charge et de repérage des cas de maltraitance.

Les médecins expriment pour la plupart un besoin de se former sur ce sujet qu'ils connaissent mal et pour lequel ils n'ont pas reçu de formation initiale.

Ils évoquent de nombreuses limites qui les empêchent de repérer les cas de maltraitance qui sont en lien avec le patient et son environnement mais aussi avec leur propre comportement. Le médecin généraliste a besoin d'autres intervenants pour prendre en charge la maltraitance. Il n'agit pas seul. Il sait globalement quelle attitude adopter pour protéger la victime de maltraitance même s'il n'est pas toujours persuadé qu'il est le mieux placé pour s'occuper de ces situations.

Il rencontre de nombreuses difficultés dans sa prise en charge du fait de la relation ambivalente qu'il entretient avec les familles et ses patients. De nombreux questionnements concernent sa manière d'agir. Il éprouve aussi des difficultés à gérer les causes extérieures favorisant les maltraitements comme le manque d'argent, le manque de temps ou un environnement inapproprié personnel et sociétal.

Ses moyens de préventions sont d'adapter l'environnement du patient, de se remettre en question et d'entourer le patient et sa famille par son écoute et sa présence.

On constate dans toutes ces situations difficiles une implication importante du médecin au niveau émotionnel avec des difficultés parfois à séparer son rôle professionnel de son vécu personnelle. L'émotion peut être tellement envahissante qu'elle impose parfois une mise à l'écart pour mieux agir.

Enfin, les généralistes nous donnent des pistes de réflexions pour les aider à améliorer leur prise en charge comme une simplification des démarches, une multiplication des structures d'aide à domicile et un accès facilité à l'institution et aux services spécialisés. Une meilleure formation constituerait également un moyen d'améliorer les choses.

Il ressort donc d'après les résultats de notre étude que les limites de la définition de la maltraitance sont difficiles à préciser malgré les définitions officielles qui nous sont données. Les médecins généralistes sont certainement insuffisamment formés sur le sujet et font face à de nombreux autres obstacles les empêchant de signaler facilement la maltraitance (paradoxe du rôle du généraliste, législation difficile à comprendre...)

Nous avons également évoqué dans notre discussion les différents mécanismes de défense utilisés par les médecins généralistes pour lutter contre leurs difficultés à appréhender le problème de la maltraitance. Cela montre bien à quel point cette problématique renvoie en chacun de nous la souffrance insupportable de la victime et de son bourreau.

En conclusion, on peut retenir que le médecin généraliste occupe une place privilégiée dans le repérage et la prévention des maltraitances du fait de sa proximité professionnelle et parfois même affective avec le patient, mais que cette même proximité le met dans une situation délicate quant il s'agit de prendre en charge une situation de maltraitance. Un accompagnement efficace de ces situations impose donc au médecin généraliste de s'entourer d'autres professionnels et de travailler d'avantage dans un réseau bien identifié.

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire n°dhos/rh4/2009/215 du 15 juillet 2009 relative aux axes et actions de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
2. Loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
3. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 118). Journal officiel de la République française; 22 juillet 2009.
5. ACIERNO R., HERNANDEZ M., AMSTADTER A., RESNICK H., STEVE K., MUZZY W., et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. American Journal of Public Health. 2010;100(2):292-7.
6. ACTION ON ELDER ABUSE. What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin. 1995;11.
7. AHMAD M., LACHS M. Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2002;69(10):801-8.
8. ALMA FRANCE. Statistiques 2010. 2010. Available from: http://www.alma-france.org/IMG/pdf/Statistiques_ALMA_2010.pdf
9. ALMOGUE A., WEISS A., MARCUS E., BELOOSESKY Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2010;51(1):86-91.
10. ARNETZ J., ARNETZ B. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Social Science and Medicine 2001;52(3):417-27.
11. AUSTIN G., RINKER A.J. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009;48(1):110-5.
12. AYMOT J. Peut-on parler de négligences affectives? Gériatrie. 2004/03;131:45-51.

13. BAS P. Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille; 2007.
14. BECK H., BOIFFIN A. Témoin de maltraitance: Que faire? *Gérontologie*. 2008;145:39-47.
15. BELMIN J., CHASSAGNE P., FRIOCOURT P., GONTHIER R., JEANDEL C., NOURHASHEMI F., et al. *Gériatrie 2ème édition collection pour le praticien*. Paris: Masson; 2009.
16. BIGGS S., MANTHORPE J., TINKER A., DOYLE M., ERENS B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2009;21(1):1-14.
17. BLANCHET A., GOTMAN A. *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*. Paris: Armand Colin; 2010.
18. BRUTEL C. Projections de population à l'horizon 2050. Insee Première. Mars 2001.
19. BURSTON G. Granny battering. *British Medical Journal*. 1975 September 6;3(5983):592.
20. CACIULA I., LIVINGSTON G., CACIULA R., COOPER C. Recognition of elder abuse by home care workers and older people in Romania. *International Psychogeriatrics*. 2010;22(3):403-8.
21. CLARCKE M., PIERSON W. Management of elder abuse in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 1999;17(3):631-44.
22. COLLÈGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GÉRIATRIE. *Corpus de gériatrie tome 1*. Montmorency: 2M2; 2000.
23. COMBESSIE J. *La méthode en sociologie*. Paris: La découverte; 2007.
24. COMIJS H., JONKER C., VAN TILBURG W., SMIT J. Hostility and coping capacity as risk factors of elder mistreatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999;34(1):48-52.
25. COMIJS H.C., POT A.M., SMIT J.H., BOUTE L.M., JONKER C. Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998;46(7):885-8.
26. COMPAGNON C., GHADI V. « la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé », étude sur la base de témoignages. Haute Autorité de Santé; 2009.

27. CONSEIL DE L'EUROPE. Colloque sur les violences au sein de la famille. 1987.
28. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Atlas 2011 de la région lorraine: La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Lorraine, situation au 1er juin 2011. 2011.
29. DALOZ L., BÉNONY H., FRÉNISY M.-C., CHAHRAOUI K. Burnout et maltraitance dans la relation soignante. *Annales médico-psychologiques*. 2005;163(2):156-60.
30. DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : Une enquête qualitative. *Etudes et résultats de la Drees*. 2005;n°370.
31. DUPORTET B. Délateur ou confident ? À propos de la maltraitance envers les personnes vulnérables. *La Revue de Gériatrie*. 2006;31(5).
32. DUROCHER A., DI POMPEO C., PUISIEUX F., DEWAILLY P., DUROCHER A. La maltraitance des personnes âgées dans un cadre familial élargi: Enquête dans le département du Nord *La Presse Médicale*. 2000;29(16):880-4.
33. FERNANDEZ C., PONS T., PRÉDALI D., SOUBEYRAND J. *On tue les vieux*. Paris: Fayard; 2006.
34. FRANÇOIS I., MOUTEL G., PLU I., PFITZENMEYER P., HERVÉ C. Concerning mistreatment of older people: Clinical and ethical thoughts based on a study of known cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006;42(3):257-63.
35. FREUDENBERGER H.J. *L'épuisement professionnel*. Boucherville: Gaétan Main; 1985.
36. GARCIA S. Les facteurs de risque des négligences. *Gérontologie*. 2004;132:24-48.
37. HALPHEN J., VARAS G., SADOWSKY J. Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics*. 2009;64(7):13-8.
38. HUGONOT R. *La vieillesse maltraitée* 2ème édition. Paris: Dunod; 2003.
39. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). *Les personnes âgées*. Insee références. 2005.

40. IONESCU S., JACQUET M.-M., LHOTE C. Les mécanismes de défense, théorie et clinique 2ème édition. Paris: Armand Colin; 2012.
41. JOGERST G.J., DALY J.M., BRINIG M.F., DAWSON J.D., SCHMUCH G.A. Domestic elder abuse and the law. *American Journal of Public Health*. 2003;93(12):2131-6.
42. JONES J., VEENSTRA T., SEAMON J., KROHMER J. Elder mistreatment: National survey of emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*. 1997;30(4):473-9.
43. KAUFMANN J. L'entretien compréhensif: L'enquête et ses méthodes. Paris: Armand Colin 2011.
44. KENNEDY R.D. Elder abuse and neglect: The experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Family Medicine*. 2005;37(7):481-5.
45. KRUEGER P., PATTERSON C. Detecting and managing elder abuse: Challenges in primary care. *Canadian Medical Association*. 1997;157(8):1095-100.
46. LACHS M., PILLEMER K. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*. 1995;332:437-43.
47. LACHS M.S., PILLEMER K. Elder abuse. *The Lancet*. 2004;364(9441):1263-72.
48. LEVINE J. Elder neglect and abuse. A primer for primary care physicians. *Geriatrics*. 2003;58(10):37-40.
49. MARSCHALL C., BENTON D., BRAZIER J. Elder abuse: Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics*. 2000;55(2):42-53.
50. MASLACH C., JACKSON S.E., LEITER M.P. *Maslach burnout inventory manual (3rd edn.)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
51. MCCREADIE C., BENETT G., GILTHORPE M., HOUGHTON G., TINKER A. Elder abuse: Do general practitioners know or care? *Journal of the Royal Society of medicine*. 2000;93(2):67-71.
52. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Tutelles. 2012. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/justice-civile-11861/tutelles-12182/>

53. MOULIAS R. L'âgisme en médecine. 56ème journée régionale de gérontologie l'âgisme: Racisme anti-vieux ou intégration? Voiron. La Tronche: Société Rhône-Alpes de Gérontologie. 1996. p. 17-25
54. MOULIAS R. La "Bientraitance": Qu'est-ce que c'est? Gérontologie et Société. 2010 06(133):10-21.
55. NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE AT THE AMERICAN PUBLIC HUMAN SERVICES ASSOCIATION. The national elder abuse incidence study; 1998.
56. NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. The Belmont report. 1979.
57. NELSON H., NYGREN P., MCLNERNEY Y., KLEIN J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the US preventive services task force. Annals of Internal Medicine. 2004;140(5):387-96.
58. PELLERIN J., SCHUSTER J., PINQUIER C. Maltraitance envers les personnes âgées et services d'urgence. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement. 2005;3(3):169-81.
59. PILLEMER K., FINKELHOR D. The prevalence of elder abuse: A random sample survey. The Gerontologist. 1988;28(1):51-7.
60. PLAMONDON L., LAUZON S., RAPIN C.-H., BOURDEAU M. Comment évaluer le danger chez les personnes âgées à domicile? 2003. Available from: http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/ODIVA2006methodologie.pdf
61. PODNIEKS E., PILLEMER K., NICHOLSON J.P., SHILLINGTON T., FRIZZEL A. National survey on abuse of the elderly in Canada. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1993;4(1-2):5-58.
62. POUILLARD J. Signalement de la maltraitance et secret professionnel. Gérontologie. 2005;135:2-10.
63. RAPOPORT D. La bien-traitance envers l'enfant. Paris: Belin; 2006.
64. RAPPORT DE L'OMS. Abuse of older persons. 2002.
65. REY C. Réflexions sur la maltraitance aux personnes âgées en institution. Perspective soignante. 1999;6:67-87.

66. RICHARDSON B., KITCHEN G., LIVINGSTON G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: A randomized controlled trial. *Age and Ageing*. 2002;31(5):335-41.
67. RODRIGUEZ M.A., WALLACE S.P., WOOLF N.H., MANGIONE C.M. Mandatory reporting of elder abuse: Between a rock and a hard place. *Annals of family Medicine*. 2006;4(5):403-9.
68. ROLLAND Y., BENETOS A., GENTRIC A., ANKRI J., BLANCHARD F., BONNEFOY M., et al. La fragilité de la personne âgée : Un consensus bref de la société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2011;9(4):387-90.
69. ROSENBLATT D., CHO K., DURANCE P. Reporting mistreatment of older adults: The role of physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(1):65-70.
70. RUAULT G., DOUTRELIGNE S., FERRY M. Présentation de l'outil bienveillance. *La revue de gériatrie*. 2012;37(5):349-52.
71. SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE D'URGENCE. Maltraitance: Dépistage conduite à tenir aux urgences; 2004.
72. SOUBEYRAND J., PRÉDALI D. Douze gériatres en colère. Paris: Fayard; 2009.
73. TAYLOR D.K., BACHUWA G., EVANS J., JACKSON-JOHNSON V. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: A communitywide survey of primary care physicians. *Journal of the National Medical Association*. 2006;98(3):403-4.
74. THOMAS H., SCODELLARO C., DUPRÉ-LÉVÊQUE D. Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants: Une enquête qualitative. *Etudes et Résultats de la DREES*. 2005;370.
75. WAGENAAR D., ROSENBAUM R., PAGE C., HERMAN S. Primary care physicians and elder abuse: Current attitudes and practices. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2010;110(12):703-13.
76. WIKIPÉDIA. 2013. Available from: http://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_%C3%A2g%C3%A9e
77. WOOD S., STEPHENS M. Vulnerability to elder abuse and neglect in assisted living facilities. *The Gerontologist*. 2003;43(5):753-7.

ANNEXES

ANNEXE 1 : La grille AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso- Ressources) est une grille pour la gestion de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Elle permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées par la personne âgée seule puis de définir en fonction de la perte d'autonomie un groupe iso-ressources .

Un groupe iso-ressources comprend des personnes qui nécessitent une même mobilisation de ressources pour faire face à leur dépendance.

AGGIR comporte dix variables à coder : Cohérence, Orientation, Toilette, Habillage, Alimentation, Élimination, Transfert, Déplacement à l'intérieur, Déplacement à l'extérieur, Communication à distance.

Pour chaque activité examinée quatre adverbes seront à utiliser :

S = Spontanément,

T = Totalement

C = Correctement

H = Habituellement

Le modèle AGGIR permet d'apprécier le degré d'autonomie de la personne âgée à domicile ou en institution. Ce modèle classe les individus en 6 Groupes Iso Ressources (GIR) définis comme suit :

GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent les personnes en fin de vie.

GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées:

celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courantes

celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer (souvent dénommées les "déments ambulants").

GIR 3 correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

GIR 4 comprend deux groupes de personnes:

celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette ou l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule.

celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

L'allocation d'autonomie attribuée est de 100% si le patient présente une dépendance le classant dans le groupe iso ressource 1, puis est dégressive jusqu'à 7 % dans le groupe 6.

Ci-dessous, la fiche à remplir. Le groupe GIR sera déterminé ensuite par un logiciel informatique.

Nom et prénom						Date de l'évaluation		Fiche récapitulative AGGIR	
M. Sec.Soc.									
Adresse									
Né(e) le									
Âge									
Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemnt C = Correctement		Code final	
		S	T	C	H	Code		Code final	
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Codage intermédiaire Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON). Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H. ▪ Si aucun adverbe n'est coché codez A , (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) ▪ Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) ▪ Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B .	
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Code final si sous-variables ▪ Cohérence : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Orientation : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Toilette : - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B ▪ Habillage : - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B . ▪ Alimentation : - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B ▪ Élimination : - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

ANNEXE 2 : L'échelle IADL

L'échelle IADL est essentiellement axée sur le comportement habituel de la personne et évalue essentiellement le niveau de dépendance d'un patient à travers l'appréciation des activités de la vie quotidienne.

Elle se compose de deux parties :

1 - une échelle d'autonomie physique issue des travaux de Katz, appréciant la capacité à faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se mouvoir. **IADL**.

2 - une échelle estimant les activités instrumentales. **IADL-E**.

Échelle de soins personnels - IADL 1^o partie

Nom	Prénom	
Sexe	Âge	
Date	Examineur	Code
A - Continence		
1 - Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent.		<input type="checkbox"/>
2 - A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum).		
3 - Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine.		
4 - Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine.		
5 - Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical.		
B - Alimentation		
1 - Mange sans assistance.		<input type="checkbox"/>
2 - Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas.		
3 - Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir.		
4 - A besoin d'une assistance importante à tous les repas.		
5 - Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir.		
C - Habillement		
1 - S'habille, se déshabille, choisir ses vêtements dans sa garde-robe.		<input type="checkbox"/>
2 - S'habille et se déshabille avec une assistance légère.		
3 - A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements.		
4 - A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres		
5 - Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider.		
D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)		
1 - Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance.		
2 - Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser.		<input type="checkbox"/>
3 - A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels.		
4 - A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela.		
5 - Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène personnelle.		
E - Mobilité		
1 - Va se promener dans des parcs ou en ville.		<input type="checkbox"/>
2 - Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison.		
3 - Se déplace avec l'aide :		
a) d'une canne,		
b) d'une béquille,		
c) d'une chaise roulante :		
- y sort et y rentre sans aide,		
- a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir.		
4 - S'assied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide.		
5 - Grabataire plus de la moitié du temps.		
F - Toilette		
1 - Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette).		<input type="checkbox"/>
2 - Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire.		
3 - Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner.		
4 - Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave.		
5 - Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre.		

Les activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL-E - 2^e partie

Consigne

Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel, médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'information suivantes : le malade, sa famille, ses amis.

Donner la réponse "ne s'applique pas" lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais, l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit. (par exemple, un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive). Lorsque vous n'avez pas d'informations ou des informations peu sûres, notez "ne peut pas être coté".

<p>I - Utiliser le téléphone</p> <p>1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.</p> <p>3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.</p> <p>4 - Ne se sert pas du tout du téléphone. * Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.</p>	<p>VI - Utiliser les transports</p> <p>1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.</p> <p>3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.</p> <p>4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.</p>
<p>II - Faire des courses</p> <p>1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - N'est indépendant que pour certaines courses.</p> <p>3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses.</p> <p>4 - Est complètement incapable de faire des courses. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VII - Prendre des médicaments</p> <p>1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.</p> <p>3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.</p> <p>4 - Est incapable de prendre ses médicaments. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.</p>
<p>III - Préparer des repas</p> <p>1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis.</p> <p>3 - Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient.</p> <p>4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VIII - Gérer ses finances</p> <p>1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert.</p> <p>3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.</p> <p>4 - Est incapable de s'occuper d'argent. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.</p>
<p>IV - Faire le ménage</p> <p>1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit.</p> <p>3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison.</p> <p>4 - Ne participe à aucune tâche ménagère. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>IX - Bricoler et entretenir la maison</p> <p>1 - Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques.</p> <p>3 - Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse.</p> <p>4 - Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler.</p>

Score Global

La dépendance est évaluée sur un gradient de un à cinq pour l'échelle de soins personnels, et de un à quatre pour l'IADL-E. Un score élevé traduit une dépendance et le score le plus bas correspond au niveau d'autonomie le plus élevé.

ANNEXE 3 : Calcul de l'indicateur de Colvez

2 *Objet*. Il s'agit d'un indicateur de mobilité, utilisé dès l'enquête menée dans la région Basse-Normandie depuis 1979. Il est possible de le calculer dans de nombreuses enquêtes nationales, dont les enquêtes décennales sur la santé de 1980-1981 et 1991-1992. Il est spécifiquement adapté aux personnes âgées.

3 *Définition standard*. L'indicateur comporte les quatre positions suivantes :

1. Personnes confinées au lit ou au fauteuil (non roulant) ;
2. Autres personnes ayant besoin d'aide pour la toilette *et* l'habillement ;
3. Autres personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ;
4. Autres personnes.

Mode de calcul pour HID – les variables utilisées

4 On a utilisé les questions suivantes pour classer les personnes dans ces modalités.

5 1. *Personnes confinées au lit ou au fauteuil (non roulant)*

6 *BMOB1*. Habituellement (en dehors d'un accident ou d'une maladie passagère), êtes-vous obligé(e) de rester en permanence :

1. ... au lit.
2. ... dans votre chambre.
3. ... à l'intérieur de votre logement.

BTRA1. Vous couchez-vous et vous levez-vous du lit sans aide ?

1. Oui, sans aucune difficulté.
2. Oui, mais avec quelques difficultés.
3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés.
4. Non, il me faut une aide.

BTRA2. Vous asseyez-vous et vous levez-vous de votre siège sans aide ?

- 0. Sans objet : ne peut pas se mettre en position assise.
- 1. Oui, sans aucune difficulté.
- 2. Oui, mais avec quelques difficultés.
- 3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés.
- 4. Non, il me faut une aide.

BDPI1. Vous déplacez-vous sans aide dans toutes les pièces de l'étage où vous êtes ?

1. Oui, je le fais sans aide.
2. Oui, mais seulement dans certaines pièces de l'étage.
3. Non, j'ai en général besoin d'aide pour me déplacer d'une pièce à l'autre.

2. Autres personnes ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement

7 BTOI1. Faites-vous votre toilette sans l'aide de quelqu'un ?

- 0. Sans objet : ne se lave pas.
- 1. Oui, sans aide et sans aucune difficulté.
- 2. Oui, sans aide mais avec quelques difficultés.
- 3. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés en raison de mes difficultés physiques.
- 4. Oui, sans aide mais avec beaucoup de difficultés pour des raisons psychologiques.
- 5. Non, j'ai besoin d'une aide partielle.
- 6. Non, j'ai besoin d'aide pour tout.

BHAB1. Vous habillez-vous et vous déshabillez-vous entièrement sans aide ?

- 0. Sans objet : n'a pas besoin de s'habiller (reste en pyjama...).
- 1. Oui, je me débrouille sans aide et sans aucune difficulté.
- 2. Oui, je me débrouille sans aide mais avec quelques difficultés.
- 3. Oui, je me débrouille sans aide mais avec beaucoup de difficultés.
- 4. Non, quelqu'un me prépare les vêtements que je dois mettre.
- 5. Non, quelqu'un m'aide pour les choses difficiles ou pour les fermetures.
- 6. Non, j'ai besoin d'une aide pour tout.

3. Autres personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile

8 BMOB1. Habituellement (en dehors d'un accident ou d'une maladie passagère), êtes-vous obligé(e) de rester en permanence...

1. Au lit.
2. Dans la chambre.
3. À l'intérieur du bâtiment.
4. Non, peut sortir.

BDPE1. Sortez-vous de votre domicile sans aide ?

1. Oui, je sors assez souvent et je peux m'éloigner sans aide.
2. Oui, mais je ne sors que rarement.
3. Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide.
4. Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques.
5. Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles.

ANNEXE 4 : Modèle de signalement

Cachet du médecin

Signalement

(en lettre d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (*en toutes lettres*) :

Date (*jour de la semaine et chiffre du mois*) : Année : Heure :

Le patient :

Nom : **Prénom** :

Date de Naissance (*en toutes lettres*) : **Sexe** :

Adresse : **Nationalité** :

Accompagné de (*notez s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquez si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le patient*) :

• **La personne accompagnatrice nous a dit que :**

«
.....
.....
..... »

• **Le patient nous dit que :**

«
.....
.....
..... »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui Non (*rayez la mention inutile*) :

• **Description du comportement du patient pendant la consultation :**

«
.....
..... »

• **Description des lésions s'il y a lieu (notez le sièges et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :**

«
.....
..... »

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République le

Fait à, le

Signature du médecin ayant examiné le patient :

ANNEXE 5 : Echelles de dépistage de maltraitance de la personne âgée

BRIEF ABUSE SCREEN FOR THE ELDERLY (BASE)

Purpose: To help practitioners assess the likelihood of abuse.

Instructions: Please respond to every question (as well as you can estimate) concerning all clients ____ years or over who are caregivers (give regular help of any kind) or care receivers:

1. Is the client an older person who has a caregiver? ____ Yes ____ No

2. Is the client a caregiver of an older person? ____ Yes ____ No

3. Do you suspect abuse?
(see also #4 and #5)

i) By a caregiver (comments) _____

1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, somewhat	probably quite likely	yes, definitely

ii) By a care receiver or other (comments) _____

1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, somewhat	probably quite likely	yes, definitely

4. If any answer for #3 except “no, not at all,” indicate what kind(s) of abuse(s) is (are) suspected.

i) physical ____ ii) psychosocial ____ iii) financial ____
iv) neglect ____ (includes passive and active)

5. If abuse is suspected, about how soon do you estimate that intervention is needed?

1	2	3	4	5
immediately	within 24 hrs	24-72 hrs	1 week	2 or more weeks

Copyright © The Gerontological Society of America. Reprinted by permission of the publisher. Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480, Figure 2.

Indicators of Abuse Screen

Indicators of abuse are listed below, numbered in order of importance.* After a 2- to 3-hour home assessment (or other intensive assessment) please rate each of the following items on a scale of 0 to 4. Do not omit any items. Rate according to your current opinion.

Scale: Estimated extent of problem: 0 = nonexistent 00 = not applicable
 1 = slight 000 = don't know
 2 = moderate
 3 = probably/moderately severe
 4 = yes/severe

Caregiver age _____ years
 Caregiver and care receiver kinship _____ spouse
 _____ nonspouse

Caregiver		Care Receiver	
	1. Has behavior problems		13. Has been abused in the past
	2. Is financially dependent		14. Has marital/family conflict
	3. Has mental/emotional difficulties		15. Lacks understanding of medical condition
	4. Has alcohol/substance abuse problem		16. Is socially isolated
	5. Has unrealistic expectations		17. Lacks social support
	6. Lacks understanding of medical condition		18. Has behavior problems
	7. Shows caregiving reluctance		19. Is financially dependent
	8. Has marital/family conflict		20. Has unrealistic expectations
	9. Has poor current relationship		21. Has alcohol/medication problem
	10. Is inexperienced in caregiving		22. Has poor current relationship
	11. Is a blamer		23. Has suspicious falls/injuries
	12. Has poor past relationship		24. Has mental/emotional difficulties
			25. Is a blamer
			26. Is emotionally dependent
			27. Has no regular doctor

*The majority of the most important indicators are in the caregiver category.

For more information, see www.asaging.org and www.generationsjournal.org

Source: Reis, M. (2000, Summer), The IOA Screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, 24(2), p. 14. Reprinted with permission.

ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI)

Purpose: To be used as a comprehensive approach for screening suspected elder abuse victims in all clinical settings.

Instructions: There is no “score” for this instrument. A patient should be referred to social services if the following exists: 1) if there is any positive evidence without sufficient clinical explanation, 2) whenever there is a subjective complaint by the older adult of elder mistreatment, or 3) whenever the clinician deems there is evidence of abuse, neglect, exploitation, or abandonment.

1. General Assessment	Very Good	Good	Poor	Very Poor	Unable to Assess
a. Clothing					
b. Hygiene					
c. Nutrition					
d. Skin integrity					
Additional Comments:					
2. Possible Abuse Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Bruising					
b. Lacerations					
c. Fractures					
d. Various stages of healing of any bruises or fractures					
e. Evidence of sexual abuse					
f. Statement by older adult related to abuse					
Additional Comments:					
3. Possible Neglect Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Contractures					
b. Decubiti					
c. Dehydration					
d. Diarrhea					
e. Depression					
f. Impaction					
g. Malnutrition					
h. Urine Burns					
i. Poor hygiene					
j. Failure to respond to warning of obvious disease					
k. Inappropriate medications (over/under)					
l. Repetitive hospital admissions due to probable failure of health care surveillance					
m. Statement by older adult related to neglect					
Additional Comments:					

4. Possible Exploitation Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Misuse of money					
b. Evidence					
c. Reports of demands for goods in exchange for services					
d. Inability to account for money/property					
e. Statement by older adult related to exploitation					
Additional Comments:					
5. Possible Abandonment Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Evidence that a caretaker has withdrawn care precipitously without alternate arrangements					
b. Evidence that older adult is left alone in an unsafe environment for extended periods of time without adequate support					
c. Statement by older adult related to abandonment					
Additional Comments:					
Summary	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable To Assess
Evidence of Abuse					
Evidence of Neglect					
Evidence of Exploitation					
Evidence of Abandonment					
Additional Comments:					

Comments: _____

Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 4-5.

Reprinted by permission: SLACK, Incorporated, Thorofare, New Jersey

ANNEXE 6 : Guide d'entretien

Thème 1: La définition de la maltraitance

- Selon-vous, quelle est l'ampleur du phénomène de la maltraitance au niveau national ? Chez vos patients ? Pouvez-vous en donner une estimation ?
- Connaissez-vous les différents types de maltraitements ?
- Quels types de maltraitance avez-vous pu rencontrer dans votre pratique ?
- Selon-vous, doit-on en tant que médecin s'occuper de tout les types de maltraitance ?
- Vous sentez-vous suffisamment formé sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée?

Thème 2 : Les facteurs de risque et les signes de la maltraitance

- Comment repérez-vous les facteurs de risque et les signes de maltraitance chez vos patients âgés et dépendants ?
- Quelles sont les limites selon vous au repérage des signes de la maltraitance du sujet âgé ?

Thème 3 : La procédure de signalement

- Vous est-il déjà arrivé de signaler un cas de maltraitance ? Quand ? Comment ?
- Connaissez-vous la procédure de signalement concernant la MPA ? (en cas d'absence de signalement déclaré dans la question précédente)
- Dans quels cas avez-vous pris la décision de ne pas signaler la maltraitance aux autorités ? Pourquoi ?
- Trouvez-vous que les lois relatives au signalement sont claires ?
- Est-il facile selon vous de lever le secret professionnel lorsque l'on signale une maltraitance ?

Thème 4 : Prise en charge de la maltraitance

- Comment avez-vous pris en charge les cas de maltraitance que vous avez pu identifier?
- Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer lors de cette prise en charge ?
- Quelles mesures mettez-vous en œuvre pour lutter contre la maltraitance du sujet âgé au sein de votre patientèle ?
- Connaissez-vous les ressources existantes localement pouvant vous aider à prendre en charge vos patients maltraités ?
- Avez-vous déjà fait appel à elles ? Si non, pourquoi ?

Thème 5 : Vécu subjectif du problème de la maltraitance

- Qu'avez-vous ressenti émotionnellement face à ces situations de maltraitance ?

- Est-ce que certaines situations passées de maltraitance vous interrogent toujours ?
- Comment jugez-vous les politiques actuelles de prévention de la maltraitance des personnes âgées ? (médiatisation, campagnes de prévention...)?

Thème 6 : Comment aider le médecin généraliste à améliorer sa prise en charge de la maltraitance du sujet âgé ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

C'est seulement dans les années soixante-dix que le problème de la maltraitance des personnes âgées est reconnu. Ce problème concernerait de 3,2 à 5,6% des sujets âgés à domicile. Le médecin généraliste est donc un témoin privilégié et a un rôle important à jouer dans l'identification et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée dépendante au domicile et en institution. Quelles sont les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans ce rôle ? Pourquoi le nombre de signalements effectués par le médecin généraliste est-il si bas ? Quel est son ressenti face à ces situations et comment agit-il ? Notre étude qualitative, réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés s'est intéressée au point de vue des médecins généralistes lorrains sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée dépendante. Une analyse thématique systématique a ensuite été réalisée sur l'ensemble des entretiens. Les résultats mettent en évidence une connaissance parcellaire du sujet de la maltraitance par les médecins généralistes, une formation insuffisante et de nombreuses difficultés les empêchant de repérer la maltraitance et de la prendre en charge au domicile et en institution. Une prise en charge pluridisciplinaire est valorisée par le médecin généraliste. Il tente de mettre en place une prévention efficace au sein de sa patientèle. L'implication émotionnelle du médecin est importante dans la gestion des cas de maltraitements. Une meilleure cohésion, un accès plus facile aux services d'aides ainsi qu'une meilleure formation sur le sujet de la maltraitance pourraient aider le médecin généraliste dans sa prise en charge.

TITRE EN ANGLAIS

Attitudes and knowledge of general practitioners toward elder abuse in Lorraine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : MALTRAITANCE, MEDECINE GENERALE, PERSONNES AGEES, ETUDE QUALITATIVE, ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
