

LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES : quelques éléments pour la pratique médicale

N. BERG (1, 2), M. BEAULIEU (3), M. OUDEWATER (4), D. LANGHENDRIES (5), D. GIET (6, 7)

RÉSUMÉ : La maltraitance envers les personnes âgées est fréquente (4 à 6 % des personnes de plus de 65 ans, selon l’OMS) et existe sous de multiples formes : psychologique, financière, mais aussi abus de droits, négligences ou violences physiques. Le nombre de situations risque d’augmenter vu l’évolution démographique. Les données scientifiques montrent qu’une analyse systémique mérite d’être entreprise et qu’il ne faut pas raisonner en termes d’«horrible coupable» et de «pauvre victime». Une équipe pluridisciplinaire, au sein de laquelle le médecin (généraliste ou spécialiste) doit prendre sa place, est rapidement nécessaire. Les médecins peuvent jouer un rôle actif de prévention, détection et suivi des situations abusives. Pour détecter la maltraitance, il est utile d’avoir une écoute active et attentive des patients. Lorsqu’il y a possibilité de maltraitance, il convient de confirmer cette suspicion (par exemple, en employant un outil validé comme EASI), puis de tout mettre en œuvre pour assurer un suivi adéquat. En Belgique francophone, des services spécialisés peuvent intervenir: Respect Seniors (www.respectseniors.be) en Wallonie et le (Service d’Ecoute pour Personnes Agées Maltraitées) SEPAM d’Infor-Homes à Bruxelles.

MOTS-CLÉS : *Maltraitance envers les aînés - Personnes âgées - Gériatrie - Pratique médicale*

ELDER ABUSE : PRACTICE ISSUES FOR PHYSICIANS

SUMMARY : Elder abuse is frequent (from 4 to 6 % of adults aged 65 + according to WHO). It can take various forms : psychological, financial, violation of rights, neglect and physical. Due to demographic changes, it is expected that the number of cases will increase over coming years. Scientific data show the importance of a systemic analysis of elder abuse situations in order to avoid the simplistic thinking of the “horrible abuser” and the “poor victim”. A multidisciplinary team, including a physician (a general practitioner, or a specialist), is necessary. Physicians can play a role in the prevention, detection and follow up of such cases. In order to detect elder abuse, active and attentive listening is mandatory. When a possibility exists that the older adult is abused, the suspicion should be documented (per example, by using the EASI tool), in order to implement an adequate follow-up. In the French part of Belgium, specialised services can be involved : Respect Seniors (www.respectseniors.be) in Wallonia and the SEPAM d’Infor-Homes in Brussels.

KEYWORDS : *Elder abuse - Elderly - Geriatrics - Medical Practice*

dans le but, entre autres, de promouvoir les droits des aînés (5).

INTRODUCTION

La maltraitance envers les aînés est maintenant un phénomène mieux défini (OMS, 2002), (1, 2) reconnu, documenté et identifié comme priorité d’action en matière de vieillissement des populations (ONU, 2002) (3). Chaque pays est convié à y trouver une réponse légale, sociale et médicale adéquate.

Dès 1987, un colloque (4) du Conseil de l’Europe, tenu à Strasbourg, a évoqué ce problème social et de santé publique.

En 1997, était fondé le réseau international de prévention de la maltraitance envers les aînés

DÉFINITION

Définir la maltraitance des personnes n’est pas chose aisée. Plusieurs définitions circulent. Le tableau I en présente trois d’usage au niveau mondial, européen et wallon (6-8).

Elles ont en commun de désigner un (ou plusieurs) protagoniste(s) qui domine(nt), de manière injustifiée, une personne âgée ou un groupe de personnes âgées et leur porte(nt) atteinte.

S’il existe des variations conceptuelles qui expliquent la difficulté de définir la maltraitance des personnes âgées, il faut également prendre en compte d’importantes influences culturelles. Par exemple, la création de maisons de repos ou de centres de soins de longue durée semble indispensable dans la plupart des pays nord-américains et européens alors que, dans plusieurs pays d’Afrique ou d’Asie, l’idée d’un «placement d’une personne âgée» est considérée comme un véritable scandale relevant de la maltraitance.

(1) Chef de Service, Service de Gériatrie, CHR Citadelle, Liège.

(2) Président, (4) Coordinatrice, (5) Directeur, (6) Administrateur, Respect Seniors, Namur.

(3) Professeur, Chaire de Recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

(7) Médecin généraliste, Professeur, Département de Médecine Générale, Université de Liège.

TABLEAU I. TROIS EXEMPLES DE DÉFINITIONS DE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES

<p>Définition de l'OMS</p> <p>La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des Droits de l'Homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales; les violences matérielles et financières; l'abandon; la négligence; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect.</p>
<p>Définition du colloque du Conseil de l'Europe</p> <p>Tout acte ou omission, commis par une personne (ou un groupe), s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.</p>
<p>Définition du Décret wallon</p> <p>Tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe de personnes qui, au sein d'une relation personnelle ou professionnelle avec un aîné, porte ou pourrait porter atteinte physiquement, moralement ou matériellement à cette personne.</p>

PRÉVALENCE

Les études visant à mesurer la prévalence ou l'incidence de la maltraitance des aînés sont coûteuses et difficiles à réaliser pour diverses raisons. La plus importante repose sur l'absence d'un étalon de mesure, universellement admis et convenant à tous les contextes et toutes les cultures. Chaque étude porte sur des manifestations de violence ou de négligence qui lui sont propres, limitant ainsi les comparaisons possibles.

Une deuxième difficulté découle de l'absence de consensus sur le seuil d'âge à partir duquel une personne devient un «aîné».

Une troisième difficulté résulte de différences méthodologiques qui séparent les études : certaines s'intéressant à la prévalence cumulée des personnes âgées ayant rencontré au moins un épisode de maltraitance, d'autres s'intéressant à l'incidence des phénomènes de maltraitance sur une période de vie donnée.

Une quatrième difficulté tient à la description des faits : la personne concernée ose-t-elle s'exprimer ? Quelle est la part du ressenti et celle des faits réels ? À cela, s'ajoute encore l'épineuse question des éventuels problèmes cognitifs compliquant la collecte de données auprès des personnes aînées elles-mêmes.

Ces problèmes amènent à comprendre l'importante diversité des taux de maltraitance rapportés dans les études.

L'OMS, dans son rapport de 2002 (9), affirme qu'entre 4 à 6 % des personnes âgées vivant à domicile sont victimes d'une forme ou d'une autre de violence. La prévalence de la maltraitance en milieu d'hébergement reste à ce jour inconnue.

Une étude (10), menée en 1998, sur le sentiment d'insécurité des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile, concluait que 19,7 % des individus interrogés s'estimaient victimes d'une forme de maltraitance.

En 2010, une étude, réalisée par le service Panel démographie de l'Université de Liège et commanditée par Respect Seniors (7), avait pour but de mesurer la prévalence de la maltraitance en région wallonne. Sur un échantillon aléatoire composé de personnes de plus de 70 ans vivant à domicile, il a été démontré que 28,19 % des répondants avaient vécu au moins une situation de maltraitance après l'âge de 70 ans.

En 2012, Beaulieu et Bergeron-Patenaude (11) ont comparé les résultats de 6 études (Espagne, Israël, Royaume-Uni, Etats-Unis et 2 du Canada) : les taux de prévalence varient, pour la maltraitance psychologique entre 0,4 % (Royaume-Unis) et 15,2 % (Espagne) et, pour la maltraitance matérielle et financière, entre 1 % (Canada) et 9,3 % (en Israël pour les non-juifs). De façon générale, ces études portent sur les 12 mois qui ont précédé la collecte des données et non sur l'ensemble des maltraitements subies depuis un âge déterminé.

TYPLOGIE

Les formes de maltraitance envers les aînés sont multiples.

Les types les plus fréquents sont décrits ci-dessous.

LES MALTRAITANCES PSYCHIQUES OU PSYCHOLOGIQUES

Celles-ci sont parfois difficilement identifiables. Tout manque de considération vis-à-vis de la personne âgée peut entraîner une souffrance. L'exemple le plus fréquent de ce type de maltraitance est l'infantilisation, avec éventuellement un tutoiement inapproprié de la personne. Dans cette catégorie se retrouvent également les insultes, brimades, chantages affectifs, l'indifférence délibérée, le mépris des croyances religieuses,...

LES MALTRAITANCES MATÉRIELLES OU FINANCIÈRES

Les victimes sont spoliées de leurs biens et, plus souvent, de leur argent. Il peut s'agir d'un vol net, mais également de détournements progressifs du patrimoine, d'héritage anticipé, ... On peut également citer l'usage inapproprié des cartes bancaires ou d'une procuration (d'ordre financier ou autre) par des personnes «de confiance».

LES NÉGLIGENCES

Tout manquement aux bons soins et à l'accompagnement des personnes âgées peut entraîner une négligence dommageable. Ces négligences peuvent être intentionnelles ou non, actives ou passives. Parmi ces négligences figurent les apports alimentaires inadéquats, l'absence ou l'inadéquation de prothèses visuelles, auditives ou dentaires, les soins d'hygiène inappropriés, les déficiences de l'habillement ou de l'équipement des lieux de vie. Il faut également citer les emplois inadéquats de médicaments, ou encore l'existence de pathologies non diagnostiquées et/ou non traitées, comme l'incontinence qui peut être induite par une non-vigilance professionnelle et familiale. Le manque de stimuli peut constituer une forme de négligence, tout comme une hyperstimulation peut également être mal vécue par la personne âgée.

LES MALTRAITANCES PHYSIQUES

Ce sont certainement les violences qui interpellent le plus le grand public. Ces violences sont parfois visibles, mais les constatations objectives sont parfois malaisées. En effet, la victime peut ne pas présenter de lésion externe visible, alors que la maltraitance est bien réelle. Au contraire, certaines personnes peuvent présenter des hématomes importants, alors qu'elles bénéficient d'une prise en charge tout à fait adéquate. Les coups constituent les éléments les plus caractéristiques des violences physiques, mais il convient d'inclure dans cette catégorie les chutes provoquées, les pincements, les brûlures, les actes sexuels non consentis, mais également les restrictions abusives de la liberté de se mouvoir. Ces entraves aux mouvements peuvent relever du fait d'empêcher une personne d'aller et venir, mais également, de tout usage inapproprié de contentions physiques ou chimiques.

LES VIOLATIONS DES DROITS

Sous prétexte de l'âge, des personnes peuvent perdre des droits au sein de la com-

munauté. Cette discrimination basée sur l'âge peut engendrer une atteinte à l'autonomie, un manque de considération, de soins ou de revenus. Concrètement, on peut mentionner les obstacles à l'expression de ses convictions politiques (accès au vote), philosophiques ou autres, et aussi à l'expression de choix personnels en matière de gestion de sa personne, de son devenir ou encore de ses soins.

Quelques données chiffrées sont reprises dans le tableau II (7, 8, 12).

TABLEAU II. FRÉQUENCE RELATIVE DE DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

Signalements de maltraitance de personnes âgées au réseau français ALMA en 2010, classés par lieu et par type		
Type de maltraitance	Domicile	Institution
Psychologique	670	98
Financière	357	31
Physique	317	61
Privation de citoyenneté	278	104
Négligence passive	149	188
Négligence active	96	98
Médicale	17	73
Pas de maltraitance	8	0
Violence sexuelle	8	8
Total	1900	661
Étude réalisée chez les personnes de plus de 70 ans vivant à domicile, en région wallonne		
Type de maltraitance	Fréquence	
Négligence	21,41 %	
Psychologique	18,11 %	
Physique	6,38 %	
Sexuelle	1,20 %	
Financière	7,88 %	
Civique	3,88 %	
Médicales	3,72 %	
«Générale»	28,19 %	
Catégorie principale de maltraitance annoncée lors des appels reçus par Respect Seniors durant 5 ans (2009-2013 soit 4.283 dossiers)		
Psychologique	28,48 %	
Financière	23,21 %	
Négligence	18,4 %	
Civique	12,74 %	
Physique	9,9 %	
Liée au voisinage	2,94 %	
Violence conjugale	1,77 %	
Médicamenteuse	1,38 %	
Inconnue	1,17 %	

En raison de différences méthodologiques ou liées aux définitions et classifications adoptées, comparer les fréquences absolues et relatives des différents types de maltraitance issus de diverses études reste difficile. Néanmoins, il est souvent mentionné un taux élevé de maltraitements psychologiques et financiers, lesquelles sont plus fréquentes que les maltraitements physiques. Les négligences sont également importantes.

COMMENT SURVIENT UNE SITUATION DE MALTRAITANCE ?

Des facteurs de risque de maltraitance sont décrits. Ceux-ci peuvent être regroupés en facteurs extrinsèques à la personne âgée et en facteurs intrinsèques où intervient la vulnérabilité éventuelle de cette personne. On décrit également des facteurs de protection. Toutefois, des études menées à grandes échelles montrent qu'il est difficile d'établir des corrélations entre la survenue de maltraitance et les diverses variables de santé ou sociologiques. Ainsi, à titre d'exemples, le sexe, le niveau d'études ou de revenus ne semblent pas avoir d'impact sur la survenue d'une maltraitance (7).

Les données de la littérature sont compliquées à corrélérer. Selon certains auteurs (7), les personnes ayant un réseau social relativement fermé, c'est-à-dire dont les différents membres se connaissent, sembleraient courir moins de risque «en général». Il faut toutefois que ce réseau ne soit pas trop réduit. Le contrôle social exercé par le réseau constitue dès lors un facteur protecteur. Il convient toutefois de nuancer, car il peut y avoir des approches différentes selon le type de maltraitance et la relation qui unit la victime et la personne maltraitante.

Certains facteurs peuvent augmenter le risque de subir certaines formes de violence. Ainsi l'étude réalisée en région wallonne (7), met en évidence une corrélation éventuelle entre diverses formes de maltraitance et des facteurs tels que l'isolement et la maladie. Les auteurs montrent ainsi que les personnes qui n'ont pas d'enfant sont plus souvent victimes de maltraitance psychologique; les personnes souffrant d'une affection chronique risquent davantage une négligence, mais également des maltraitements psychologiques, financiers et médicaux. Par contre, la même étude montre des éléments potentiellement protecteurs vis-à-vis de la maltraitance : l'insertion sociale et la possibilité d'avoir des personnes confidentes joueraient un rôle favorable significatif sur

les négligences et les maltraitements psychologiques, financiers, civiques et médicaux.

Le bon sens des travailleurs et des observateurs du milieu gériatrique identifie différents groupes de facteurs de risque qui peuvent entraîner une maltraitance envers un aîné.

DES FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA PERSONNE ÂGÉE ELLE-MÊME

La dépendance physique ou psychique augmente le risque d'être maltraité. Certains éléments peuvent entraîner du rejet, comme des troubles du comportement, une incontinence, mais également certaines pathologies entraînant des modifications d'apparence physique ou un handicap physique ou cognitif.

Dans cette catégorie, se situe également l'isolement social de l'aîné : dans ce cas, l'aîné ne bénéficie pas d'un contrôle social suffisant et constitue une proie plus facile pour un individu malveillant.

Le type de pathologie le plus souvent évoqué dans cette catégorie est la démence. Le sujet atteint devient progressivement plus dépendant et l'entourage n'est pas toujours suffisamment armé pour assumer une prise en charge souvent physiquement et émotionnellement lourde.

DES FACTEURS DE RISQUE LIÉS À L'AUTEUR

La maltraitance est commise par une personne en «relation de confiance»; cela peut être une personne proche, parfois elle-même fragile. Dans certains cas, ce sont les troubles liés à la fragilité de l'auteur lui-même qui l'empêchent de s'adapter aux exigences d'une bonne prise en charge de la personne âgée. Si un individu est psychologiquement fragile ou connaît des troubles mentaux, ses capacités d'adaptation peuvent être dépassées à certains moments. La toxicomanie d'un auteur potentiel, et dans nos régions plus particulièrement l'alcoolisme, sont des éléments fréquemment relatés. L'auteur peut également être déstabilisé par la présence de problèmes financiers ou sociaux, tels que la perte d'un emploi ou un endettement excessif. Ici également, l'isolement social de l'auteur peut constituer une circonstance aggravante.

DES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX RELATIONS ENTRE L'AUTEUR ET LA VICTIME

Une interdépendance financière ne permet pas toujours le maintien de relations saines. Cela peut s'observer lorsque les enfants ayant en charge un aîné rencontrent des problèmes

financiers ou, inversement, lorsque des personnes âgées deviennent financièrement dépendantes de leurs enfants pour bénéficier des soins qu'elles requièrent.

La cohabitation dans un espace réduit qui ne permet pas des mises à distance suffisantes peut entraîner des tensions dommageables. D'autres contraintes, comme par exemple l'existence d'autres personnes à prendre en charge, peuvent aggraver le tableau.

Pour comprendre une situation, l'analyse complète du système familial et de l'historicité des faits est indispensable. Certains enfants peuvent sembler avoir un comportement tout à fait inadéquat vis-à-vis de leurs parents, alors que cela constitue parfois un mode de fonctionnement habituel dans une famille au sein de laquelle la violence est exprimée. On assiste parfois à des inversions de situations où des parents jadis dominateurs ou maltraitants se retrouvent à subir le même sort de la part de leurs enfants. Ces éléments ne constituent pas une justification de la situation, mais permettent parfois de mieux la comprendre.

DES FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

L'existence de problèmes matériels et financiers peut accroître les tensions. Vivre dans des lieux inadaptés ou inadéquats, au domicile privé ou en institution, peut s'avérer source de fatigue et de tension et déboucher, dans certains cas, sur de la maltraitance. Concernant les professionnels des soins aux aînés, les déterminants organisationnels de la pratique doivent être pris en compte. Un environnement inadapté, une qualification inadéquate ou une insuffisance numérique des intervenants, peuvent entraîner des comportements ou un accompagnement inappropriés, parfois par manque de motivation.

LIEU DE LA MALTRAITANCE

Toutes les études et enquêtes convergent vers la même conclusion : dans la majorité des cas, la maltraitance se passe au domicile de la personne âgée. Des maltraitances existent bien entendu également en institution avec, entre autres, des problèmes organisationnels et de personnel insuffisant en nombre et/ou en qualification. Toutefois, même dans ce milieu, c'est parfois la famille qui commet des violences.

Ainsi, les statistiques de l'agence wallonne Respect Seniors montre que la majorité des appels traitent de situations d'aînés à domicile (tableau III) (8).

TABLEAU III. LIEU DE MALTRAITANCE MENTIONNÉ LORS DES APPELS REÇUS PAR RESPECT SENIORS DURANT 5 ANS (2009-2013 SOIT 4.283 DOSSIERS)

Domicile	73,48%
Institution	25,22%
Inconnu	1,21%
Famille d'accueil	0,09%

TABLEAU IV. AUTEUR MENTIONNÉ DANS LES 4.283 DOSSIERS DE MALTRAITANCE TRAITÉS PAR RESPECT SENIORS DURANT 5 ANS (2009-2013)

Famille	62,78%
<i>Dont</i>	
Enfant	37,87%
Conjoint concubin	12,86%
Professionnel en institution	16,86%
Ami/Voisin/Entourage	8,64%
Autre Professionnel	5,16%
Victime	1,91%
Inconnu	1,84%
Autres	2,8%

Il faut cependant s'abstenir de conclure trop rapidement que les institutions d'accueil des aînés sont peu concernées par la maltraitance; peut-être, existe-t-il un sous-signalement parce que les aînés y vivant sont moins en mesure de rapporter les situations. De plus, divers travaux tendent à démontrer que les maltraitances pourraient être classées comme «ordinaires», soit comme allant de soi, dans ces milieux.

PERSONNES MALTRAITANTES

Tous les recueils de données aboutissent au même constat : la majorité de cas de maltraitance envers les aînés sont commises par une personne bien identifiée par la personne âgée, le plus souvent un membre de sa famille (tableau IV) (8).

SILENCE AUTOUR DE LA MALTRAITANCE : SUJET TABOU ?

Les données accessibles laissent penser que la maltraitance envers les aînés est un phénomène fréquent, trop fréquent... Et pourtant, cette problématique apparaît peu dans les médias ou les dossiers médicaux.

La cause majeure de cette méconnaissance est probablement le silence des victimes. Les

personnes âgées concernées se taisent, car elles éprouvent bien des difficultés à mettre en cause l'auteur avec qui elles sont généralement en relation dite de confiance, le plus souvent un conjoint ou un enfant. Différents mécanismes expliquent ce silence.

La victime nourrit des craintes (conscientes): le souci de perdre des relations qui comptent, la crainte d'un éventuel abandon, la peur de créer un scandale au sein de la famille, voire au sein de l'institution, la crainte de subir des représailles,...

L'aîné peut aussi ne pas percevoir la gravité de la situation, n'identifiant pas clairement, par exemple, à quel point son compte en banque se vide ou le manque de soins dont il fait l'objet. Il peut se culpabiliser de la situation et, lorsque la maltraitance provient de ses descendants, remettre en question son rôle de parent ou de grand-parent. Il peut aussi se percevoir comme un fardeau pour son entourage lorsqu'il est en grande perte d'autonomie et nécessite soin et assistance.

L'entourage minimise souvent les plaintes, et parfois culpabilise la victime. Lorsqu'il s'agit d'intervenants rémunérés, le secret professionnel est quelquefois évoqué, ce qui constitue une autre source de silence. Certains professionnels se croient indûment liés à un secret alors que leurs intances déontologiques recommandent de partager ce secret dans le cadre d'assistance à personne en danger. Plusieurs travaux ont démontré que ce secret est souvent brandi par des professionnels qui n'ont pas les compétences voulues pour identifier les situations de maltraitance, ou qui ne souhaitent pas s'engager dans la détection et le suivi de telles situations, entre autres, pour ne pas perdre la relation clinique établie avec le patient âgé (13).

QUI SIGNALE LA MALTRAITANCE ?

Selon les systèmes socio-sanitaires, les personnes à l'origine de l'identification de situations de maltraitance sont variables d'un pays à l'autre. Toutefois, certaines constantes se retrouvent.

Le tableau V montre les statistiques fournies par l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés et celles de la ligne Aide Abus Aînés du Québec relatives à la nature de l'appelant qui veut évoquer une situation relevant potentiellement de la maltraitance (8, 14).

Bien que les médecins rencontrent régulièrement leurs patients âgés, toutes les études indiquent qu'ils dénoncent peu souvent des

TABLEAU V. APPELANT DE LIGNES D'APPELS WALLONNE ET QUÉBÉCOISE

Premier appelant des 4.283 dossiers de maltraitance traités par Respect Seniors durant 5 ans (2009-2013)	
Victime qui appelle elle-même	24,66%
Famille	41,12%
Professionnel	18,89%
Entourage	12,56%
Autre	1,61%
Inconnu	1,17%
Auteur des appels durant la première année de la ligne Aide abus aînés au Québec (1 ^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2011), soit 4.897 appels	
Aîné	34,97 %
Famille	33,22 %
Ami, voisin	9,59 %
Travailleur social ou autre intervenant	4,53 %
Organisme communautaire (asbl)	2,44 %
Police	0,47 %
Journaliste	0,04 %
Inconnu (refus de s'identifier)	10,29 %
Autre	4,47 %

situations abusives connues. Ils investiguent peu la vie de leurs patients pour y détecter de potentielles maltraitements. Pourtant, ils sont dans une relation de grande confiance (15, 16).

POSITION DES MÉDECINS DANS CETTE PROBLÉMATIQUE

La maltraitance envers les aînés est une problématique très intime, souvent cachée au sein de la famille. Les victimes signalent peu les faits qu'elles subissent. Les médecins ne pensent probablement pas assez souvent à cette problématique par manque de connaissances du sujet ou par inconfort à amorcer un processus de signalement (17). Lorsqu'ils réalisent qu'il y a maltraitance, ils ne partagent pas forcément leurs informations, soit parce qu'ils pensent régler le problème seuls, soit parce qu'ils estiment qu'ils l'ont appris dans un cadre qui relève du secret professionnel. En Belgique, l'Ordre des Médecins est pourtant clair, estimant que, dans ce cadre précis, il peut y avoir partage du

secret et qu'il convient de porter assistance à personne en danger.

Il n'existe pas d'outil de dépistage systématique et d'utilisation facile, auquel les médecins pourraient recourir. Un outil a toutefois fait ses preuves pour évaluer les risques d'une situation, c'est l'outil Elder Abuse Suspicion Index (EASI) créé par le Docteur Marc Yaffe au Canada (18). C'est outil, initialement conçu en anglais, est aussi accessible en version française téléchargeable sur le site www.nicenet.ca/files/EASPI.PDF (19). Le questionnaire EASI a été créé pour permettre aux médecins d'améliorer leur analyse des situations où ils peuvent soupçonner un abus envers les aînés (tableau VI).

TABLEAU VI. LE QUESTIONNAIRE EASI

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

La réponse «oui» à une ou plus des questions 2 à 6 peut confirmer des inquiétudes (la réponse à la question 1 n'intervenant pas). Le questionnaire EASI a été validé pour être utilisé par les médecins de famille, dans un cadre ambulatoire, et pour des personnes âgées n'ayant pas de problème cognitif (MMS supérieur à 24/30).

Si le score est positif, il est recommandé de diriger la personne, avec son accord, vers des services adéquats qui exploreront plus en profondeur la situation et, le cas échéant, proposeront des interventions de soutien.

En 2013, un guide de référence clinique qui comprend moult conseils pratiques pour les divers intervenants pouvant être engagés dans la lutte contre la maltraitance (20) a été publié par le gouvernement québécois.

En 2013, à l'initiative des autorités sanitaires fédérales belges, la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) a édité des recommandations de bonnes pratiques visant la maltraitance des personnes âgées à domicile et destinées aux MG (21).

CONCLUSION

La maltraitance des personnes âgées existe.

C'est un phénomène malheureusement courant au sein de notre société occidentale du XXI^{ème} siècle. Avec le vieillissement des populations, il est, hélas et logiquement, attendu que le nombre de situations va aller en augmentant. Lorsqu'il y a suspicion ou évocation d'une situation de maltraitance, il convient, dans un premier temps, de confirmer cette suspicion, puis, dans un second temps, de tout mettre en œuvre pour assurer un suivi par les personnes adéquates. Cela appelle donc les pratiques intersectorielles et multidisciplinaires ainsi que la continuité de services.

Il faut éviter de porter des jugements hâtifs et surtout ne pas raisonner en termes d'«horrible coupable» et de «pauvre victime». Une analyse systémique mérite d'être entreprise avec, très rapidement, intervention d'une équipe pluridisciplinaire au sein de laquelle le médecin (généraliste ou spécialiste) doit prendre sa place. La pluralité des regards et des compétences permet de mieux envisager toutes les facettes d'une situation le plus souvent complexe.

Il est important de prévenir et de détecter des situations abusives et d'en faire le suivi. Les médecins pourraient jouer un rôle beaucoup plus actif.

L'outil EASI permet d'accroître le degré de suspicion pour les médecins intervenant auprès de personnes n'ayant pas de problème cognitif.

Les médecins constituent un maillon important du système et il importe qu'ils puissent jouer leur rôle dans le vaste continuum de services pouvant être offerts aux aînés maltraités.

Pour détecter la maltraitance, il convient bien entendu d'avoir une écoute active et attentive des patients. Pour gérer les situations complexes, différentes initiatives ont vu le jour en Wallonie depuis près de 20 ans (22). Aujourd'hui, il existe en Belgique des services spécialisés pouvant intervenir dans ces situations. En Région Wallonne, l'Agence Wallonne de Lutte contre la Maltraitance des Aînés - Respect Seniors (appel gratuit chaque jour ouvrable au téléphone: 0800/30.330 ou www.respectseniors.be) et, à Bruxelles, le SEPAM d'Infor-Homes (contactable les lundis et jeudis au 02/223.13.43).

LIENS UTILES

www.respectseniors.be

www.maltraitedesaines.com/fr

www.nicenet.ca/tools-elder-abuse

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

BIBLIOGRAPHIE

- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al.— *Rapport mondial sur la violence et la santé OMS*. Page 5 http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf Consultation du 10 avril 2014.
- World health organization.— *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaration_English.pdf Consultation du 10 avril 2014.
- Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement.— *Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*. Madrid 8-12 avril 2002. Nations Unies, New York 2003 <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf> Consultation du 10 avril 2014.
- Colloque du Conseil de l'Europe sur la violence au sein de la famille.— 25-27 Novembre 1987.
- International Network for Prevention of Elder Abuse.— <http://www.inpea.net/> Consultation du 10 avril 2014.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al.— *Rapport mondial sur la violence et la santé OMS*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf Consultation du 10 avril 2014.
- Nisen L, Linchet S, Giet D.— *Étude sur le bien-être des personnes de plus de 70 en Wallonie. Rapport de recherche*. Liège, 2010, <http://www.respectseniors.be/images/etude.pdf> Consultation du 10 avril 2014.
- Base de données de Respect Seniors.— Publication à venir.
- OMS Résolution 1 (adoptée à la 10^{ème} séance plénière, le 12 avril 2002).— Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002.
- Vandenberk A, Opdebeeck S, Lammertyn F.— *La violence et les sentiments d'insécurité chez les personnes âgées. Prévalence et conséquences*, Rapport de recherche K.U. Leuven, 1998.
- Beaulieu M., Bergeron-Patenaude J.— *La maltraitance envers les aînés. Changer le regard*. Presses de l'Université Laval, Québec, 2012, 16.
- Statistiques ALMA.— *Généralités*, <http://www.alma-france.org/Statistiques-2010.html> Consultation du 10 avril 2014.
- Rodriguez MA, Wallace SP, Woolf NH, et al.— *Mandatory reporting of elder abuse : between a rock and a hard place*. *Ann Fam Med*, 2006, **4**, 403-409.
- Charpentier M, Soulières M.— *Ligne téléphonique provinciale Aide Abus Aînés. Analyse de l'implantation et de la pertinence clinique*. Rapport de recherche. 2012, 29-31 http://www.aideabusaines.ca/images/FINAL%20VERSION_Rapport%20LAAA_4%20AVRIL%202012_web.pdf Consultation du 10 avril 2014.
- Yaffe MJ, Weiss D, Wolfson C, et al.— *Detection and prevalence of abuse of older males : perspective from family practice*. *J Elder Abuse Neglect*, 2007, **19**, 47-60.
- Kennedy RD.— *Elder abuse and neglect: The experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians*. *Fam Med J*, 2005, **37**, 481-485.
- Halphen JM, Varas GM, Sadowsky JM.— *Recognizing and reporting elder abuse and neglect*. *Geriatrics*, 2009, **64**, 13-18.
- Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D.— *Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse : The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)®*. *J Elder Abuse Neglect*, 2008, **20**, 276-300.
- www.nicenet.ca/files/EASPI.PDF Consultation du 10 avril 2014.
- Gouvernement du Québec (2013). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf> Consultation du 10 avril 2014.
- Vanhalewyn M, Offermans AM, Fauquet B, et al.— *Recommandations de Bonne Pratique. Maltraitance des personnes âgées à domicile*. http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/VF_RBP_MaltraitancePA.pdf Consultation du 10 avril 2014.
- Berg N, Moreau A, Giet D.— *La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société*. *Rev Med Brux*, 2005, **26**, 344-349.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. N. Berg, Service de Gériatrie, CHR Citadelle, Liège, Belgique.
Email : nicolas.berg@chrcitadelle.be