



**Obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance
de la personne âgée à domicile**

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 25 novembre 2025

**Par Madame HAMON AMBRE
Née le 2 septembre 1997 à LE MANS (72) SARTHE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
D.E.S. MÉDECINE GÉNÉRALE**

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur DAHAN Thierry

Directeur

Monsieur le Professeur THERY Didier

Assesseur



**Obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance
de la personne âgée à domicile**

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 25 novembre 2025

**Par Madame HAMON AMBRE
Née le 2 septembre 1997 à LE MANS (72) SARTHE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
D.E.S. MÉDECINE GÉNÉRALE**

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur DAHAN Thierry

Directeur

Monsieur le Professeur THERY Didier

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur	:	Pr. Bruno FOTI
Directeurs adjoints	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
<i>Chargés de mission</i>		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice	:	Madame Carole ZAKARIAN
<i>Chargés de mission</i>		
▪ 1 ^{er} cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 ^{ème} cycle	:	Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur	:	Pr. Laurent BENSOUSSAN
Directrice Adjointe	:	Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur	:	Pr. Sébastien COLSON
------------------	---	-----------------------------

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEJOU Jacques
	ALBANESE Jacques		DELPERO Jean-Robert
	ALDIGHERI René		DESSEIN Alain
	ALESSANDRINI Pierre		DELARQUE Alain
	ALLIEZ Bernard		DENIS Danièle
	AMBROSI Pierre		DESSI Patrick
	AQUARON Robert		DEVIN Robert
	ARGEME Maxime		DEVRED Philippe
	ASSADOURIAN Robert		DJIANE Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		DONNET Vincent
	AUTILLO-TOUATI Amapola		DUCASSOU Jacques
	AZORIN Jean-Michel		DUFOUR Michel
	BAILLE Daniel		DUMON Henri
	BAILLE Yves		DURAND Jean-Marc
	BARDOT Jacques		ENJALBERT Alain
	BARDOT André		ERARD Jacques
	BERARD Pierre		FAUGERE Gérard
	BERGOIN Maurice		FAVRE Roger
	BERLAND Yvon		FIECHI Marius
	BERNARD Dominique		FARNARIER Georges
	BERNARD Jean-Louis		FIGARELLA Jacques
	BERNARD Pierre-Marie		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERTRAND Edmond		FONTES Michel
	BISSET Jean-Pierre		FOUREL Jean
	BLANC Bernard		FRANCES Yves
	BLANC Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BOLLINI Gérard		FUENTES Pierre
	BONGRAND Pierre		GABRIEL Bernard
	BONNEAU Henri		GALINIER Louis
	BONNET Jean-Louis		GALLAIS Hervé
	BONNOIT Jean		GAMERRE Marc
	BORY Michel		GARCIN Michel
	BOTTA Alain		GARNIER Jean-Marc
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GAUTHIER André
	BOUBLI Léon		GERARD Raymond
	BOURGEADE Augustin		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOUVENOT Gilles		GIUDICELLI Sébastien
	BOUYALA Jean-Marie		GOUDARD Alain
	BREMOND Georges		GOUIN François
	BRICOT René		GRILLO Jean-Marie
	BRUNET Christian		GRIMAUD Jean-Charles
	BUREAU Henri		GRISOLI François
	CAMBOULIVES Jean		GROB Jean-Jacques
	CARTOUZOU Guy		GROULIER Pierre
	CAU Pierre		GUYS Jean-Michel
	CHABOT Jean-Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	CHAMLIAN Albert		HARLE Jean-Robert
	CHARPIN Denis		HASSOUN Jacques
	CHARREL Michel		HEIM Marc
	CHAUVEL Patrick		HOUEL Jean
	CHOUX Maurice		HUGUET Jean-François
	CIANFARANI François		JAQUET Philippe
	CLAVERIE Jean-Michel		JAMMES Yves
	CLEMENT Robert		JOUE Paulette
	COMBALBERT André		JUHAN Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		JUIN Pierre
	CORRIOL Jacques		KAPHAN Gérard
	COULANGE Christian		KASBARIAN Michel
	CURVALE Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CRAVELLO Ludovic		LACHARD Jean
	DALMAS Henri		LAFFARGUE Pierre
	DE MICO Philippe		LAUGIER René

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	LE TREUT Yves	MM	RAOULT Didier
	LEGRE Régis		REBOUL Maurice
	LECHEVALLIER Eric		RICHAUD Christian
	LEVY Samuel		RIDINGS Bernard
	LOUCHET Edmond		ROCHAT Hervé
	LOUIS René		ROHNER Jean-Jacques
	LUCIANI Jean-Marie		ROUDIER Jean
	MAGALON Guy		ROUX Hubert
	MAGNAN Jacques		ROUX Michel
	MALLAN- MANCINI Josette		RUFO Marcel
	MALMEJAC Claude		SAHEL José
	MARANINCHI Dominique		SALAMON Georges
	MARIANI Paul		SALDUCCI Jacques
	MARTIN Claude		SALVADORI André
	MARTINI Louis		SAMBUC Roland
	MATTEI Jean François		SAN MARCO Jean-Louis
	MERCIER Claude		SANKALE Marc
	MICHEL Jean		SARACCO Jacques
	MICHOTÉY Georges		SARLES Jacques
	MIRANDA François		SARLES - PHILIP Nicole
	MONFORT Gérard		SASTRE Bernard
	MONGES André		SCHIANO Alain
	MONGIN Maurice		SEBAHOUN Gérard
	MOULIN Guy		SEITZ Jean-François
	MUNDLER Olivier		SERMENT Gérard
	NAZARIAN Serge		SIMEONI Horace
	NICOLI René		SIMON Jean
	NOIRCLERC Michel		SOULAYROL René
	OLIVE Daniel		TAMALET Jacques
	OLMER Michel		TARANGER-CHARPIN Colette
	OREHEK Jean		THIRION Xavier
	ORTHLIEB Jean-Daniel		THOMASSIN Jean-Marc
	PANUEL Michel		TRIGLIA Jean-Michel
	PAPY Jean-Jacques		UNAL Daniel
	PAULIN Raymond		VAGUE Philippe
	PELOUX Yves		VAGUE/JUHAN Irène
	PENAUD Antony		VANUXEM Paul
	PIANA Lucien		VERVLOET Daniel
	PICAUD Robert		VIALETTES Bernard
	PIGNOL Fernand		WEILLER Pierre-Jean
	POGGI Louis		ZATTARA Henri
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

2023

M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2024
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2024
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2024
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2024
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2024
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2024

EMERITAT

2024

Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2025
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2025
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2025
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2025

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYOT-CECCALDI Laurent
AMABILE Philippe	COUDERC Anne-Laure	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	CUNY Thomas	HOUVENAEGHEL Gilles
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HRAIECH Sami
AUDOIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JOUE Jean-Luc
AZULAY Jean-Philippe	DAUMAS Aurélie	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DAVID Thierry	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'ERCOLE Claude	<i>KERBAUL François (détachement)</i>
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DEHARO Jean-Claude	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DELAPORTE Emmanuel	LAGIER David
BARTOLI Michel	DEVILLIER Raynier	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BAT Flora	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBOURG Grégory	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DUFOUR Henry	LE GALL Michel
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	ESCLASSAN Rémi	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BIRNBAUM David	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BLAISE Didier	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BLANC Julie	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLONDEL Benjamin	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BOISSIER Romain	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FOTI Bruno	MEYER/DUTOIR Anne
BONELLO Laurent	FOURNIER Pierre-Edouard	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOULATE David	FRANCESCHI Frédéric	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MONNET-CORTI Virginie
BUKIET Frédéric	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	NGUYEN Karine
CERMOLACCE Michel	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHANEZ Pascal	GONZALEZ Jean- Michel	PAGANELLI Franck
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRAILLON Thomas	PAPAZIAN Laurent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	PAROLA Philippe
CHAUMOTRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	PELLETIER Jean
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	PERRIN Jeanne
CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis	PESENTI Sébastien

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PETIT Philippe	RUQUET Michel	TROPIANO Patrick
PHAM Thao	SALAS Sébastien	<i>TSIMARATOS Michel (détachement)</i>
PHILIP-ALLIEZ Camille	SARLON-BARTOLI Gabrielle	TURRINI Olivier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VALERO René
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VELLY Lionel
POINSO François	SIELEZNEFF Igor	VEY Norbert
RADULESCO Thomas	SIMON Nicolas	VIDAL Vincent
RANQUE Stéphane	STEIN Andréas	VIENS Patrice
RASKIN Anne	SUISSA Laurent	VILLA Antoine
REGIS Jean	TABOURET Emeline	VILLANI Patrick
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	VITON Jean-Michel
REYNAUD Rachel	TARDIEU Corinne	VITTON Véronique
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TARDIVO Delphine	<i>VIEHWEGER Heide Elke (détachement)</i>
<i>RICHERI Raphaëlle (disponibilité)</i>	TASSERY Hervé	<i>VIVIER Eric (disponibilité)</i>
ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCH Antoine	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCHWERGER Richard	TOMASINI Pascale	
ROLL Patrice	TOSELLO Barthélémy	
ROSSI Dominique	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah (<i>disponibilité</i>)	GAUBERT Jacques	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	NOIRRI-ESCLASSAN Emmanuelle
ANTEZACK Angéline	GELSI/BOYER Véronique	NOUGAIREDE Antoine
APPAY Romain	GIRAUD Thomas	PAULMYER/LACROIX Odile
ARCANI Robin	GIRAUDEAU Anne	PEDINI Pascal
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	PIZZO Francesca
BALLESTER Benoit	GOROKHOVA Svetlana	POMMEL Ludovic
BARON Sophie	GOURIET Frédérique	PRECKEL Bernard-Eric
BEGE Thierry	GRIMALDI Stéphan	PROST Solène
BELLONI Didier	GUERIN Carole	RE Jean-Philippe
BENYAMINE Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	RESSEGUIER Noémie
BLANCHET Isabelle	GUIBVARC'H Maud	ROBERT Philippe
BOBOT Mickael	GUIVARCH Jokthan	ROBERT Thomas
BOHAR Jacques	HABERT Paul	ROCHE-POGGI Philippe
BONINI Francesca	HAK Jean-François	ROCHIGNEUX Philippe
BOUCRAUT Joseph	HAUTIER Aurélie	ROMANET Pauline
BOULAMERY Audrey	HEIM Xavier	SABATIER Renaud (<i>disponibilité</i>)
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	SARI-MINODIER Irène (<i>détachement</i>)
BOUSSEN Salah Michel (<i>détachement</i>)	JACQUOT Bruno	SAULTIER Paul
BUFFAT Christophe	JALOUX Charlotte	SAVEANU Alexandru
CAMILLERI Serge	JARROT Pierre-André	SILVESTRI Frédéric
CAMOIN Ariane	KASPI-PEZZOLI Elise	STELLMANN Jan-Patrick
CAMPANA Fabrice	KORCHIA Théo	STEPHAN Grégory
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	SUCHON Pierre
CASAZZA Estelle	LABIT-BOUVIER Corinne	TOSELLO Alain
CASSAGNE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUDE Lucas
CATHERINE Jean-Hugues	LAGARDE Stanislas	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHOPINET Sophie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VELY Frédéric
CHRETIEN Anne-Sophie	LAMBERT Isabelle	VENTON Geoffroy
COZE Carole	LAN Romain	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAURENT Michel	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEHARO Pierre	LORENZO Diane	
DELLIAUX Stéphane	LUCIANI Léa	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DUONSEIL Pauline	MALISSEN Nausicaa	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André (<i>disponibilité</i>)	
ELDIN Carole	MEGE Diane	
FOLETTI Jean- Marc	MENSE Chloé	
FRANKEL Diane	MENU Estelle	
FROMNOT Julien	MORAND-HUGUET Aurélie	
GARCIAZ Sylvain	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
GASTALDI Marguerite	NETTER Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	LAVERNY Oskar	THOLLON Lionel
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	ZAKARIAN Carole
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	
DESNUES Benoît	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
DE LAPEYRIERE Camille
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

PARDOUX Eric
SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

 GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
 LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

 THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

 DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNÉ Emeline (MCF)

 SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH) *disponibilité*
 XERRI Luc (PU-PH)

 APPAY Romain (MCU-PH)
 DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH) *disponibilité*

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 DUBOURG Grégory (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)

 AHERFI Sarah (MCU-PH) *disponibilité*
 ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
 BARON Sophie (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 LUCIANI Léa (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

 CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LAGIER David (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLÉY Lionel (PU-PH)
 ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) *détachement*

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

 BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MARLINGE Marion (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 ROMANET Pauline (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

 FRANKEL Diane (MCU-PH)
 GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)
 LAVERNY Oskar (MCF)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

PROST Solène (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 TABOURET Emeline (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
 SABATIER Renaud (MCU-PH) disponibilité

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 BIRNBAUM David (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 CHOPINET Sophie (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

LORENZO Diane (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GOROKHOVA Svetlana (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

NETTER Antoine (MCU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH) disponibilité

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH) Retraite 1/12/2024
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
PEDINI Pascal (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH) disponibilité

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

DE LAPEYRIERE Camille (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

GUILLLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803***BLIN Olivier (PU-PH) disponibilité*

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

PARDOUX Eric (ATER)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH) détachement

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

MORAND-HUGUET Aurélie (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) disponibilité

GREILLIER Laurent (PU PH)

KORCHIA Théo (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

VIDAL Vincent (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

HAK Jean-François (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

ARCANI Robin (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David

ZAKARIAN Carole (MCF)

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)
AMANIA Audrey (LRU)
SCHWINGROUBERT Jocelyn (LRU)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
TARDIVO Delphine (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 65

ABOUT Imad (PR)

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
RASKIN Anne (PU-PH)
RUQUET Michel (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)

BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'évaluer ce travail.

A Monsieur le Professeur GENTILE Gaetan

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci infiniment de votre disponibilité. C'est un immense plaisir pour moi de vous compter dans mon jury en tant que Professeur de Médecine Générale.

Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur THERY Didier

Je vous prie de croire en mon profond respect et ma grande gratitude d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

A Monsieur le Docteur DAHAN Thierry, mon directeur de thèse

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail, et d'avoir toujours été présent quand j'avais besoin. Merci pour votre bienveillance, votre professionnalisme, et pour tout ce que vous m'avez appris au cours de mon stage dans votre cabinet, au cours duquel j'ai découvert mon attrait pour l'exercice de la médecine générale en zone rurale. Vous m'avez inculqué rigueur, curiosité intellectuelle, et systématisme.

Aux médecins interrogés

Merci pour votre disponibilité et votre accueil, merci pour la richesse des échanges.

À toutes les personnes qui ont croisé ma route au cours de mon cursus et qui m'ont tant appris : patients, aides-soignant(e)s, infirmiers et infirmières, secrétaires, agents de service hospitalier, externes, internes, médecins et professeurs, je vous adresse toute ma gratitude.

A **Aurélien**, mon partenaire de vie, ma moitié, mon amour. Merci de m'apporter quotidiennement cet amour qui m'est devenu indispensable. Merci de m'avoir fait évoluer, de m'avoir poussée à me dépasser, à devenir meilleure. Merci de m'avoir soutenue à chaque étape, et de continuer à le faire chaque jour de notre vie ensemble.

Ta force et ton courage sont un exemple pour moi, et je m'en inspire quotidiennement.

A nos futures aventures, randonnées, voyages. A notre vie ensemble. Je t'aime inconditionnellement.

A **Alizée**, Zou, ma sœur, mon pilier, avec qui je partage tout depuis toujours. Je te remercierai jamais assez de l'épaule que tu m'offres pour pleurer ou rire chaque jour. Tu as été d'un soutien inébranlable, je ne sais comment te remercier. Ce que je suis aujourd'hui, je te le dois en grande partie. Tu as été tellement plus qu'une sœur pour moi, je ne peux parler de ma vie sans parler de toi. J'espère un jour être une femme aussi accomplie et forte que toi, tu es inspirante.

A **mes parents**, qui ont été présents du début jusqu'à la fin, en toutes circonstances. Vous avez supporté mes peines, mes joies, mes succès, mes échecs. Vous m'avez soutenue dans mes projets, vous m'avez tout donné, et je vous en serai éternellement reconnaissante.

Maman, je me souviendrai toujours de ton acharnement au travail, de ta résilience, de ta gentillesse. Tu es un exemple pour moi. Merci de m'avoir accompagnée à chaque instant, de m'avoir guidée quand j'étais perdue.

Papa, à ton intelligence, ta force de travail, ta force tranquille, merci pour ces balades à la plage avec Snow quand je n'en pouvais plus d'étudier, merci de m'avoir conseillée à chaque intersection de ma vie, merci pour tout.

A mon frère, **Alexandre**, Yanyand, loin des yeux mais près du cœur. A ton intelligence, à ta curiosité intellectuelle, à ta bienveillance, à ta façon de danser la tektonik. A notre enfance ensemble : entre batailles au sabre laser dans le jardin, courses de voiture avec crash bandicoot, guerre pour savoir qui va faire la vaisselle, et parties d'échec, nous en avons des souvenirs. Merci pour tous ces bons souvenirs, merci pour le grand-frère que tu es, merci d'être toujours là.

A ma **mamie**, et **tonton**, merci d'être venus de si loin, merci pour tous ces merveilleux souvenirs d'enfance. J'ai hâte de revenir vous voir à Châteaulin.

A **Alessia**, mon ange gardien, ma véritable amie, ma certitude. Les mots sont difficiles à trouver quand il s'agit de te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu es rentrée dans ma vie quand j'étais un petit oisillon blessé, tu m'as prise sous ton aile, et tu m'as rattrapée au vol plus d'une fois. Ton amitié fait partie de ce que j'ai de plus précieux. Merci d'être toujours présente. Tu es une des personnes les plus exceptionnelles que je connaisse, et je suis reconnaissante tous les jours de t'avoir dans ma vie.

A **Léa**, ma Lélé, à ta loyauté, ta gentillesse, ta maladresse, ton rire qui résonne. A tes gâteaux, oui, aussi, il faut vraiment le souligner parce qu'ils sont exceptionnels je n'ai pas oublié. A ton amitié sincère, tes précieux conseils et ton intelligence. Nos longues discussions et soirées me manquent, tes gâteaux me manquent aussi, et je ne vois pas ma future vie sans ta présence.

A **Antoine-Louis**, aussi gentil que drôle, je suis tellement heureuse que tu partages la vie de Léa, parce qu'il ne pouvait pas y avoir meilleur partenaire.

A **Laura N.**, du karaté à la médecine, je suis ravie de t'avoir toujours dans ma vie après toutes ces années, et j'espère que cela durera encore de nombreuses années. Ta bonté et ton empathie sans pareille me rendent admirative à chaque fois que je te croise. J'ai de la chance de t'avoir rencontrée, sur les tatamis. Merci pour tes conseils et ta présence réconfortante, ne change jamais.

A **Julie**, Jubi, bretonne d'adoption temporaire, mon amie qui me manque. La distance n'efface pas ta place dans mon cœur. L'externat, certes difficile, a forgé notre amitié pour longtemps je l'espère. Je ne t'oublierai jamais.

A **Maria**, la « brigade du seum », le coucher de soleil frigorifiant au Ventoux, toutes nos soirées, notre stage mémorable à Avignon, ta petite escapade en Corse, merci pour tous ces souvenirs. Tout ça me manque.

A **Allan**, mon beau-frère et précieux ami. Tout d'abord merci d'apporter à ma sœur apaisement et amour, je ne l'ai jamais vue aussi épanouie. Et deuxièmement, merci de supporter le boulet que je suis. Tu es un ami loyal et bienveillant.

A **Joanna**, ma Jojo, je suis très fière de toi et de tout le chemin que tu as parcouru. Malgré tes blessures, tu n'as cessé de me soutenir. J'espère qu'un jour tu te verras comme je te vois. Tu es une personne exceptionnelle, et je serai toujours là pour toi.

A **Pierre-Antoine et Sarah**, mon beau-frère et ma belle-sœur, on se connaît depuis peu mais je vous aime déjà, et j'ai hâte de partager de beaux souvenirs avec vous.

A **Béa**, mon assistante médicale préférée, et qui est devenue mon amie. Je t'admire pour ta force, tes combats, et ta bonté malgré les épreuves que la vie t'a imposées. Tu m'as appris beaucoup humainement.

A **Laurent**, mon ami d'enfance, toujours là peu importe le temps qui passe. Je suis fière de l'homme que tu es devenu. Tu me manques.

A **Aurélie, Christophe et Baptiste**, magnifique petite famille, je suis très reconnaissante d'avoir croisé votre chemin, je vous apprécie énormément et j'espère vous revoir vite.

A **Valérie et Thierry**, vous avez été présents du baby-sitting jusqu'à la thèse, vous comptez beaucoup pour moi et j'espère vous revoir bientôt.

A **Marion**, la seule survivante de ce quatuor PACES ! 10 ans et tu es toujours dans mon cœur.

A **Manon et Micka**, le couple goal, félicitations pour cette merveilleuse vie que vous commencez. Je suis très heureuse pour vous, et très heureuse de faire partie de cette vie.

A **Dylan (Dyloush), Alicia, Julien, Eleonore**, mes co-internes d'Avignon, merci pour ces 6 mois, mes préférés de l'internat, grâce à vous.

A **Mateo et Narjisse**, inoubliable semestre avec vous, dans la difficulté mais surtout dans le rire.

A **Ophélie, Sabrina, Prescia, Nihade, Charlotte, Saida, Amel, Sandrine, Célia, Alex**, vous êtes mes plus belles rencontres dans cet hôpital. Chaque garde avec vous a été un plaisir. Vous êtes toutes formidables et vous me manquez.

A **Roza, Malek, Soraya, Leila, Camille, Aurélie, Samia, ...**, la team Nord ! Je ne vous oublierai jamais. J'espère que nos chemins se recroiseront.

A l'équipe CSG :

Vincent, le meilleur co-interne de tous les temps.

Claudia, merci pour ta bienveillance et ta présence. Tu es rentrée dans mon cœur si vite, je suis très reconnaissante d'avoir croisé ton chemin.

Estelle, ta folie et ta joie de vivre me manquent. Merci d'avoir rendu ce stage aussi amusant.

Marina, merci pour tous ces moments de rire au travail.

Xavier, le Roc du CSG, merci pour ton accueil, ta gentillesse, ta bienveillance, ton humour.

Marc, j'aurais aimé vous compter dans mon jury, je vous respecte et vous apprécie beaucoup. Merci pour la transmission de vos nombreuses connaissances.

Toute l'équipe paramédicale qui est d'un professionnalisme exceptionnel : **Anaïs, Caro, Cédric, Laura, Jeanne, Chloé, Anne-Sophie, Lisandrina, Perrine, Elisabeth**, grâce à vous j'ai fini mon internat en beauté.

Merci à **Anne-Sophie et Nassima**, qui m'ont accompagnée quelques mois, mais cela a suffi pour que je m'attache à vous.

A la team Calcatoggio :

André, mon futur collègue, à nos futures années de travail ensemble, merci pour ton accueil.

Mélanie, merci pour le travail que tu fournis pour nous, merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement, et félicitations pour ta merveilleuse petite famille. Je te souhaite que du bonheur.

Louisa, petit coup de cœur du coin, toujours de bons conseils et toujours prête à raconter des bêtises pour me faire rire. Merci de divertir mes journées de travail bien chargées, merci pour tous les petits cafés entre deux consultations, et merci pour ta présence bienveillante même en dehors du travail.

Valérie, je t'ai redécouverte et j'en suis ravie, merci de ton soutien pendant ces quelques mois chargés et difficiles, en espérant que tu restes avec nous.

A **Barthé**, merci de rendre chaque moment anodin du quotidien drôle et atypique. A ta bonne humeur constante, communicative, qui illumine nos journées. Merci pour ton accueil.

Lydia et Laurine, mes deux petites infirmières préférées, c'est un plaisir de travailler avec vous. Merci pour votre bienveillance, et surtout votre compétence.

Andréa, bienvenue dans l'équipe, tout le monde t'adore déjà !

Les deux Val', merci pour votre gentillesse et votre accueil chaleureux.

A mes MSU préférés :

A **Muriel**, ma première MSU, ta profonde bonté et ta bienveillance m'ont marquée, tu m'as beaucoup appris humainement. Je me suis attachée à toi et ton équipe, **Cédric, Vincent, Laetitia, Salima**. Vous avez été si gentils et si accueillants, je ne l'oublierai jamais.

A **Anne-L D.**, quelques mois de stage qui ont suffi à influencer ma pratique quotidienne et ma vie également. La médecine que je fais actuellement, je m'inspire de toi, de ta rigueur, de ton empathie. Tu m'as beaucoup aidée, professionnellement et personnellement, et je te remercie infiniment pour ça.

A **Audrey G.**, j'ai énormément appris à tes côtés, encore aujourd'hui j'ai ta voix qui résonne dans ma tête quand je suis en consultation, pour me rappeler tout ce que tu m'as appris. J'ai beaucoup de respect pour toi, et je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté.

A **David G., Arthur O, Agathe, Geoffroy N., Alexis W., Maria F., Karim M., Stéphane B, Philippe C, Isabelle C, Audrey E., Joel I, Capucine L, Louis M-B**, je n'oublierai jamais ce stage grâce à vous. Merci infiniment pour tout. Et merci pour le plâtre !

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
I. INTRODUCTION.....	3
A. Définitions	3
1. Personne âgée	3
2. Maltraitance	3
3. Maltraitance des personnes âgées	4
4. Catégories de maltraitements	4
5. Aidant.....	5
B. Epidémiologie	5
C. Facteurs de risque	6
1. Facteurs de risque liés à la victime.....	6
2. Facteurs de risque liés à l’auteur de la maltraitance	6
3. Facteurs de risque liés à la relation entre la victime et l’auteur de la maltraitance ..	7
4. Facteurs de risque liés à la localisation géographique	7
D. Signes d’alerte	7
E. Conséquences de la maltraitance des personnes âgées	11
F. Sous-déclaration	11
1. Par la victime.....	11
2. Par les médecins.....	12
G. Outils de dépistage	12
H. Barrières au signalement et la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées identifiées dans la littérature	13
II. METHODOLOGIE	15
A. Type d’étude et objectif principal	15
B. Population étudiée.....	15
C. Recueil de données.....	15
III. RESULTATS.....	17
A. Introduction.....	17
B. Caractéristiques des participants.....	17
C. Présentation des thèmes	18

1. Définition de la maltraitance de la personne âgée à domicile	18
2. Signes de maltraitance de la personne âgée	19
3. Dépistage de la maltraitance de la personne âgée	22
4. Facteurs de risque.....	24
5. Obstacles au dépistage de la maltraitance de la personne âgée	25
6. Prise en charge de la maltraitance de la personne âgée à domicile.....	34
7. Obstacles à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée identifiés par les médecins généralistes.....	39
8. Solutions proposées	47
9. Ressenti du médecin généraliste	55
10. Particularités locales	56
IV. DISCUSSION	60
A. Discussion par thèmes	60
1. Obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.....	60
2. Solutions envisagées.....	67
3. Organigramme de prise en charge.....	70
B. Forces et limites de l'étude	72
1. Posture du chercheur.....	72
2. Choix de la méthodologie.....	72
3. Taille de l'échantillon	73
4. Sélection des médecins généralistes	73
5. Guide d'entretien.....	73
6. Déroulement des entretiens.....	74
7. Analyse.....	75
C. Conclusion de la discussion et perspectives	75
V. CONCLUSION.....	77
VI. ANNEXES.....	78
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	89
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE	94
IX. RÉSUMÉ.....	95

I. INTRODUCTION

A. Définitions

1. Personne âgée

Les définitions varient en fonction des pays et du contexte. La personne âgée est définie depuis 1968 par l'OMS comme une personne âgée d'au moins 65 ans. La réglementation en France fixe à 60 ans l'âge à partir duquel s'appliquent les prestations pour les personnes âgées (par exemple, l'APA). En revanche, le seuil de 65 ans est majoritairement utilisé dans les études épidémiologiques classiques. (1)

2. Maltraitance

En 1987, le Conseil de l'Europe définit la maltraitance comme une violence se caractérisant par « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. » (2)

En 2021, une révision de la définition des maltraitements a été proposée par la Commission nationale pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance (3): il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. Cette définition donne naissance à une nouvelle version législative en février 2022 dans le code d'action sociale et des familles, article L119-1. (4)

3. Maltraitance des personnes âgées

L'OMS définit la maltraitance des personnes âgées comme un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits humains et englobe les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales, les abus matériels et financiers, l'abandon, le défaut de soins, et l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect. (5)

En 1969, Robert Butler crée un nouveau néologisme, l'âgisme. Ce dernier représente des attitudes négatives et discriminatoires envers les personnes âgées du seul fait de leur âge. (1)

4. Catégories de maltraitements

La maltraitance est répartie en sept catégories : (6)

- Les **violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles...
- Les **violences et sévices psychologiques** : paroles irrespectueuses ou dévalorisantes, absence de considération, chantages, menaces, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non-respect de l'intimité...
- Les **violences financières** : exploitation financière et abus matériels, vols, escroqueries diverses, locaux inadaptés...
- Les **violences médicales ou relatives aux soins** : sévices médicaux, défaut de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitement sédatif ou neuroleptique, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur...
- Les **négligences actives** : toute forme de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire
- Les **négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage
- **Privations ou violations de droit** : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

5. Aidant

L'aidant est une personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap. (7)

La France compte 8,3 millions d'aidants dont 4,3 millions pour les personnes âgées. 53 % sont des femmes, 57 % sont des conjoints, 17 % sont des membres de la famille. (8)

B. Epidémiologie

D'ici 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. En 2050, la population mondiale de personnes âgées de 60 ans et plus devrait au moins doubler, passant d'un milliard en 2019 à environ 2,1 milliards. Le nombre des personnes âgées de 80 ans et plus devrait tripler entre 2020 et 2050 pour atteindre 426 millions. (9)

D'après l'INSEE, en 2050, 26,2% de la population sera âgée de 65 ans ou plus (contre 18,5% en 2015).

La prévalence de la maltraitance des personnes âgées est **sous-estimée** car sous-déclarée, même si les déclarations augmentent depuis 2020. (1)

Selon l'OMS, un sénior sur dix est confronté chaque mois à une situation de maltraitance. De même, deux soignants sur trois déclarent avoir commis un acte de maltraitance en 2020.

En France, on estime que la maltraitance des séniors touchent au moins 600 000 personnes, soit près de 5% des plus de 65 ans, et 15% des plus de 75 ans. Ce phénomène s'est majoré depuis la pandémie COVID. En effet, une étude américaine de 2021 rapporte une majoration de plus de 83% des cas de maltraitance signalés, soit une personne âgée sur cinq.

Une méta-analyse étudiant 52 études de prévalence de 28 pays différents publiées entre 2002 et 2015 estimait la prévalence globale de la maltraitance des personnes âgées à 15,7%, avec de grandes disparités entre les pays. (10)

La fédération 3977 fournit des chiffres sur le plan national. En 2022, 81701 appels ont été reçus à la plateforme 3977, et 7368 dossiers ouverts. 82% des victimes ont 60 ans et plus, 69% sont des femmes. La maltraitance se fait dans 59% des cas à domicile. (11)

Néanmoins, déterminer la prévalence de la maltraitance des personnes âgées reste compliqué car il n'existe pas d'outil cohérent et universel permettant de la mesurer, ce qui rend difficile la comparaison entre différentes études. (12)

De même, les différences culturelles et régionales entre les pays suscitent une hétérogénéité dans les résultats en fonction des études et des pays.

C. Facteurs de risque

Une meilleure compréhension des caractéristiques des sujets à risque de maltraitance permet d'améliorer la prévention et de cibler les interventions. (13)

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés, classés en plusieurs catégories (14) : les facteurs de risque liés à la victime, liés à l'auteur de la maltraitance, liés à la relation entre le maltraitant et le maltraité, et liés à la localisation géographique.

1. Facteurs de risque liés à la victime

Les facteurs de risque liés à la victime regroupent la **dépendance fonctionnelle** ou incapacité, la **mauvaise santé physique**, la **démence et les troubles cognitifs**, les **troubles de la santé mentale**, et le **faible revenu**.

D'autres facteurs de risque potentiels ont été identifiés mais dont le lien est moins fort : le genre **féminin**, l'**âge**, la **dépendance financière**, l'**ethnie**.

En effet, dans certains pays (notamment aux Etats-Unis), le jeune âge de la personne âgée est associé à un risque plus important de maltraitance. A l'inverse, dans d'autres pays (notamment au Mexique, en Europe), les personnes plus âgées sont davantage à risque. (14)

2. Facteurs de risque liés à l'auteur de la maltraitance

La présence d'une **pathologie psychiatrique** ou d'un **abus de substances** chez un aidant ou un professionnel de santé constitue un facteur de risque majeur de maltraitance à l'encontre de la personne âgée. Ces situations peuvent altérer les capacités de discernement, de patience

et de contrôle émotionnel, favorisant ainsi l'émergence de comportements maltraitants. Par ailleurs, lorsque l'auteur présente une forme de **dépendance** vis-à-vis de la personne âgée — qu'elle soit affective, financière, matérielle ou résidentielle — le risque de maltraitance est également accru. (14)

3. Facteurs de risque liés à la relation entre la victime et l'auteur de la maltraitance

Le **type de relation** entre la victime et l'auteur de la maltraitance pourrait également être un facteur de risque, mais cela varie en fonction des pays. Aux Etats-Unis, en Israël et en Europe, le partenaire ou conjoint est le plus souvent l'auteur de la maltraitance. Dans les pays asiatiques, il s'agit plutôt des enfants et des beaux-enfants.

De plus, le **statut marital** est potentiellement un facteur de risque surajouté.

Parallèlement, le partage du lieu de vie (**cohabitation**) est un risque majeur de maltraitance des personnes âgées. (15)

4. Facteurs de risque liés à la localisation géographique

La **localisation géographique** pourrait aussi entrer en jeu. Deux études réalisées au Canada et au Nigeria ont montré que la vie en zone urbaine était plus à risque de maltraitance (16), (17). Une étude de prévalence de sept pays européens a mis en évidence un risque plus important de maltraitance sexuelle en Grèce, et un risque plus important d'abus financiers au Portugal.

En revanche, le **soutien social** est un facteur protecteur de la maltraitance de la personne âgée, comme le prouvent de nombreuses études.

D. Signes d'alerte

La présence de troubles cognitifs, une maladie chronique, les changements liés au vieillissement normal de la personne âgée, peuvent rendre difficile la détection de la maltraitance de la personne âgée. (18) En effet, les effets et symptômes d'une maladie

chronique peuvent créer à la fois des faux négatifs (fractures attribuées à tort à l'ostéoporose) et des faux positifs (hématomes spontanés attribués à de la maltraitance). (19)

En outre, la barrière culturelle et du langage complexifie parfois le signalement ou la détection de la maltraitance des personnes âgées (19).

De plus, contrairement à la maltraitance des enfants, il n'existe pas de signe pathognomonique de maltraitance de la personne âgée. (19) (20)

Une revue de la littérature réalisée en 2022 (20) montre que le signe le plus commun de maltraitance de la personne âgée est l'**ecchymose**. Le plus souvent, la lésion mesure plus de 5 centimètres, et est localisée sur la zone maxillo-faciale, les membres supérieurs ou le torse (surtout en postérieur) (21).

La HAS a publié en octobre 2024 une grille de repérage de la maltraitance des personnes âgées, notamment en listant les signes qui doivent alerter. (22)

Comme évoqué précédemment, certains **terrains** sont davantage à risque de maltraitance. La HAS préconise une particulière vigilance chez :

- les personnes en situation de handicap avec dépendance importante pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne,
- les personnes avec troubles psychiques ou trouble du développement intellectuel, altérant la capacité de discernement et/ou de se protéger,
- les personnes en situation de forte dépendance envers les aidants,
- les personnes dans l'incapacité de communiquer ou de s'exprimer
- les temporalités à risque : deuil, perte affective, changement de lieu de vie, annonce d'une maladie grave, aggravation d'une maladie chronique...

Les **signes d'alerte physiques** sont les suivants :

- Lésions cutanées suspectes : bleus, ecchymoses, notamment associés à des explications vagues et/ou contradictoires
- Plaies, brûlures, fractures
- Déshydratation : lèvres sèches, vertiges, céphalées, asthénie
- Infections sexuelles transmissibles sans contexte ou possibilité de relations consenties
- Plaies génitales et/ou anales

- Défaut de soins : protection non changée, escarres non traitées, toilette non faite)
- Perte de poids, détérioration de l'état général
- Absence de lunettes, de prothèses dentaires ou auditives malgré le besoin ou la prescription.

Certains **signes comportementaux** d'apparition ou de modification récente doivent également alerter :

- Plaintes de maltraitance ou de violences
- Menace de passage à l'acte, tentative de suicide
- Méfiance, hésitation à parler, interaction craintive
- Propos suicidaires (idées noires)
- Peur, anxiété, repli de soi
- Modification humeur, perte de contact, tristesse, pleurs, auto-négligence, agitation inhabituelle, refus de se lever, perte d'envie
- Déclin rapide des capacités cognitives
- Demande systématique de la permission d'un tiers
- Automutilation
- Refus des soins, des médicaments ou l'alimentation
- Désinhibition sexuelle : attitude, propos
- Changement du rythme des consultations médicales (augmentation ou diminution)
- Perte d'appétit, troubles du sommeil, incontinence

Les **conditions de vie** de la personne concernée et de son entourage peuvent aussi susciter une suspicion de maltraitance :

- Défaut d'hygiène extrême du domicile
- Contention
- Isolement subi, mobilité restreinte, refus des visites, enfermement
- Dépossession des moyens de paiement (sans aucun encadrement ni mise sous protection)
- Situation d'abandon
- Escroquerie, fraude, vol suspecté
- Exposition à un environnement violent
- Cohabitation avec une personne ayant des problèmes psychiatriques ou des addictions

- Perte de l'intimité, logement exigü ou inadapté
- Changement soudain de bénéficiaire du testament, de l'assurance vie, de la procuration
- Absence d'argent pour les dépenses courantes
- Cohabitation non choisie (proches ou animaux imposés dans le logement)
- Manque de vêtements adaptés à la bonne taille, manque de linge de toilette, manque de nourriture suffisante, manque de matériel adapté
- Sur-médication (abus de sédatifs)
- Absence d'accès à une vie culturelle, de loisirs

La **relation de la personne maltraitée avec l'aidant** peut être évocatrice de maltraitance :

- Menaces de mort, menaces d'abandon
- Banalisation de la maltraitance
- Disqualification permanente de la parole, banalisation de la plainte, reproches, infantilisation, langage irrespectueux
- Contrôle des relations (familiales, sociales, amicales, sexuelles)
- Refus de dialogue et/ou d'aide
- Absence de pouvoir décisionnel apparent : pas de recueil du consentement, pas de libre-arbitre, pas d'information donnée
- L'aidant répond aux questions posées à la place de l'aidé
- Manque d'information, méconnaissance sur les pathologies de la personne concernée
- Conflit ancien avec l'aidant (histoire familiale)

L'évaluation de l'**entourage familial** doit être au même titre réalisé, et alerter si :

- L'entourage est en souffrance psychique
- La victime soutient systématiquement l'auteur présumé (loyauté, dépendance affective)
- L'entourage est conflictuel ou dysfonctionnel (désaccord intrafamilial, opposition aux projets de soin et d'accompagnement, au choix du lieu de vie)
- Absence d'accompagnement social ou médico-social
- L'entourage est en difficulté économique

Tous ces signes, **non spécifiques**, doivent alerter d'autant plus s'ils sont associés.

E. Conséquences de la maltraitance des personnes âgées

La maltraitance des personnes âgées augmente le risque de **décès** (23) (24) et de **séquelles physiques graves**, après ajustement sur les maladies chroniques éventuelles. Une étude longitudinale de personnes âgées a en effet observé que la maltraitance était associée à un risque trois fois plus élevé de décéder à trois ans. A treize ans de suivi, seuls 9% des maltraités étaient encore en vie comparés aux 41% qui en ont été épargnés. (24)

Elle majore le risque de **placement** en institution (25), d'**hospitalisation** (26), et de recours aux services d'urgence. (27)

De nombreuses études évoquent des **séquelles psychologiques**, incluant un risque augmenté de dépression et d'anxiété (28). Les victimes de maltraitance parmi la population âgée expriment davantage de solitude, une qualité de vie moins satisfaisante, et une moindre autonomie. (29)

Ainsi, la maltraitance des personnes âgées accroît la consommation de soins et donc les coûts de santé.

F. Sous-déclaration

1. Par la victime

Les patients déments ou avec des troubles cognitifs ne sont pas toujours aptes à signaler les abus.

Par ailleurs, les personnes âgées peuvent éprouver des difficultés à identifier certains comportements comme maltraitants (30). Par exemple, une étude réalisée en 2014 en Irlande a montré que certains actes considérés comme abusifs par les professionnels, étaient considérés comme acceptables s'ils étaient dans l'intérêt de la victime (31).

D'autres facteurs limitants ont été identifiés : la **peur de représailles** par l'auteur de la maltraitance, la sensation de **culpabilité** si l'auteur est l'enfant de la victime, ou le souhait de **protéger** la personne maltraitée des conséquences du signalement (32).

2. Par les médecins

La maltraitance des personnes âgées est sous-déclarée, par la victime, mais aussi par les professionnels de santé, et particulièrement les médecins.

Les médecins généralistes sont les mieux placés pour détecter les signes de maltraitance des personnes âgées puisqu'ils voient leurs patients âgés plusieurs fois par an, et développent une relation de confiance dans le temps (33).

Or, les médecins sont les professionnels qui font le moins de signalement parmi les professionnels de santé et les professionnels sociaux (34).

En effet, seulement **2%** des signalements étaient réalisés par les médecins (35).

G. Outils de dépistage

Il n'existe pas de test de dépistage de référence (« gold standard ») pour la maltraitance de la personne âgée (18).

Plusieurs revues ont étudié les outils d'évaluation de la maltraitance du sujet âgé (36) (37).

Une revue systématique publiée en 2023 (38) actualise les données sur les outils existant dans la littérature et évalue leur faisabilité en médecine générale. D'après cette étude, **l'ED SENIOR AID et EASI** sont les scores semblant être les plus adaptés pour dépister la maltraitance des personnes âgées en pratique de médecine générale. Aucune implémentation de ces outils en pratique clinique n'a été réalisée à ce jour.

Une **évaluation cognitive** préalable est nécessaire. En cas de trouble cognitif, l'ED SENIOR AID est plus adapté. Le score EASI n'a pas été étudié pour un MMSE inférieur à 24.

L'ED SENIOR AID est un hétéro-questionnaire de six items réalisé en moins de 5 minutes, étudiant la maltraitance globale, en évaluant la fonction cognitive à l'aide de l'échelle AMT4. Il n'a pas été réalisé dans des conditions de médecine de ville et n'a pas été étudié en France ni traduit en langue française.

EASI est un hétéro-questionnaire de six items, réalisé en moins de 5 minutes, et étudie la maltraitance globale. Un des items est destiné au médecin, qui doit donc être le médecin traitant.

Le Score **VASS** est un auto-questionnaire de douze items étudiant la maltraitance globale, validé en langue française, mais étudié uniquement en milieu hospitalier en France.

L'ED SENIOR AID et le VASS ont une meilleure sensibilité que l'EASI (respectivement 94% et 90% contre 47%), mais l'ED SENIOR AID et l'EASI ont une meilleure spécificité (84% et 75% contre 49%).

Des études supplémentaires sont nécessaires pour développer un outil de dépistage simple et validé afin d'améliorer la détection de la maltraitance des personnes âgées (18).

Un **violentomètre** a été développé pour dépister les violences conjugales. De même, la HAS a proposé un violentomètre pour dépister la maltraitance des personnes âgées en institution (39). A ce jour, il n'existe pas d'équivalent concernant la maltraitance des personnes âgées à domicile.

H. Barrières au signalement et la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées identifiées dans la littérature

Alors que les violences conjugales sont de plus en plus dépistées systématiquement, la maltraitance des personnes âgées est un sujet peu évoqué en consultation.

Une étude (40) a montré que plus de 60% des médecins n'avaient jamais interrogé leur patient âgé au sujet d'abus ou de maltraitance.

Tout d'abord, le signalement peut être difficile puisque la personne maltraitante est souvent un membre de la famille ou l'aidant principal. Cela soulève les problématiques de **dépendance** de la personne âgée vis-à-vis de la personne maltraitante, de **loyauté familiale**, et de **peur des conséquences** du signalement (41).

Une étude américaine (42) a décrit trois barrières paradoxales au signalement ou à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

Premièrement, la **relation médecin-patient**, selon les participants, peut à la fois augmenter et diminuer la probabilité de signalement. En effet, la relation de confiance instaurée entre le médecin et le patient encourage ce dernier à dévoiler la maltraitance dont il est victime. En revanche, certains médecins avaient peur que la relation étroite avec leur patient soit altérée par le signalement. Ils pensaient que les patients pourraient se sentir déçus ou

trompés, a fortiori dans ce contexte de consultation médicale supposée confidentielle. Les médecins soulignaient également le risque de **changement de médecin** traitant par le patient ainsi que sa famille.

Deuxièmement, la **qualité de vie** du patient motivait le signalement par le médecin d'une part, en enlevant la source de maltraitance de l'environnement du patient. D'autre part, les médecins étaient concernés par le risque de diminuer la qualité de vie, en cas de placement non souhaité. En effet, un signalement peut aggraver la relation entre la victime et la personne abusive, majorant éventuellement la maltraitance. Ainsi, en pratique, de nombreux médecins analysent et prennent en considération le contexte et les conséquences du signalement avant de signaler une suspicion de maltraitance.

Enfin, le **contrôle du médecin** fait référence au degré de contrôle sur la capacité du médecin à faire ce qui est dans l'intérêt du patient lorsqu'il est face à des choix contradictoires. D'après la majorité des médecins, le signalement permettait d'augmenter le contrôle sur le bien-être du patient, mais suscitait également une peur de la responsabilité. En effet, ne pas reporter une maltraitance peut être préjudiciable, et reporter à tort peut l'être également sous une autre forme. C'est pourquoi, la plupart des médecins attendent une preuve irréfutable de maltraitance avant de signaler une maltraitance.

Une autre étude américaine en 2012 (43) a mis en évidence quatre obstacles à la déclaration de la maltraitance de la personne âgée.

Tout d'abord, les médecins priorisaient en consultation les problèmes de santé potentiellement graves, par **manque de temps** mais aussi parce qu'ils étaient davantage formés et à l'aise avec ce type de problématique. Par ailleurs, les médecins pensaient que **d'autres professionnels de santé** étaient plus aptes à détecter la maltraitance et que si elle était détectée, la déclaration devait être faite par les professionnels sociaux. De même, la **peur d'une déclaration erronée** incitait les médecins à signaler uniquement en cas de certitude. Enfin, la **peur d'altérer la relation du médecin avec son patient** entravait également la déclaration de la maltraitance.

D'autres articles évoquent **un manque de connaissance** au sujet de la maltraitance des personnes âgées, sa prévalence, ses facteurs de risque. De plus, **l'absence de protocole** pour identifier la maltraitance, et le nombre limité de services disponibles pour prendre en charge cette maltraitance, majorent la sous-déclaration par les professionnels de santé. (43)

II. METHODOLOGIE

A. Type d'étude et objectif principal

Il s'agit d'une thèse qualitative par **entretiens semi-dirigés** visant à explorer les obstacles rencontrés par le médecin généraliste face au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée. L'objectif est d'identifier ces obstacles afin de mettre en évidence des solutions éventuelles et ainsi d'améliorer la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

Ce choix méthodologique s'est imposé car la question de recherche porte sur des représentations et des pratiques professionnelles peu explorées. L'objectif était de comprendre en profondeur les expériences et les points de vue des médecins généralistes, dans leur contexte de pratique quotidienne. La méthode qualitative permet d'accéder à la complexité des situations vécues et de générer des données riches et nuancées.

B. Population étudiée

La population étudiée était les médecins généralistes libéraux, exerçant dans la région Corse-du-Sud et plus particulièrement en région Ajaccienne. La sélection des médecins généralistes s'est faite de manière aléatoire, afin d'obtenir une grande diversité de profils sur les critères d'âge, de type d'exercice, et de sexe. Onze entretiens ont été réalisés, tous en présentiel. Les médecins ont tous été contactés par téléphone sur la base du volontariat.

C. Recueil de données

Le guide d'entretien a été construit suite à la recherche bibliographique. Il a été testé auprès d'un médecin avant de commencer l'étude, une question a été rajoutée suite à ce test. Il n'a jamais été modifié par la suite au cours de l'étude. Le guide d'entretien est présenté en ANNEXE 1. Un exemple d'entretien anonymisé est disponible en ANNEXE 2.

Chaque entretien a été enregistré par l'enregistreur vocal d'un smartphone, et retranscrit par verbatim mot à mot sur le logiciel WORD. Les entretiens ont été anonymisés. Le codage a été réalisé sur papier, puis reporté sur un fichier EXCEL. Les codes ont ensuite été regroupés en sous-catégories puis en catégories. Ces catégories ont été regroupées en grands thèmes. L'ANNEXE 3 illustre un exemple de codage sur fichier Excel.

Le recueil s'est fait jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'analyse n'apporte pas de donnée supplémentaire. La saturation a été atteinte au neuvième entretien. Par sécurité, deux entretiens ont été ajoutés à l'analyse, et n'ont pas apporté de nouvel élément.

III. RESULTATS

A. Introduction

Cette partie présente les résultats principaux issus de l'analyse thématique inductive des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en soins primaires.

B. Caractéristiques des participants

Onze médecins généralistes ont été interrogés entre avril et août 2025. Les entretiens ont duré entre 15 et 60 minutes. Le tableau suivant (Tableau 1) résume les caractéristiques des participants.

	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Années d'expérience
MG1	H	32	Rural	MSP	3
MG2	H	38	Rural	Libéral, 1 associé	5
MG3	F	67	Rural	Libéral, 1 associé	36
MG4	F	35	Rural	Libéral, seule	2
MG5	H	57	Rural	MSP	27
MG6	H	61	Urbain	Libéral, association	30
MG7	H	48	Rural	Libéral, 1 associé	16
MG8	F	30	Urbain	Libéral, 1 associé	1
MG9	F	36	Rural	MSP	7
MG10	F	37	Semi-urbain	MSP	8
MG11	H	55	Rural	MSP	27

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

C. Présentation des thèmes

1. Définition de la maltraitance de la personne âgée à domicile

Tous les médecins soulignent la pluralité des formes de maltraitance. La majorité des médecins interrogés cite uniquement la maltraitance physique et psychologique, mais la totalité des entretiens a permis de dégager toutes les formes de maltraitance.

- La maltraitance physique : *« une partie de violence potentiellement physique avec des coups, avec des choses qui peuvent se voir faire des traces physiques »* (MG10)
- La maltraitance psychologique : *« il doit y avoir des violences psychologiques avec des phrases, des comportements, des choses qui ne se voient pas physiquement »* (MG10)
- La maltraitance par négligence passive : *« Ça peut être du passif aussi, c'est là où ça devient compliqué, il y a beaucoup de maltraitance passive là-dedans, juste parce que on va pas faire les choses, on va pas ramener les petits vieux, on va pas les changer »* (MG7)
- La maltraitance par négligence active : *« maltraitance morale ça peut être du désintéressement, le laisser euh...ne pas s'en occuper si le patient est dépendant, après tout dépend continence ou incontinence...ça peut être ne pas le changer quand il faut le changer, ça peut être le laisser souffrir alors qu'il faudrait le traiter, ça peut être ne pas prendre en compte une dépression masquée »* (MG5)
- La maltraitance financière : *« et clairement c'est une personne qui manipulait la personne âgée, et qui prenait tous ses sous quoi. »* (MG1)
- La maltraitance liée aux soins : *« les soins qui sont faits un peu brusquement, les choses comme ça, par les infirmiers, même les médecins hein »* (MG4)

Les entretiens révèlent malgré cela une difficulté à définir la maltraitance :

« je saurais pas définir la maltraitance » (MG1)

Il existe une sous-estimation de la prévalence de la maltraitance de la personne âgée, qu'elle soit consciente ou inconsciente :

« Après, peut-être que je le remarque pas hein, parce qu'il doit y en avoir, ça doit être sous-estimé la maltraitance des personnes âgées hein. » (MG4)

« c'est quand même pas une situation je pense très fréquente, [...] ça existe, mais enfin c'est quand même pas...je pense, je me trompe peut-être, mais je pense pas que ce soit quelque chose d'excessivement fréquent » (MG6)

2. Signes de maltraitance de la personne âgée

Les médecins généralistes soulignent majoritairement le **manque de spécificité** des signes de maltraitance chez la personne âgée, ce qui en complique la détection :

« Mais, c'est difficile en fait de voir si c'est de la maltraitance ou si la personne a juste fait des chutes parce qu'il y a des troubles. Donc, voilà. Ça peut être des signes de maltraitance ou comme ça peut être juste une pathologie de la personne quoi. » (MG4)

La maltraitance de la personne âgée pouvait, d'après les entretiens, être simplement détectée suite à une **verbalisation** du patient victime ou de l'entourage :

« ça peut être une expression verbale hein, si la personne âgée dit qu'elle est maltraitée, elle peut l'exprimer quoi. » (MG10)

« Et c'est souvent l'entourage qui va nous prévenir aussi » (MG11)

a) Symptômes récurrents / Plaintes fonctionnelles répétitives

La **répétition de symptômes ou la répétition de plaintes fonctionnelles** peut, d'après certains médecins, être un signe d'alerte de maltraitance de la personne âgée :

« il va évoquer des symptômes récurrents, se plaindre de douleurs » (MG9)

b) Signes physiques

Les **lésions physiques** sont les signes les plus cités lors des entretiens. L'absence de spécificité de ces signes est à nouveau soulignée. Parmi les signes physiques, on décompte les traces de coups et hématomes, les plaies, les fractures, les chutes :

« Physique, c'est ce qu'on va pouvoir constater, comme je disais, des traces d'hématome, l'amaigrissement, des traces de coup, des fractures suspectes, enfin comme on fait pour un gosse quoi hein. Des marques de, des hématomes, des marques de préhension souvent » (MG6)

L'incohérence du mécanisme, ou la présence de **signes inexpliqués**, peuvent être un signe d'alerte devant faire évoquer une maltraitance :

« c'est des personnes âgées chez qui on va rapporter des chutes, qui vont avoir des hématomes à des endroits qui pourraient être pas cohérents avec le discours de l'entourage, des fractures pareil pas forcément expliquées par une pathologie ou par le traumatisme qui peut être décrit. » (MG10)

Plusieurs médecins ont mentionné **l'aspect général** de la personne âgée comme un indicateur potentiel de maltraitance, en particulier l'hygiène, l'état des vêtements...
« Et puis, l'état des vêtements, est ce qu'ils ont des vêtements, on les voit souvent avec les mêmes vêtements ou des vêtements tâchés...est ce qu'ils vont être souillés, leur odeur » (MG9)

c) Signes psychologiques

Une majorité des médecins généralistes souligne les **symptômes psychologiques** comme signe évocateur : l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, le renfermement de la personne âgée.

« des signes d'anxiété, des insomnies, ou autres, des signes de dépression, un syndrome de glissement, on peut se poser la question de savoir s'il y a pas maltraitance » (MG5)

d) Signes comportementaux

Le **comportement du patient** en consultation pourrait également être un signe d'alerte, notamment des attitudes d'évitement, d'isolement, ou encore un changement de comportement.

« Ca peut être des conduites d'évitement du patient, des réactions de retrait quand on va l'examiner, des réactions de défense. Ça peut être un patient qui est mutique, qui parle pas, je pense que ça peut se manifester comme ça aussi. Ce sont des patients qui peuvent s'isoler, probablement » (MG5)

« Finalement les signes ça va être dès qu'il y a un changement de comportement, euh, tu peux considérer que c'est un signe » (MG7)

e) Signes nutritionnels

La **dénutrition, un amaigrissement inexpliqué, la maigreur, la déshydratation**, sont des signes pouvant invoquer une maltraitance sous-jacente.

« et puis surtout leur aspect, est ce qu'il y a un aspect de déshydratation, de dénutrition, une maigreur » (MG9)

f) Signes liés à l'entourage

La personne âgée dépendante étant souvent accompagnée d'un aidant, certains médecins généralistes signalent que l'aidant peut être un tremplin pour détecter les signes de maltraitance. En effet, **l'épuisement de l'aidant** pourrait être un signe précurseur :

« J pense dès qu'il y a un aidant qui est énervé, qui est agressif, qui se plaint tout le temps, qui en a marre, qui râle... C'est là où les personnes âgées ont le plus de risques d'être maltraitées j pense. » (MG1)

g) Signes environnementaux

L'**environnement** de la personne âgée, notamment au domicile, serait un élément essentiel à prendre en compte dans la recherche d'une maltraitance : l'état du domicile, l'approvisionnement alimentaire...

« et puis après à domicile il pourrait y avoir d'autres indices, un frigo vide, ou au niveau de l'état de l'appartement, si c'est sale, si c'est pas rangé, des choses comme ça. Parce que ça peut être aussi des indices à la maison, c'est intéressant d'aller voir à domicile. » (MG8)

3. Dépistage de la maltraitance de la personne âgée

Cette partie consistait à évaluer les méthodes de dépistage par le médecin généraliste de la maltraitance de la personne âgée.

A l'unanimité, le dépistage de la maltraitance chez la personne âgée n'était **pas systématique**, mais se faisait de manière **orientée**, en fonction de la présence d'un point d'appel. Quelques médecins généralistes ont même avoué ne jamais pratiquer de dépistage de la maltraitance de la personne âgée.

« Alors, clairement, je ne le fais pas systématiquement, je le fais même quasiment pas, très honnêtement. » (MG2)

« Mais je fais pas de dépistage systématique. Je pense qu'il y a des signaux d'alerte, que j'ai décrits tout à l'heure, en fonction des signes cliniques, ou de comportement du patient, s'il change d'attitude, s'il se renferme » (MG5)

Le dépistage est également orienté par la **répétition des signes**, ou leur **gravité** :

« Tout dépend de la répétition, tout dépend de la gravité de la lésion, ou de leur répétition » (MG5)

De même, certains médecins généralistes se disaient plus sensibles au dépistage de la maltraitance chez la personne âgée en présence de **facteurs de risque** (personne âgée dépendante).

« On va être plus en alerte chez un patient qui est en perte d'autonomie que chez un patient qui a toute son autonomie » (MG5)

Quelques médecins généralistes ont admis ne pas savoir s'il existait un score ou une échelle de dépistage concernant la maltraitance de la personne âgée :

« J'imagine qu'il y a des échelles spécifiques, que je n'utilise pas, je connais pas leur nom. » (MG8)

Par ailleurs, **sept méthodes de dépistage** ressortaient des entretiens :

- **L'observation de l'environnement**, notamment du cadre de vie à domicile, constitue une méthode de dépistage fréquemment évoquée lors des entretiens. Les conditions de vie et la réalisation des activités de la vie quotidienne peuvent en effet représenter des indicateurs indirects de situations de négligence. L'observation d'un environnement dégradé, d'une hygiène insuffisante, d'une alimentation inadaptée ou encore d'un manque de matériel de sécurité (barrières, aides techniques, chauffage adéquat) peut alerter le professionnel sur une possible maltraitance ou un défaut de soins.

« Du coup pour le dépistage, je ferais attention à ce que je t'ai dit, au niveau physique, moral, l'état de la maison, d'aller sur place, ouvrir le frigo, discuter avec les personnes aidantes » (MG8)

- **L'interrogatoire** demeure l'outil incontournable du dépistage ; toutefois, en raison du caractère délicat du sujet, les questions sont le plus souvent formulées de manière indirecte.

« Je vais essayer de lui poser la question, mais sans être directe hein, je vais poser les questions de manière détournée » (MG9)

- Les **visites à domicile** incarnent un moyen particulièrement pertinent pour repérer les situations de maltraitance chez les personnes âgées, car elles offrent la possibilité d'observer directement leurs conditions de vie et leur environnement familial. En effet, en consultation, il serait plus facile de dissimuler une éventuelle maltraitance, et l'environnement n'est pas évaluable de manière optimale.

« Comment je la dépiste... Les visites à domicile, c'est quand même beaucoup plus facile pour dépister ce genre de situation » (MG1)

« En consultation, ils sont bien habillés, ils sont douchés, c'est quasi impossible de dépister ça en consultation » (MG1)

- **L'entretien individuel** avec la personne âgée est une stratégie de dépistage évoquée par certains médecins généralistes. En effet, la présence d'un aidant lors des consultations — fréquente, notamment chez les personnes âgées dépendantes — fait souvent obstacle à la détection de situations de maltraitance (Cf ...). Ainsi, le fait de mener un entretien en tête-à-tête avec la personne âgée favoriserait une meilleure identification de ces situations.

« et puis avec la personne âgée aussi toute seule, sans qu'il y ait les aidants à côté aussi, parce qu'ils peuvent pas dire les mêmes choses aussi si jamais » (MG8)

- La **concertation pluriprofessionnelle** au sein de l'équipe soignante (auxiliaire de vie, kinésithérapeute, IDE à domicile), apparaît comme un levier important pour améliorer le repérage des situations de maltraitance chez les personnes âgées.

« Après voilà, je vais essayer de discuter avec son personnel, ADMR, infirmier, kiné, voir si eux aussi ont remarqué des choses » (MG9)

- Le **suivi rapproché et régulier** permettrait d'optimiser la détection des différentes formes de maltraitance, grâce à la proximité instaurée avec le patient, son environnement et son entourage.

« Donc euh, en fait, le meilleur moyen pour bien dépister c'est avoir un suivi rapproché et connaître l'entourage en fait » (MG9)

- Le recours aux **examens paracliniques** — tels que le bilan biologique ou l'imagerie — pourrait représenter un soutien précieux pour étayer ou écarter l'hypothèse d'une situation de maltraitance.

« Après ça peut être des examens complémentaires, de l'imagerie s'il y a une suspicion d'un truc physique, euh, prise de sang pour vérifier si la personne elle est pas un peu confuse pour autre chose et qu'elle te raconte n'importe quoi » (MG10)

4. Facteurs de risque

Bien que cette catégorie n'ait pas fait l'objet d'une question spécifique, certains médecins généralistes l'ont évoquée spontanément au cours des entretiens. En effet, ces situations à risque requièrent une vigilance particulière face au risque de maltraitance :

- La **dépendance de la personne âgée** est évidemment un facteur de risque puisqu'elle exige une aide relative selon le degré de dépendance, avec un risque d'épuisement de l'aidant :

« Les patients non autonomes, c'est encore plus à risque de maltraitance » (MG5)

- L'**isolement de la personne âgée** s'avère être une situation potentiellement propice à la survenue de maltraitements, en raison d'une moindre surveillance.

« Il est pas entouré, à part cette personne qui a beaucoup d'emprise sur lui. » (MG1)

- Le **maintien à domicile**, lorsqu'il n'est plus adapté à la situation de la personne âgée, expose l'aîné à un risque de maltraitance:

« ils forcent un peu plus, malgré peut-être des situations qui ne sont pas adaptées au domicile quoi. Donc, euh, ça peut faire justement plus de maltraitance parce qu'il y a ce souhait vraiment de rester à domicile, et de pas placer les parents. » (MG4)

- Les **troubles psychiatriques de l'aidant**, le rendant plus vulnérable, majorent le risque de maltraitance sur la personne âgée :

« Après quelqu'un qui boit, qui s'occupe de quelqu'un qui a des troubles cognitifs, qui est fatigué, qui est un peu à bout, tu te dis ça peut faire la source d'une maltraitance quoi. » (MG10)

5. Obstacles au dépistage de la maltraitance de la personne âgée

Le premier objectif de cette étude était d'identifier les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour dépister la maltraitance de la personne âgée à domicile.

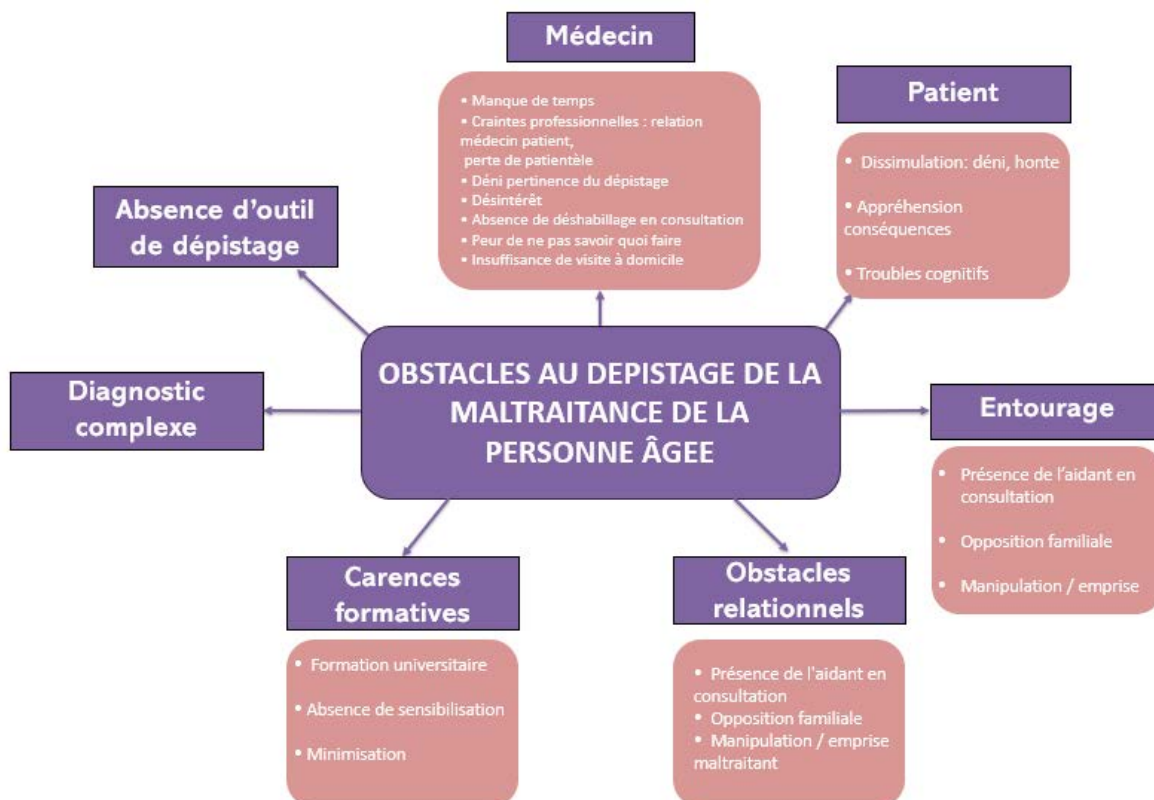


Figure 1 : Carte mentale Obstacles au dépistage de la maltraitance de la personne âgée

a) Obstacles liés au médecin

✱ Le manque de temps :

Par manque de temps, les médecins généralistes priorisent certains motifs de consultation au détriment du dépistage de la maltraitance de la personne âgée qui semble être plus chronophage ou moins prioritaire selon certains médecins.

« Déjà, je dirais un frein temporel, parce que c'est quand même rare d'avoir le temps de voir plusieurs fois dans la même semaine la même personne. Donc souvent on va régler un ou deux problèmes, et on va pas forcément s'épancher sur son état d'hygiène ou autre. » (MG9)

« Parce qu'une consultation est tellement courte, surtout chez une personne âgée qui est chronique : tu fais la prévention, tu fais le chronique, tu fais le truc, et c'est vrai que des fois malheureusement tu choisis un peu, volontairement ou pas hein. Il y a des fois, il y a des choses, tu dis bon bah ça on verra une prochaine fois. » (MG2)

✱ Craintes professionnelles :

Le médecin pouvait être réticent à la recherche de la maltraitance par peur des conséquences sur son activité professionnelle. En effet, le fait de suspecter ou de révéler une situation de maltraitance au sein d'une famille est susceptible d'entraîner une rupture de la relation de confiance et, par conséquent, **l'éviction du médecin généraliste**.

« Après, un des deux autres obstacles, et ça m'est arrivé plusieurs fois, c'est qu'on me vire, entre guillemets je ne suis plus le médecin traitant, je n'ai plus lieu de venir parce qu'ils m'appellent pas » (MG7)

Il en découle la peur de perdre la patientèle et la **peur de rompre la relation médecin-patient** :

*« c'est mal récompensé parce que moi au final dans des histoires comme ça souvent je perds la famille, c'est-à-dire que je perds le patient, et la famille ne me fait plus confiance, mais la famille au sens large, ils ont une dent contre toi parce que tu as foutu la m**** dans leur organisation familiale » (MG7)*

« du coup rompre l'alliance qu'on peut avoir avec la famille ou le patient, et du coup on peut être à risque de ne plus avoir à assumer le suivi de ce patient parce qu'il risque de se braquer » (MG9)

✿ Dénier de pertinence du dépistage

Un médecin généraliste interrogé niait la pertinence du dépistage de la maltraitance de la personne âgée.

« Enfin, d'aller, voilà, chez toute personne âgée un peu fragile, en position de fragilité, de lui demander s'il est victime de, s'il est bien traité, à domicile, je vois pas l'intérêt » (MG6)

✿ Désintérêt

Il apparaît que la question de la maltraitance des personnes âgées suscite un intérêt limité de la part des médecins, comme en témoigne le faible nombre d'études consacrées à ce sujet.

« le manque d'études dans le domaine aussi, peut-être que les personnes âgées sont pas celles qui intéressent le plus, malheureusement » (MG8)

« Et puis il y a des fois tu le fais pas parce que tu es pas branché là-dessus. » (MG2)

✿ Absence de déshabillage en consultation

Probablement par manque de temps également, le déshabillage n'est pas systématique en consultation, c'est pourquoi il est possible de passer à côté de certaines lésions physiques susceptibles d'être secondaires à des maltraitances.

« Et puis bon, on les déshabille pas, regarder les bras les jambes tout le temps à chaque fois » (MG3)

✿ Peur de ne pas savoir quoi faire

Face à l'incertitude de la marche à suivre en cas de suspicion de maltraitance, certains médecins généralistes sont réticents à rechercher activement la maltraitance chez la personne âgée.

« C'est vrai que du coup, à ne pas savoir vers qui se tourner, j pense qu'on cherche moins aussi, on met des œillères, c'est dommage. » (MG8)

✿ Insuffisance de visites à domicile

Les médecins généralistes identifient les visites à domicile comme une méthode pertinente pour observer l'environnement de la personne âgée, et ainsi mieux dépister la maltraitance dans cette population. Or, les médecins font de moins en moins de visites à domicile, certains

refusent même d'en faire, ce qui pourrait être un frein au dépistage des situations de maltraitance.

« j'ai de plus en plus de jeunes médecins, qui refusent de faire des visites à domicile, et que c'est quand même là que tu vois... » (MG6)

b) Obstacles liés au patient

Le patient lui-même peut être un obstacle au dépistage d'une maltraitance exercée à son encontre, pour différents motifs.

✿ Dissimulation par la personne âgée :

Il arrive qu'une personne âgée victime de maltraitance dissimule volontairement les sévices dont elle est l'objet, pour des motifs variés, ce qui complique leur repérage par le médecin.

« J pense que ça peut être la personne qui, qui cache, qui n'osera pas dire ce qu'il se passe réellement. » (MG3)

Plusieurs médecins généralistes se rejoignent concernant le **silence** fréquent des personnes âgées en cas de maltraitance :

« J pense que la personne âgée se plaindra jamais de maltraitance » (MG1)

Ce silence volontaire ou involontaire pourrait s'expliquer de différentes façons.

⇒ Certaines violences ne sont pas forcément perçues comme de la maltraitance par la victime, s'inscrivant dans un contexte de **déni**, ce qui complexifie le dépistage.

« Et puis des fois ils s'en rendent pas compte aussi, que c'est, que c'est de la maltraitance » (MG4)

⇒ Dans le même registre, les victimes ressentent parfois de la **honte**, et n'osent pas verbaliser les sévices subis :

« Ils vont se dire, « bah s'il fait ça, c'est que j'ai fait ça, c'est quelque part que j'ai mérité tout ça », donc ils vont avoir honte, ils vont pas oser. » (MG2)

✿ Appréhension des conséquences

Par ailleurs, par **peur des représailles** personnelles, certaines personnes âgées seraient réticentes à signaler une situation de maltraitance. Par exemple, ils pourraient craindre un placement suite à l'identification d'une maltraitance. De plus, si le sujet maltraitant est un aidant ou un soignant, la personne âgée maltraitée pourrait appréhender de perdre cette aide quotidienne, et ainsi elle ne signale pas la maltraitance subie.

« Quelqu'un à domicile, peur qu'on les envoie en EHPAD, peur qu'on les fasse partir de leur maison, donc ils préfèrent des fois rester dans cette situation que de partir de chez eux. »
(MG3)

« Ensuite, les personnes âgées n'en parlent pas. Je sais pas s'ils ont honte, s'ils ont peur justement, parce que des fois si c'est par exemple les infirmiers, ils ont besoin de ces infirmiers, donc ils ont du mal à dénoncer la maltraitance, parce qu'il faut qu'ils aient les soins, il faut qu'ils aient leur toilette » (MG4)

✿ Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs chez une personne âgée rendent l'interrogatoire parfois caduque et peu fiable. Le dépistage de la maltraitance chez une personne âgée démente est ainsi plus complexe.

« Le problème déjà c'est que, personne âgée dépendante, l'interrogatoire est pas toujours facile. Parce qu'on a quand même affaire à... moi j'ai fait des visites à domicile vraiment que chez les gens qui sont pas en état de venir, euh, il y a pas toujours une capacité, une possibilité de faire l'interrogatoire » (MG6)

c) Obstacles liés à l'entourage

✿ Présence de l'aidant en consultation

Chez les personnes âgées en perte d'autonomie, la consultation médicale se déroule fréquemment en présence d'un aidant. Les médecins généralistes considèrent cependant cette présence comme un frein potentiel au dépistage des situations de maltraitance.

« La présence d'un aidant notamment, ça peut être gênant de demander devant la famille ou l'aidant principal s'il y a des maltraitances autour de lui » (MG8)

✿ Opposition familiale

L'entourage familial peut également constituer un obstacle à plusieurs égards : il arrive qu'il dissimule certaines informations ou qu'il s'exprime à la place de la personne concernée pendant la consultation.

« *L'entourage, qui peut masquer* » (MG11)

« *La famille, qui se met devant, aux premières loges, qui parle à la place* » (MG7)

✿ Manipulation/emprise du maltraitant

À l'instar d'autres dynamiques relationnelles abusives, une forme d'emprise psychologique exercée par le maltraitant sur la personne âgée peut se développer, rendant le repérage des situations de maltraitance et la prise en charge particulièrement complexes.

« *Et pour le coup, il y a de l'emprise psychologique c'est... L'emprise psychologique de ces personnes-là, on peut pas les enlever du domicile de ces personnes âgées parce que bon c'est leur seule présence* » (MG1)

« *Clairement, je me suis fait bernier par les justifications que les familles et puis les aidants peuvent donner.* » (MG1)

d) Obstacles relationnels

Cette partie peut être rapprochée des obstacles propres au médecin, dans la mesure où elle traduit une certaine appréhension du praticien quant à l'impact de ses interrogations sur la relation établie avec le patient et son entourage familial.

✿ Appréhension de la réaction du patient

Certains médecins généralistes hésitent à aborder ce sujet avec leurs patients, par **crainte de leur réaction** ou de la manière dont leurs propos pourraient être perçus.

« *J'veux dire c'est assez compliqué, et c'est pas toujours bien vécu* » (MG6)

✿ Peur de heurter l'aidant / réticence à interroger l'entourage

La **peur de heurter l'aidant** et la réticence à interroger l'entourage s'inscrivent parmi les obstacles relationnels auxquels le médecin généraliste est confronté, révélant la tension entre la nécessité de dépister la maltraitance et le maintien d'une relation de confiance avec le cercle familial ou l'aidant.

« Parce que si tu poses une question comme ça, techniquement, c'est que peut-être toi tu vas sous-entendre qu'il y a quelque chose qui t'a fait penser que, et que tu peux potentiellement vexer un aidant » (MG10)

« Après, euh, si c'est interroger l'entourage, c'est pas très simple s'ils sont concernés, donc c'est pas forcément simple » (MG6)

✿ Sujet délicat à aborder

La maltraitance des personnes âgées demeure une **thématique sensible**, encore difficile à aborder tant pour les professionnels de santé que pour l'entourage des patients. Il en résulte des tensions entre le devoir de vigilance du médecin et la préservation du lien thérapeutique.

« l'autre frein c'est que c'est toujours délicat de mettre entre guillemets les pieds dans le plat, et c'est pas évident d'aborder le sujet de la maltraitance » (MG5)

e) Carences formatives

La quasi-totalité des médecins généralistes soulignent le **manque de formation** sur la maltraitance de la personne âgée, constituant un obstacle majeur au dépistage.

✿ Formation universitaire

Plusieurs médecins généralistes soulignent tout d'abord l'absence de formation spécifique sur ce sujet durant leur cursus universitaire. La question de la maltraitance ne fait généralement pas l'objet d'un enseignement structuré au sein des facultés de médecine.

« Compliqué parce qu'on apprend pas ça à la fac. » (MG7)

« J'ai pas la notion comme ça dans les cours qu'on nous ait dit attention il faut poser telle et telle question un peu en systématique quoi. [...] Je te dirais que je pense pas qu'on nous ait beaucoup sensibilisés à ça pendant nos études. » (MG10)

Cette lacune initiale limite la capacité des praticiens à reconnaître les signes de maltraitance ou à adopter une démarche adaptée face à une situation suspecte.

✿ Absence de sensibilisation

Au-delà de la formation initiale, l'absence de dispositifs de **sensibilisation** contribue à entretenir ce déficit de connaissances. Peu de campagnes d'information, de séminaires ou d'actions de formation médicale continue sont consacrés à cette thématique, ce qui conduit à une méconnaissance persistante des ressources existantes, des procédures de signalement et des acteurs à mobiliser.

« C'est un sujet aujourd'hui qui est peu évoqué. Il y a très peu de reportages sur les violences faites aux personnes âgées, alors violences institutionnelles on en parle un peu plus, mais la maltraitance intrafamiliale sur les patients fragiles on en parle pas beaucoup, très peu » (MG11)

✿ Minimisation du sujet

Enfin, cette carence formative s'inscrit dans un contexte plus large de **minimisation du sujet**, tant au sein de la formation médicale que dans la pratique quotidienne. La maltraitance envers les personnes âgées reste souvent reléguée au second plan, éclipsée par d'autres priorités perçues comme plus urgentes ou plus valorisées. Cette sous-estimation contribue à banaliser le phénomène et à retarder son repérage.

« J'avoue que soit j'y pense pas, soit ça me vient pas à l'idée » (MG10)

Ainsi, l'absence de formation initiale, le manque de sensibilisation continue et la minimisation du sujet participent conjointement à fragiliser la capacité des médecins généralistes à identifier précocement les situations de maltraitance, renforçant le sentiment d'incertitude et d'inconfort face à ce type de problématique.

f) Diagnostic complexe

Plusieurs médecins généralistes estiment que le diagnostic de maltraitance de la personne âgée est difficile, ce qui constitue un autre obstacle majeur au dépistage de la maltraitance chez les personnes âgées. La multiplicité des facteurs pouvant altérer la santé physique, psychique ou sociale de ces patients rend difficile l'identification des signes de maltraitance puisqu'ils sont aspécifiques. Les manifestations physiques — telles que les ecchymoses, plaies ou fractures — peuvent être confondues avec les conséquences normales du vieillissement, de pathologies chroniques ou d'accidents domestiques. De même, les symptômes psychologiques ou comportementaux, comme le repli sur soi, la peur ou la confusion, peuvent être interprétés comme des signes de dépression ou de troubles cognitifs liés à l'âge.

« Il y a des choses qui sont évidentes, comme un coup, des blessures. Et puis, d'autres qui sont peut-être plus insidieuses, peut-être soumises à interprétation [...] Si elle est physique, c'est plutôt relativement facile, quoique parfois on peut dire il s'est débattu pendant le soin, ou euh il y a eu une réaction de retrait il est tombé » (MG5)

« Après voilà il peut être sale et souillé mais tout simplement parce qu'il est dément et pas parce que personne ne le lave hein. Faut se méfier, mais faut pas non plus tout mettre sur le compte de la démence. » (MG9)

g) Absence d'outil de dépistage

Enfin, le **manque d'outils et de protocoles cliniques standardisés** pour orienter le diagnostic accentue cette incertitude. Les médecins généralistes doivent souvent se fier à leur intuition clinique et à leur connaissance du patient, sans disposer de repères objectifs ou d'outils de dépistage pour confirmer ou exclure une suspicion de maltraitance.

« Des outils, même au niveau du dépistage, on n'a pas trop d'outil, de repère, savoir quoi chercher et comment réagir hein » (MG8)

6. Prise en charge de la maltraitance de la personne âgée à domicile

a) Parcours de soins et de prise en charge

Certains médecins généralistes considèrent que la première mesure à prendre face à une situation de maltraitance est d'assurer la sécurité de la personne vulnérable en **l'éloignant de son agresseur**.

« Mais oui, j'y pense principalement déjà la première chose c'est ça, mettre la personne en sécurité. » (MG2)

Cette protection peut prendre la forme d'une hospitalisation, d'une institutionnalisation ou de dispositifs de soutien à domicile.

Hospitalisation

En cas de mise en danger immédiate de la personne âgée, l'hospitalisation apparaît comme une mesure de protection fréquemment citée par les médecins généralistes. Elle incarne souvent la première réponse permettant d'assurer la sécurité physique et psychologique du patient. Cette décision est généralement prise lorsque la personne est en situation de vulnérabilité extrême, de dépendance ou lorsqu'aucune autre solution rapide ne peut être mise en œuvre.

L'hospitalisation offre également l'opportunité d'une réévaluation globale de la situation médicale, sociale et psychologique de la personne, ainsi qu'un temps de répit pour l'entourage ou les aidants.

« Si on pense que le patient est en danger et qu'il est en perte d'autonomie, euh, il est possible qu'on le fasse hospitaliser, pour le mettre à l'abri » (MG5)

Institutionnalisation

L'institutionnalisation est envisagée comme une alternative plus durable lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou que la cohabitation avec la personne maltraitante représente un danger persistant. Les médecins généralistes la perçoivent comme un moyen d'assurer la sécurité et la continuité des soins dans un cadre protégé.

Néanmoins, ce choix est souvent décrit comme complexe sur le plan éthique et émotionnel, tant pour la personne âgée que pour sa famille.

« Des fois, l'institution, c'est une solution malheureusement rapide et efficace » (MG1)

✿ Prise en charge globale

La prise en charge des situations de maltraitance chez les personnes âgées requiert une approche **holistique**, intégrant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Cette nécessité s'explique par la vulnérabilité spécifique de cette population à des effets systémiques : un événement initial, même mineur, peut déclencher une succession de conséquences affectant de manière globale la santé et le bien-être de la personne.

« Parce qu'encore une fois après on sait que ça a des retentissements sur tout, et euh, et d'une maltraitance, d'un petit truc, ça part plein de répercussions [...] parce que c'est une prise en charge globale, c'est pas juste son problème-là, c'est tout ce que ça a entraîné » (MG2)

Ainsi, la prise en charge englobe le traitement des conséquences de cette maltraitance, et notamment les conséquences psychologiques, physiques :

« s'il y a des retentissements psychologiques, aller plus vers un psychologue, avoir des soins à ce niveau-là. » (MG8)

« Bon, faire un peu entre guillemets le bilan de ces maltraitances, ce que ça a pu entraîner, les séquelles physiques ou psychiques. » (MG2)

✿ Avis spécialisé

Un seul médecin généraliste a évoqué la possibilité de demander un **avis spécialisé** (gériatre, géronto-psychiatre) en cas de maltraitance chez une personne âgée.

« moi j peux demander dans ce cas un avis gérontopsy avec le DR ... avec qui je travaille, des petites choses comme ça » (MG11)

b) Maintien à domicile et dispositifs de soutien

✿ Soutien à domicile

Le maintien à domicile, lorsqu'il est compatible avec la sécurité et le bien-être de la personne âgée, représente une modalité privilégiée de prise en charge. Les médecins généralistes soulignent l'importance de renforcer le soutien à domicile afin de prévenir ou de limiter les situations de maltraitance.

Cette approche repose sur la **mise en place d'aides à domicile** — telles que l'ADMR, les auxiliaires de vie, les aide-ménagères — ainsi que sur l'intervention de **professionnels paramédicaux** (infirmiers, kinésithérapeutes). L'objectif est de professionnaliser la présence auprès de la personne âgée, de garantir un accompagnement régulier et sécurisé, et de favoriser le repérage précoce de signes de vulnérabilité ou de maltraitance. Ce dispositif contribue également à rompre l'isolement, à soutenir les aidants familiaux, tout en maintenant la personne dans son environnement habituel.

« Donc pour la prendre en charge, clairement, j'essaie de mettre en place des aides à domicile. S'il y avait certaines personnes qui réalisaient des rôles, euh, on essaye de professionnaliser tout ça » (MG1)

✿ Dispositifs de répit pour l'aidant

L'épuisement de l'aidant constituant un facteur de risque de maltraitance, plusieurs médecins généralistes estiment que les dispositifs de répit représentent une réponse pertinente pour préserver à la fois l'aidant et la personne âgée.

Parmi ceux-ci, on décompte les hospitalisations et institutionnalisations temporaires de répit, lorsqu'elles sont possibles.

« Ou alors, des fois, de proposer de faire une petite pause en centre de soins, pour les sortir un peu du milieu, et faire, permettre de faire le point quoi. » (MG3)

c) Coordination et travail en réseau

Cette étude révèle que la coordination interprofessionnelle semble être un levier pertinent pour la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

✿ Concertation pluriprofessionnelle

La concertation avec les autres professionnels (sociaux, médicaux, paramédicaux) semble constituer une méthode centrale pour la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée. Certains médecins organisent des **réunions de concertation pluridisciplinaire** (RCP) à cet effet.

« Donc le fait d'avoir le témoignage des autres professionnels de santé c'est vachement important, et ça permet d'avoir un peu moins de suggestivité dans l'approche de la problématique. » (MG5)

✿ Formation, information, éducation

La formation des soignants et des aidants représente un axe majeur de prévention de la maltraitance envers les personnes âgées. Le renforcement des connaissances et des compétences dans ce domaine contribue à réduire le risque de comportements inadaptés ou maltraitants.

Informier et sensibiliser les professionnels, les aidants familiaux et l'entourage apparaît comme une approche de première intention selon certains médecins généralistes, particulièrement pertinente lorsque les situations de maltraitance sont liées à une méconnaissance, une maladresse ou une surcharge plutôt qu'à une intention volontaire.

« Après si on n'est pas dans un cas extrême, euh, ça peut peut-être se résoudre en discutant avec les personnes concernées, les personnes impliquées » (MG5)

« Parce que des fois c'est de la maltraitance, les gens ne s'en rendent pas compte » (MG4)

d) Recours sociaux et juridiques

Certaines situations, plus complexes ou présentant une gravité particulière, nécessitent l'intervention des professionnels du secteur social ainsi que du corps juridique afin d'assurer une prise en charge adaptée et sécurisée.

✿ Recours sociaux

Face à une situation de maltraitance ou de vulnérabilité, le recours aux dispositifs sociaux représente une ressource essentielle pour accompagner et protéger la personne âgée. Les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur les **services sociaux de secteur**, les **assistantes sociales hospitalières** ou les **structures locales** (CCAS, CLIC, DAC) afin d'évaluer la situation et d'orienter la personne vers les aides appropriées. Ces interventions visent à soutenir la personne sur le plan matériel, financier ou administratif, mais également à restaurer un cadre de vie sécurisé et adapté à ses besoins.

Les acteurs sociaux jouent également un rôle de médiation entre les différents intervenants — famille, aidants, institutions — et favorisent la mise en place d'un accompagnement coordonné. Dans certaines situations, ils peuvent contribuer à la détection et au signalement de situations de maltraitance, en lien avec les professionnels de santé.

« Je fais appel au DAC plus parce qu'elles viennent à la maison, sous des biais de prise en charge globale, et du coup on arrive à rentrer les pieds dans la maison, d'aller voir les principaux intervenants, de voir de quoi ils ont besoin, qu'est ce qu'il se passe » (MG7)

« Tu peux faire des alertes, tu peux utiliser les assistantes sociales pour donner une alerte » (MG10)

✿ Recours juridiques

Selon la gravité de la situation de maltraitance, un **signalement** peut être effectué auprès du procureur de la République, afin d'engager les mesures de protection nécessaires et d'assurer la sécurité de la personne âgée.

« Et, après en fonction des besoins, en fonction de la gravité surtout, j'imagine que c'est pas la même réaction hein, s'il y a signalement, s'il y a quelque chose d'immédiat, s'il y a danger imminent, on irait directement plus vite vers le signalement au procureur » (MG8)

Ce signalement permet d'enclencher une évaluation judiciaire et, le cas échéant, la mise en place de mesures de protection, telles qu'une tutelle, une curatelle ou un mandat de protection future.

« qu'il y ait des mesures de protection sur le plan financier aussi » (MG10)

Les recours juridiques peuvent également mobiliser d'autres instances, comme les **conseils départementaux**, les **juges des tutelles** ou les services de police et de gendarmerie, selon la nature des faits et l'urgence de la situation.

7. Obstacles à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée identifiés par les médecins généralistes

Le deuxième objectif de cette étude était d'identifier les obstacles à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée. L'analyse des entretiens est présentée en Figure 2.

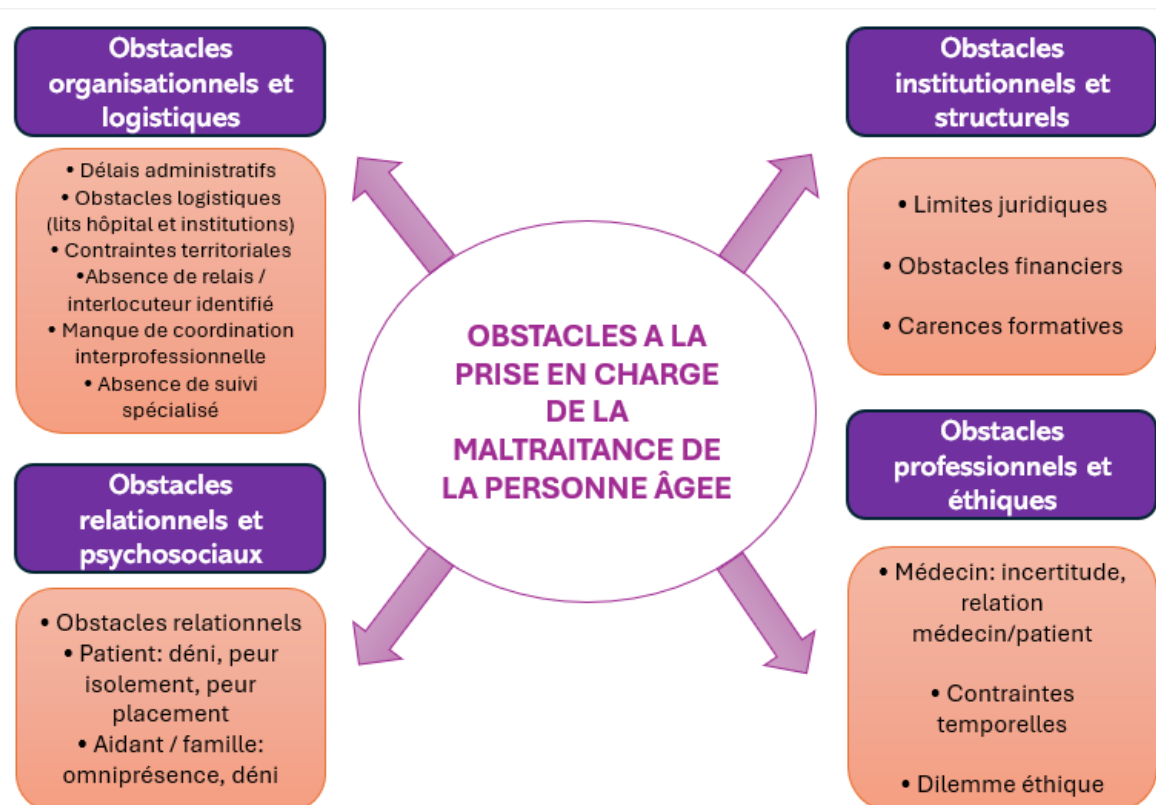


Figure 2 : Carte mentale Obstacles à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée

a) Obstacles organisationnels et logistiques

(1) *Délais administratifs*

Les **délais administratifs** apparaissent comme un frein important à la prise en charge des situations de maltraitance chez les personnes âgées. Plusieurs médecins évoquent la lenteur et la lourdeur des démarches nécessaires dans la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée : la mise en place d'aides à domicile, l'admission en institutions, le signalement, la mise en place de mesures de protection...

« Finalement, tout ce qu'on pourrait mettre en place à domicile pour essayer d'évincer le facteur aggravant ou le facteur déclenchant, finalement euh, on se heurte à un rouage administratif qui est pas toujours efficace. » (MG1)

« C'est très très long tout ce qui est démarche judiciaire, c'est très long, et au final tu te dis si la personne elle s'est fait taper dessus ou si elle est morte ou que sais-je, bah c'est fait quoi. » (MG10)

(2) *Obstacles logistiques*

Le **manque de place** dans les établissements médico-sociaux, les services hospitaliers gériatriques ou les structures de répit, limite la prise en charge de situations de maltraitance. Plusieurs médecins généralistes s'accordent sur la difficulté d'orienter rapidement une personne âgée vulnérable ou en situation de maltraitance vers une structure adaptée lorsque le maintien à domicile peut nuire ou n'est plus possible.

De même, les dispositifs permettant le répit des aidants restent insuffisants, tant en nombre qu'en accessibilité.

« Il y a pas de place pour des répits aussi, à l'hôpital. On appelle la gériatrie pour un vrai problème gériatrique déjà ça marche pas, alors juste pour que le vieux il puisse se reposer euh...c'est pas possible. » (MG1)

« En gériatrie, toujours compliqué, tu vas appeler le SSR, ils sont souvent pleins. T'as pas de place quoi. » (MG7)

Par ailleurs, les services de gériatrie ne disposent généralement pas de lits dédiés aux problématiques sociales, alors que ce type de situation est particulièrement courant dans cette population.

« Donc ouais, finalement, on a pas de lit social. » (MG7)

(3) *Contraintes territoriales*

Certaines **zones rurales**, en raison de leur isolement géographique ou de leur accessibilité limitée, notamment en milieu montagneux, sont confrontées à d'importantes inégalités d'accès aux soins. Ces territoires disposent de manière générale d'un nombre plus restreint d'établissements spécialisés, rendant la prise en charge des situations complexes, telles que la maltraitance, particulièrement difficile.

« Des fois, des gens qui auraient besoin mais qui sont à l'autre bout du canton, tu peux pas partir pour une heure de route aller, retour » (MG2)

(4) *Absence de relais / interlocuteur identifié*

Plusieurs médecins généralistes expriment un sentiment d'isolement face à la problématique de la maltraitance chez la personne âgée, comme il sera développé ultérieurement. Ils évoquent notamment **l'absence d'interlocuteur clairement identifié** et de relais effectif une fois la suspicion de maltraitance formulée.

« Je sais pas qui, vers qui me tourner. Je saurais pas du tout à qui en parler, et quoi faire. Pour avoir une assistante sociale, c'est très compliqué aussi. » (MG4)

(5) *Manque de coordination interprofessionnelle*

Le **manque de coordination** entre les différents acteurs du soin et du secteur médico-social constitue un obstacle majeur à la prise en charge efficace des situations de maltraitance chez la personne âgée. L'absence de communication fluide entre les professionnels — qu'il s'agisse des services hospitaliers, des EHPAD, des travailleurs sociaux, ou encore des services de protection — entraîne un ralentissement dans la mise en œuvre des mesures nécessaires, et accentue le sentiment de solitude du médecin généraliste face à cette problématique.

« la non accessibilité directe au service de gériatrie, l'incompréhension quand on demande des courts séjours de répit, ou pour les aidants » (MG6)

« On n'a pas de RCP pour aller discuter à plusieurs, et ne pas prendre la responsabilité tout seul de laisser quelqu'un en place, ou de proposer, de forcer ou de pas forcer. » (MG6)

(6) *Absence de suivi spécialisé*

D'après certains praticiens, **l'accès restreint aux consultations gériatriques** et l'absence de dispositif de suivi dédié représentent des limites à une prise en charge globale et intégrée de la personne âgée.

« alors tu as un peu d'hôpital de jour de gériatrie chez nous, mais tu as pas de consultation gériatrique, que ce soit à l'hôpital ou même en privé pour prendre les gens de façon globale. » (MG2)

b) *Obstacles institutionnels et structurels*

(1) *Limites juridiques*

Les **délais judiciaires et administratifs** sont souvent perçus comme incompatibles avec l'urgence de certaines situations. Le temps nécessaire à la transmission des informations, à la validation des signalements et à la mise en œuvre des mesures de protection peut retarder l'intervention, laissant la personne âgée exposée au risque de maltraitance.

« C'est très très long tout ce qui est démarche judiciaire, c'est très long, et au final tu te dis si la personne elle s'est fait taper dessus ou si elle est morte ou que sais-je, bah c'est fait quoi. » (MG10)

Par ailleurs, les médecins regrettent l'absence d'intervention juridique en **prévention**, la législation se concentrant principalement sur la sanction a posteriori des faits plutôt que sur des actions proactives de repérage et de protection.

« En fait la justice elle fait rien tant qu'il y a pas eu un évènement aigu, sauf que le but c'était d'éviter que ça se produise, et ça a été pas très concluant quoi. » (MG10)

Les mesures de protection juridique présentent elles aussi certaines limites, tant en raison des **délais** souvent importants nécessaires à leur mise en œuvre que de la **portée restreinte de leur champ d'action**.

« mais tutelle qui ne protège pas en fait de violences physiques ou d'abus euh...une fois qu'ils ont bloqué les comptes ok, mais en fait c'était déjà un peu trop tard quoi. Donc c'était un tuteur qui mais qui était pas très réactif et qui voilà s'occupait purement des choses administratives. » (MG10)

(2) *Obstacles financiers*

Le manque de moyens financiers dans le secteur médico-social se traduit par un manque de personnel, une saturation des structures d'accueil et une insuffisance des dispositifs d'accompagnement. Ainsi, la faiblesse des ressources allouées à la prévention et à la prise en charge de la maltraitance illustre les **limites structurelles du système de santé et du secteur médico-social**, où les impératifs économiques restreignent la mise en œuvre d'une réponse adaptée à une situation de maltraitance. Certains médecins généralistes admettent que le système priorise peut-être d'autres problématiques de santé.

« Et les moyens, ça veut dire une place en institution, ça veut dire mise en place d'aides à domicile rapidement, ça c'est pas possible non plus » (MG1)

« Après tout ça c'est des budgets... Est-ce que c'est la priorité en France actuellement, pas sûr » (MG9)

(3) *Carences formatives*

Une large majorité de médecins généralistes soulignent le **manque de formation spécifique** sur la maltraitance des personnes âgées et reconnaissent leurs lacunes quant aux modalités de signalement et aux démarches de prise en charge.

À titre de comparaison, la maltraitance infantile bénéficie d'un enseignement bien établi dans les cursus universitaires et de formations médicales continues, alors que la maltraitance envers les personnes âgées demeure un sujet peu abordé et encore méconnu des professionnels de santé.

« On est quand même un peu plus formés, je trouve, pour tout ce qui est maltraitance côté pédiatrique en fait. Pour tout ce qui est personne âgée, beh là, j'en étais à me demander en même temps que je te disais, signalement est ce que c'est vraiment le même circuit quoi. Donc je pense que c'est un manque de formation, on n'est pas formés » (MG8)

« Donc ouais, la maltraitance on est pas préparés, on sait pas trop comment gérer, et j'trouve qu'on a pas beaucoup d'outils pour le gérer quoi » (MG10)

c) Obstacles professionnels et éthiques

(1) *Obstacles liés au médecin*

Certains médecins généralistes expriment une **appréhension à l'idée de signaler** une situation de maltraitance chez la personne âgée, par **crainte des conséquences** que cela pourrait entraîner ou de **déstabiliser la relation de confiance** établie avec le patient et sa famille.

« Mais, je sais pas si ça on peut faire, si on a envie de le faire aussi, enfin, c'est particulier aussi hein » (MG2)

« La difficulté va être, est ce qu'il faut judiciariser ça en fait, c'est ça le problème, c'est ça le problème » (MG5)

Ce **sentiment d'incertitude** face à une suspicion de maltraitance constitue un frein majeur à la prise en charge. En l'absence de preuves tangibles ou de certitude sur la réalité des faits, les médecins généralistes se montrent souvent **réticents à intervenir dans la sphère familiale**, redoutant les répercussions personnelles, professionnelles ou relationnelles de leur démarche.

« Non j pense que c'est pas évident, et puis commencer à lancer des procédures comme ça euh sans réelle preuve, c'est compliqué aussi, faut assumer la suite, donc euh... Oui non c'est pas des situations évidentes. » (MG9)

(2) *Contraintes temporelles*

Tant dans le dépistage que dans la prise en charge des situations de maltraitance, les médecins généralistes considèrent la **contrainte temporelle** comme un obstacle central. Le manque de temps en consultation, associé à la charge de travail croissante et à la complexité des situations, limite souvent la possibilité d'aborder en profondeur des problématiques sensibles telles que la maltraitance ou la vulnérabilité sociale.

« mais on n'a pas le temps de vraiment approfondir, même à domicile hein... A domicile, on est là peut-être un quart d'heure une demi-heure » (MG4)

(3) *Dilemme éthique, balance bénéfice/risque*

Dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées, les médecins généralistes sont souvent confrontés à des **dilemmes éthiques complexes**, reposant sur la difficile évaluation du **rapport bénéfices/risques** des mesures à entreprendre.

Intervenir directement au sein d'un contexte familial peut, par exemple, entraîner un **isolement du patient** ou une rupture du lien avec ses proches, exposant ainsi la personne âgée à une vulnérabilité accrue. À l'inverse, envisager un **placement en institution** n'est pas exempt de risques : cette décision peut provoquer des complications physiques, une perte de repères ou une détérioration du bien-être psychologique. Ces situations traduisent la **tension permanente entre la nécessité d'agir pour protéger et la volonté de préserver l'équilibre de vie du patient**.

« Donc j pense que ça fait partie des difficultés aussi, de se dire ce patient-là il est déjà fragile, si on met le coup de pieds dans la fourmilière, est ce qu'on va récupérer quelque chose de pire finalement ? » (MG5)

« Il sera plus maltraité, mais peut-être qu'il va être complètement isolé » (MG5)

« Et puis, c'est pas dit que ce soit mieux là-bas. C'est ça le truc, parce qu'il y a des maltraitements aussi à l'EHPAD quoi » (MG4)

d) Obstacles relationnels et psychosociaux

(1) *Obstacles relationnels*

Cette dimension s'inscrit dans la continuité des **obstacles liés au médecin**, et plus particulièrement dans la **crainte des répercussions négatives** qu'une démarche de signalement ou d'intervention pourrait avoir sur la **relation médecin-patient-famille**. Pour beaucoup, intervenir dans ce type de contexte revient à **prendre le risque de déstabiliser un équilibre familial fragile**, voire de se retrouver **impliqué dans un conflit** dont les conséquences peuvent s'avérer délétères pour le patient lui-même.

« Donc euh, les freins, c'est savoir comment gérer ces situations qui peuvent devenir conflictuelles, avec des intervenants extérieurs, avec des familles, et garder la confiance du patient » (MG5)

« Parce que ça peut créer des conflits familiaux aussi, le médecin peut se retrouver à être au milieu d'une situation familiale qu'on a déclenchée, et qui va peut-être être aussi délétère pour le patient » (MG5)

(2) Obstacles liés au patient

Le patient peut évidemment être un obstacle à la prise en charge en s'opposant aux mesures que le médecin généraliste veut mettre en œuvre, et ce pour diverses raisons telles que le **déni** de la situation, la **peur de l'isolement** ou encore la **crainte d'un placement en institution**.

« Donc des fois c'est eux qui mettent le frein, parce qu'ils savent qu'on va les séparer donc ils ont l'impression qu'ils vont être isolés. » (MG7)

« Après il faut que le patient veuille, quoi, c'est ça. [...] et il y en a qui aiment rester chez eux, plutôt que d'aller à l'EHPAD. [...] le patient peut, justement de plus être chez lui et tout, ça peut être plus ça la maltraitance... » (MG4)

(3) Obstacles liés à l'aidant ou à la famille

L'entourage familial ou l'aidant principal peut également constituer un frein à la prise en charge de la maltraitance subie par la personne âgée, que ce soit de manière volontaire ou involontaire.

Dans certains cas, l'aidant se trouve dans une forme de **déni de la situation**, ce qui retarde ou empêche la mise en œuvre de mesures destinées à améliorer la condition de la personne concernée.

« l'aidant peut ne pas s'en rendre compte, ou justement nier ça, dans le déni... Donc ça aussi c'est un problème » (MG4)

En cas de maltraitance avérée ou consciente, la personne à l'origine des violences peut chercher à **dissimuler les signes de maltraitance** ou à **entraver la prise en charge** par son omniprésence auprès de la personne âgée.

« Après, il peut y avoir le problème de l'entourage, il peut y avoir un entourage maltraitant qui veut cacher les choses, et qui va être omniprésent, ne laissant pas de temps ou de place au patient de se plaindre » (MG9)

8. Solutions proposées

Cette partie développe les propositions faites par les médecins généralistes interrogés concernant les solutions éventuelles, pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

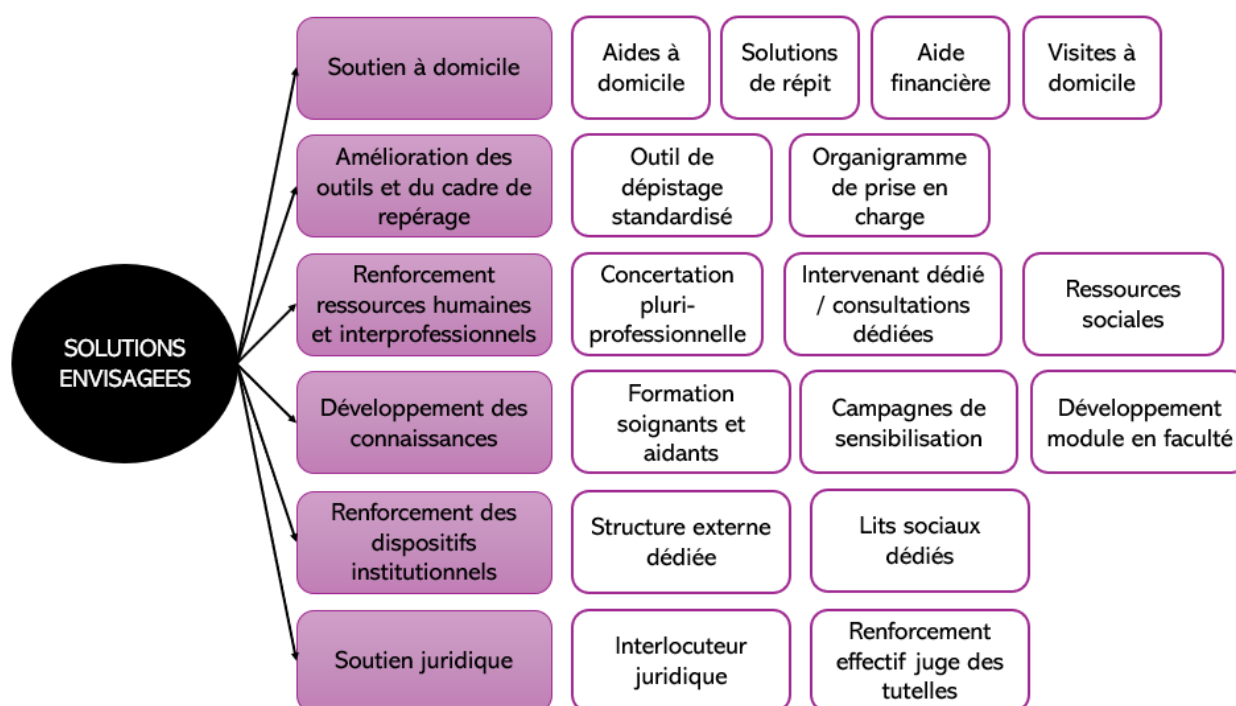


Figure 3 : Carte mentale solutions proposées pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées

a) Renforcement du maintien à domicile et soutien aux aidants

(1) Aides à domicile

Le renforcement des aides à domicile apparaît comme une mesure essentielle pour prévenir la maltraitance et favoriser le maintien à domicile dans des conditions sécurisées. Plusieurs médecins généralistes soulignent le rôle central de ces professionnels — aides à domicile, auxiliaires de vie ou infirmiers — dans le **repérage précoce des situations à risque**, grâce à leur présence régulière auprès des personnes âgées. Par ailleurs, leur présence régulière contribuerait à **réduire le risque de maltraitance** en favorisant une surveillance renforcée et un soutien accru aux aidants.

« Plus de moyens à domicile aussi, les aides à domicile aussi c'est clairement insuffisant quoi » (MG1)

Un médecin généraliste suggère de renforcer le dispositif de **portage de repas à domicile**, notamment en mobilisant les cuisines des EHPAD afin d'optimiser les ressources existantes.

« Euh, systématiser le portage des repas aussi. [...] On pourrait je pense facilement généraliser le portage de repas. Par exemple, j'sais pas, dans les EHPAD il y a bien des cuisiniers, embaucher des cuisiniers et puis, au lieu de faire des repas que pour les résidents, en proposer à domicile. » (MG1)

(2) Solutions de répit

Les solutions de répit constituent un levier essentiel du soutien aux aidants. En leur offrant des périodes de repos ou des relais temporaires de prise en charge, elles contribuent à prévenir l'épuisement et à maintenir une dynamique d'accompagnement sereine et bienveillante au domicile. Ce soutien indirect à la personne âgée permet de consolider la qualité de la relation aidant-aidé et de réduire le risque de maltraitance lié à la fatigue ou à la surcharge émotionnelle.

« Et puis, pour améliorer la prise en charge, euh, il faudrait plus de places en maison de retraite déjà, qu'on accepte de faire des hospitalisations de répit, des trucs comme ça » (MG1)

« Mais oui, de pouvoir permettre justement aussi de faire des institutionnalisations courtes. Par exemple, dans les situations où l'aidant est en burn-out, ça peut être bien de dire bah le vieux on va le mettre trois semaines à l'EHPAD, et au bout de trois semaines il revient à domicile et au moins elle aura soufflé quoi » (MG1)

(3) Aide financière

Un **meilleur accès aux aides financières existantes**, telles que l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou les dispositifs de soutien aux proches aidants, permettrait d'alléger la charge financière et de sécuriser le maintien à domicile. Le **soutien économique et social des aidants** constitue un levier déterminant pour réduire le risque de maltraitance, en favorisant des conditions de vie plus stables et en renforçant la capacité des familles à assurer un accompagnement bienveillant et durable des personnes âgées dépendantes à domicile.

« il manque peut-être de subventions aux familles pour pouvoir s'en occuper correctement » (MG7)

(4) Visites à domicile

Certains médecins généralistes considèrent les visites à domicile comme un **facteur protecteur** face au risque de maltraitance, mais aussi comme un **outil privilégié de dépistage**. En permettant une observation directe du cadre de vie et des interactions familiales, ces visites offrent un contexte propice à la détection précoce des situations de vulnérabilité. C'est pourquoi plusieurs praticiens suggèrent une **revalorisation de la visite à domicile**, afin de pouvoir y consacrer davantage de temps et d'en renforcer la dimension préventive.

« De faire des visites peut-être encore plus régulières » (MG9)

« Avoir plus de temps à consacrer justement à ce genre de choses, vraiment, rester une heure chez le patient » (MG4)

b) Amélioration des outils et du cadre de repérage

(1) *Outil de dépistage standardisé*

Comme évoqué dans l'introduction, il n'existe pas d'outil de dépistage standardisé de la maltraitance des personnes âgées, ce qui rend son repérage fortement dépendant de la sensibilité et de l'expérience de chaque praticien. Plusieurs médecins généralistes expriment ainsi le souhait de disposer d'un **questionnaire ou d'une grille d'évaluation** validée, qui pourrait servir de support à l'entretien clinique. Un tel outil favoriserait une **approche plus structurée et objective** de la problématique, tout en facilitant son intégration dans la pratique quotidienne, notamment lors des visites à domicile où les signes de maltraitance peuvent être plus facilement observés.

« Le dépistage, c'est vrai que bon, on pourrait avoir, pas une grille, un formulaire type ou des questions types à poser un petit peu quand on suspecte quelque chose » (MG3)

(2) *Organigramme de prise en charge*

La majorité des médecins généralistes rapportent un **sentiment de solitude** face aux situations de maltraitance chez les personnes âgées, ne sachant souvent **vers qui se tourner ni quelles démarches entreprendre**. Afin de pallier ce manque de repères, ils suggèrent la création d'un **organigramme de prise en charge** permettant d'orienter les praticiens en cas de suspicion de maltraitance et de clarifier les procédures à suivre.

« après un petit organigramme, un petit truc, pour savoir en fonction de la gravité euh, vers qui aller, signalement au procureur, numéro vert, avoir un peu des fiches pratiques pour les médecins généralistes là-dessus » (MG8)

c) Renforcement des ressources humaines et interprofessionnelles

La prévention et la prise en charge de la maltraitance ne peuvent reposer sur la seule action du médecin généraliste. De nombreux participants insistent ainsi sur l'importance d'un renforcement des ressources humaines et interprofessionnelles, visant à favoriser le travail en réseau, la communication entre les acteurs du soin et la création de relais efficaces au sein du dispositif médico-social.

(1) *Concertation pluriprofessionnelle*

La réunion de concertation pluridisciplinaire apparaît comme une clé essentielle selon certains médecins généralistes. Ces réunions, réunissant différents acteurs — médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, responsables d'EHPAD ou services d'aide à domicile —, permettent de **croiser les regards et les compétences** autour de situations complexes. Cette approche collective favorise une **meilleure compréhension globale du contexte médico-psycho-social** du patient et aide à définir des stratégies d'intervention adaptées et concertées. Cela permet de sécuriser la prise de décision.

« j ' pense que ce qu ' on peut mettre en place et c ' est ce qu ' on tend à faire nous aussi pour les cas complexes, c ' est la réunion pluridisciplinaire, où chacun va apporter son expérience sur la constatation déjà de la maltraitance et la façon d ' y remédier » (MG5)

« Moi, j ' aime bien, parce que je je, je suis pas sûr de mon jugement souvent, donc en matière de maltraitance c ' est certain que je prendrais aucune décision tout seul, sauf si c ' était une urgence. Mais euh, je m ' appuierais sur les autres intervenants, ça c ' est sûr » (MG5)

(2) *Intervenant dédié ou consultations dédiées*

Plusieurs médecins généralistes soulignent la nécessité de disposer d'un **interlocuteur clairement identifié** ou d'un **intervenant dédié** à la prise en charge des situations de maltraitance chez les personnes âgées. Ils estiment que la présence d'un professionnel référent, formé spécifiquement à cette problématique, faciliterait l'orientation, la coordination et le suivi des cas complexes. Ce référent permettrait au médecin traitant de ne pas rester isolé face à la gestion de ces situations souvent lourdes.

« Il nous faut quelqu'un qui gère ce genre de situations, et qu'il y ait les moyens de le gérer. En fait il faudrait qu'il y ait un numéro, en mode euh, il y a ça comme problème, la personne se déplace, visualise le problème, le règle » (MG1)

Dans la même thématique, selon certains médecins généralistes, il serait intéressant d'instaurer des consultations dédiées spécialisées dans ce type de problématique.

« Ou alors il faudrait faire des consultations dédiées, ou des trucs spécifiques » (MG2)

Un médecin généraliste a proposé de déléguer cette tâche à d'autres intervenants comme les IDE Azalée :

« Ou alors faut des aides, type infirmière Azalée, des choses comme ça » (MG2)

De même, les médecins mentionnent que la disponibilité d'un référent téléphonique faciliterait la mise en lien entre la médecine de ville, les services sociaux et les autorités compétentes, tout en réduisant les délais d'action. Le médecin généraliste serait ainsi délesté de cette charge, et se sentirait moins seul face à ces situations complexes.

« Et voilà, et qu'il y ait un numéro peut-être d'urgence pour ça, dédié à ça, à la maltraitance, pour voir les solutions qui s'offrent au patient. » (MG4)

(3) Ressources sociales

Les médecins généralistes rappellent que la maltraitance des personnes âgées ne peut être appréhendée uniquement sous un angle médical, mais qu'elle constitue également une **question sociale majeure**. Dans cette perspective, ils plaident pour un **renforcement des ressources sociales**, notamment par l'augmentation du nombre d'assistants sociaux.

« Dépistage, il me faut des assistantes sociales » (MG7)

d) Développement des connaissances

(1) *Formation des soignants et des aidants*

Plusieurs médecins généralistes insistent sur la nécessité de **renforcer la formation et la sensibilisation** des professionnels de santé et des aidants à la problématique de la maltraitance des personnes âgées. En effet, le repérage précoce repose en grande partie sur la **vigilance et la compétence des acteurs de première ligne**, tels que les aides à domicile, les infirmiers ou les auxiliaires de vie, dont la proximité quotidienne avec la personne âgée leur permet d'observer des signes parfois discrets de négligence ou de maltraitance.

« Donc oui j pense qu'il faudrait pas mal d'information et de formation, au moins les personnes qui travaillent dans les secteurs avec des personnes âgées. » (MG10)

En parallèle, plusieurs praticiens soulignent l'importance de **sensibiliser les aidants familiaux**, qui constituent un maillon essentiel du maintien à domicile. Mieux informés et accompagnés, ils pourraient prévenir l'épuisement, adopter des pratiques d'aide plus adaptées et contribuer à la détection précoce de comportements à risque.

« Et puis formation éventuellement aussi qu'on pourrait faire, et ça j pense que ça n'existe pas à ma connaissance, des familles qui ont en charge des patients au domicile qui sont vulnérables, qui ont des troubles cognitifs » (MG11)

(2) *Campagnes de sensibilisation*

Les médecins généralistes soulignent également l'importance de **renforcer la sensibilisation du grand public et des professionnels** à la problématique de la maltraitance des personnes âgées. Le manque d'information contribue à une **banalisation de certaines formes de maltraitance**, en particulier la négligence ou les atteintes psychologiques, souvent perçues comme inhérentes à la dépendance ou à la vieillesse.

La mise en place de **campagnes de sensibilisation** permettrait de mieux faire connaître les signes d'alerte, les dispositifs de signalement existants et les ressources disponibles pour les familles comme pour les professionnels. Ces actions auraient pour but de déculpabiliser la parole, d'encourager la vigilance collective et de rompre le silence.

« Donc j'y pense nous sensibiliser, nous former là-dessus, et puis sensibiliser les gens à en parler. » (MG2)

« Donc tu vois, pareil ouais, dans le dépistage, campagne télévisuelle, on pourrait faire. Pour éveiller les consciences. » (MG11)

(3) Développement d'un module en faculté

Dans cette même perspective, l'intégration d'une **formation spécifique sur la maltraitance des personnes âgées** au sein du cursus universitaire constituerait une étape essentielle pour renforcer la sensibilisation et la préparation des futurs médecins à cette problématique.

« Déjà, en parler pendant les études. Nous former là-dessus. Je sais pas s'il y a un item dans le collège de gériatrie sur ça, s'il y en a pas, en faire un. » (MG2)

e) Renforcement des dispositifs institutionnels

Confrontés aux limites du dispositif actuel, de nombreux médecins généralistes plaident pour un **renforcement des structures institutionnelles**, jugées indispensables à une réponse plus efficace et coordonnée face à la maltraitance des personnes âgées.

Par exemple, quelques médecins ont suggéré la création d'une structure externe dédiée, ou le développement de lits sociaux dédiés à ce type de problématique au sein des structures telles que les EHPAD, les maisons de repos, afin de pouvoir placer en urgence en cas de situation à risque pour la personne âgée.

« Et, euh, qu'il y ait plus de places justement dans les structures, qu'il y ait des structures peut-être pour ça, pour les patients avec maintien au domicile pas possible à cause de la maltraitance, et qu'il y ait des places en urgence pour vraiment si c'est une maltraitance extrême, pour qu'il puisse sortir de là. » (MG4)

« est ce qu'on pourrait imaginer une structure externe qui pourrait juger de ça, avec euh, avec un groupe de professionnels de santé, ou euh, professionnels assistante sociale par exemple... » (MG5)

« Donc euh, voilà, il faut augmenter les structures, ça ferait de l'emploi en plus » (MG7)

f) Soutien juridique

Par ailleurs, les médecins généralistes se sentent fréquemment démunis face à la dimension juridique de la maltraitance. Ainsi, ils proposaient la création d'un interlocuteur spécialisé dans **les aspects juridiques** de la prise en charge, qui pourrait les orienter sur les procédures à suivre et les démarches de signalement à engager.

« éventuellement une communication de procédures administratives, sur qui appeler, qu'est ce qui existe » (MG10)

Dans cette même perspective, face aux **délais administratifs importants** observés lors des mises sous protection juridique, quelques médecins généralistes suggèrent de **renforcer les effectifs des juges des tutelles**, afin d'accélérer le traitement des situations nécessitant une mesure de protection.

« Je pense qu'on manque peut-être de juges des tutelles, parce que je pense qu'on mettrait peut-être un peu plus les gens sous curatelle » (MG7)

9. Ressenti du médecin généraliste

Les entretiens ont permis de mettre en évidence le **ressenti des médecins généralistes** face aux situations de maltraitance chez les personnes âgées, la grande majorité exprimant un **sentiment d'isolement et d'impuissance** face à cette problématique complexe. En effet, les médecins évoquent une impression de **solitude dans la décision et la prise en charge**, liée à l'absence de coordination entre les différents acteurs et le manque de relais institutionnel ou social. Confrontés à des situations complexes, à la frontière du médical, du social et du juridique, beaucoup expriment la difficulté d'agir concrètement malgré leur volonté de protéger le patient.

« Là, si demain je dépiste une situation de maltraitance, honnêtement je sais pas quoi faire. J'ai pas de solution. » (MG1)

« Je sais pas qui, vers qui me tourner. Je saurais pas du tout à qui en parler, et quoi faire » (MG4)

« j'trouve qu'ici les gens, beaucoup de choses se font dans leur coin. Et il y a très peu de relation spécialiste et médecin généraliste » (MG6)

Il existe même un certain pessimisme vis-à-vis de cette problématique de la part de quelques médecins interrogés.

« Il y a aucune chance de réussir, c'est un sujet très très intéressant mais, j pense qu'on n'a aucune chance d'être bon dans ce sujet-là. Enfin je suis désolé je suis pessimiste » (MG1)

Un seul médecin généraliste a indiqué se sentir **entouré et soutenu** face aux situations de maltraitance chez la personne âgée, grâce à un **travail en équipe** et une **coordination étroite avec les autres professionnels de santé**. Il mentionne notamment l'organisation de **réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP)** au sein de sa **maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)**, qui favorisent une prise en charge collective et sécurisée.

« Je me sens pas tout à fait seul, même avant d'être organisé en ESP puis en maison de santé, quand ça se passe bien avec les professionnels de santé notamment les infirmiers qui sont au quotidien auprès des personnes âgées, on discute, et on en discutait et on continue à le faire » (MG5)

10. Particularités locales

L'analyse des entretiens met également en lumière certaines spécificités locales propres au contexte insulaire corse, qui influencent à la fois la détection et la prise en charge de la maltraitance chez les personnes âgées.

a) Spécificités culturelles perçues

La quasi-totalité des médecins généralistes perçoivent certaines caractéristiques culturelles de la population corse, qui impactent le dépistage et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

Ils décrivent en Corse une solidarité familiale particulièrement forte, issue d'une proximité intergénérationnelle profondément ancrée dans la culture locale. Cette cohésion repose sur un sentiment d'appartenance familiale et une valeur de loyauté considérée comme essentielle dans la société corse. Selon plusieurs praticiens, cette proximité constitue un **facteur protecteur** important, dans la mesure où elle favorise la présence continue de l'entourage et un accompagnement quotidien.

« on est une société où la famille a une grande importance, euh, et donc euh, les patients sont souvent accompagnés, protégés par la famille » (MG5)

Ainsi, les médecins interrogés estimaient que la prévalence de la maltraitance de la personne âgée en Corse était **moins importante qu'ailleurs**, en se basant sur ces différences culturelles perçues.

« J pense qu'il y a peut-être moins de maltraitance en Corse du coup » (MG8)

Toutefois, cette même solidarité peut également devenir un **facteur de risque**, notamment lorsqu'elle conduit à une fermeture du cercle familial ou à une réticence à révéler certaines situations complexes. Certains médecins évoquent une forme de réserve culturelle à exposer les difficultés familiales ou à reconnaître l'existence d'une maltraitance, par peur du jugement social ou pour préserver l'image de la famille.

« Le problème c'est si la violence est intrafamiliale, alors là l'avantage devient un inconvénient parce que du coup c'est très difficile de pénétrer, il y a une sorte d'omerta, une sorte de protection familiale » (MG5)

De manière générale, il existe culturellement une forme de **pudeur** caractéristique de la population corse, qui se manifeste par une grande discrétion autour des problèmes personnels et familiaux. Pour certains praticiens, cette réserve culturelle représente un obstacle à la reconnaissance des situations de maltraitance.

« Parce que bon après les personnes âgées, encore plus en Corse, dans le bassin méditerranéen, on n'ose pas, on est...Enfin, on est ouvert comme ça en façade, mais on se confie pas trop aux gens surtout sur les choses comme ça » (MG2)

Dans ce contexte, **l'abord de certains sujets sensibles au sein des familles** peut s'avérer délicat, comme en témoignent plusieurs médecins généralistes, qui évoquent une **réticence à évoquer les conflits ou les situations de vulnérabilité**.

« Parce que après, il y a le milieu familial ici, c'est des fois un peu cloisonné, c'est compliqué parfois d'aborder certaines conversations, certains sujets, ça peut des fois partir vite. » (MG11)

Enfin, parmi les spécificités culturelles mentionnées, les médecins mettent en évidence les **valeurs sociales ancrées** dans la société corse, notamment le **respect des aînés**, constituant un facteur potentiellement **protecteur** de la maltraitance de la personne âgée.

« *Quelqu'un qui prend pas soin d'une personne âgée c'est mal vu quand même ici.* » (MG9)

b) Accès aux soins

La Corse, territoire majoritairement rural, compte de nombreuses zones géographiquement isolées où l'accès aux soins demeure plus limité que dans les secteurs urbains. Ces **contraintes territoriales** constituent un **frein majeur au dépistage et à la détection** de la maltraitance chez les personnes âgées.

« *Les gens sont malgré tout isolés, c'est vrai que des fois à part nous, la poste, l'infirmière, il y a personne qui passe, donc déjà pour dépister s'il y a personne qui voit, c'est compliqué. Bon après le territoire, de fait aussi, le côté montagneux.* » (MG2)

Malgré ces contraintes territoriales, plusieurs médecins estiment que **l'étayage à domicile reste satisfaisant** dans certaines zones isolées, grâce à une **équipe soignante de proximité et coordonnée**.

« il y a quand même déjà moi je trouve une très bonne organisation, il y a des livraisons de repas à domicile, ADMR, infirmière, kiné, euh, on a quand même voilà des bons outils. »

Par ailleurs, un médecin généraliste souligne le **développement en Corse d'ateliers de prévention** orientés vers la **gériatrie**, visant à promouvoir le bien vieillir et à prévenir la perte d'autonomie.

« *il y a beaucoup d'ateliers, du bien-veillir, des choses comme ça, pour les sortir de l'isolement* » (MG9)

Enfin, l'accès à certaines **spécialités médicales** demeure inégal sur un territoire rural et montagneux tel que la Corse, ce qui peut limiter la continuité et la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

« *Après bah, on peut toujours se plaindre de certains services, et du manque d'accès à certains spécialistes* » (MG6)

c) Maintien à domicile et visites à domicile

Selon les médecins généralistes, le **maintien à domicile** des personnes âgées est largement privilégié en Corse en raison d'une forte **solidarité intergénérationnelle** et d'une responsabilité familiale ancrée.

« En Corse, je trouve que les personnes veulent plus rester à domicile, et les familles veulent plus euh, bon de moins en moins hein, mais euh veulent plus que leurs parents soient à la maison, meurent à la maison » (MG4)

Par ailleurs, sur le plan médical, les médecins généralistes interrogés soulignent que les **visites à domicile** sont **particulièrement répandues en Corse**, davantage que dans d'autres régions. Cette pratique s'explique par plusieurs facteurs : la dispersion géographique des habitations, la prévalence de zones rurales difficilement accessibles, mais aussi la proximité relationnelle qui caractérise souvent la relation médecin-patient sur l'île.

« j pense qu'il y a plus de visites à domicile en Corse que sur le continent, dans les villages et tout » (MG4)

d) Economie locale

Le taux de **pauvreté** est élevé en Corse, en découle une précarité sociale qui touche aussi bien les personnes âgées que les aidants. Cette réalité économique a un impact direct sur la **qualité du maintien à domicile**, le **recours aux soins** et la **possibilité de financer des aides professionnelles**.

« Beaucoup de pauvreté quand même. Clairement. Donc, problèmes d'aides sociales, problèmes d'alimentation, d'hygiène, tout ce qui en découle quoi. » (MG1)

IV. DISCUSSION

Cette recherche visait à identifier, à travers le regard de médecins généralistes, les obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile, ainsi que les solutions envisagées. Les résultats mettent en évidence un ensemble d'obstacles liés à la fois au médecin, au patient, à la famille et au système de santé, mais aussi des pistes d'amélioration formulées par les praticiens eux-mêmes.

A. Discussion par thèmes

1. Obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée

Le United States Preventive Services Task Force (USPSTF) déclare que les données actuelles sont insuffisantes concernant le rapport bénéfices/risques du dépistage de la maltraitance de la personne âgée.

a) Obstacles liés au médecin

La **contrainte temporelle**, identifiée comme un frein majeur au dépistage de la maltraitance de la personne âgée dans notre étude, est également citée dans la littérature. Plusieurs travaux (43) (44) décrivent la surcharge des consultations et la priorisation des problématiques somatiques au détriment des dimensions psychosociales. Le dépistage et la prise en charge de la maltraitance sont perçus comme chronophages et difficilement conciliables avec le rythme des soins de premier recours.

Cette étude précédemment citée (43) a mis en évidence une donnée qui n'est pas ressortie dans notre étude : les médecins estimaient que la problématique de la maltraitance de la personne âgée concernait plutôt les assistants sociaux. Ces derniers étaient, selon les médecins interrogés, plus aptes à gérer ce type de situation. Dans notre étude, les médecins se sentaient concernés par la maltraitance de la personne âgée, et au contraire, éprouvaient une certaine solitude face à la détection et la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée.

Les **craintes professionnelles** (rupture du lien de confiance, perte de patientèle, crainte d'erreurs de jugement, peur des répercussions sur le patient, crainte des représailles en cas d'erreur) sont également bien documentées dans la littérature (42) (45) (46) (47). Elles témoignent d'une tension entre la responsabilité éthique du signalement et la préservation de la relation thérapeutique, qui reste au cœur de la pratique du médecin généraliste. Ainsi, compte tenu de la crainte d'engager sa responsabilité, le médecin peut exiger des preuves plutôt que de se baser sur une simple suspicion de maltraitance avant de signaler un cas de maltraitance envers une personne âgée. (42)

La crainte d'intervenir au risque de perturber l'équilibre de la personne âgée est aussi retrouvée dans les études (45) (42). Ce sentiment s'inscrit dans un véritable dilemme éthique, où le professionnel hésite entre le devoir de protection du patient et la crainte d'aggraver sa situation, par exemple en provoquant l'éviction de sa personne ressource ou un placement potentiellement délétère.

Aucune étude mentionnant le manque de visite à domicile comme obstacle au dépistage de la maltraitance de la personne âgée n'a été retrouvée, alors qu'il a été cité plusieurs fois au cours de notre étude. En revanche une revue de la littérature évoque que la suspicion d'une situation de maltraitance à domicile devrait impliquer une visite à domicile (19).

De même, il n'a pas été retrouvé d'étude évoquant l'absence de déshabillage systématique comme obstacle au dépistage. Néanmoins, un travail souligne l'importance de déshabiller la personne âgée afin de rechercher des signes de maltraitance (48). Mais, cette étude a été faite au sein de services des urgences.

b) Obstacles liés au patient

La peur, chez la personne âgée, des conséquences potentielles liées à la détection d'une situation de maltraitance constitue un obstacle majeur au dépistage et à la prise en charge. Une revue de la littérature canadienne a mis en évidence des obstacles similaires du côté des patients (49) : la dépendance, source de silence par crainte de l'avenir sans le maltraitant ; la peur d'éventuelles représailles ou d'une aggravation des violences ; ainsi que la honte et l'embarras associés à la révélation de la maltraitance ou à la demande d'aide auprès de tiers.

L'auto-culpabilisation et le déni de la situation sont également identifiés dans notre étude, en accord avec la littérature (49).

La peur du placement pourrait aussi empêcher la personne âgée de signaler une maltraitance, souligné dans notre étude comme dans la littérature (49).

Par ailleurs, la littérature décrit un phénomène de protection du maltraitant par la personne maltraitée, souvent lié à la proximité affective entre eux, mais également à la peur des répercussions négatives que pourrait subir le maltraitant (49). Cet obstacle n'a pas été relevé dans notre étude.

Les troubles cognitifs du patient altèrent la fiabilité de l'entretien et compliquent, de ce fait, le dépistage d'une éventuelle situation de maltraitance. Cet obstacle est également largement décrit dans la littérature. (50) (19)

L'un des dilemmes les plus complexes réside dans la détermination des situations où la communauté médicale et la société ont la responsabilité d'aller à l'encontre des souhaits personnels. Pour cela, il faudrait déterminer la capacité décisionnelle du patient. Les tests de dépistage rapide couramment utilisés, tels que le Mini-Mental State Examination (MMSE), sont inadéquats pour évaluer la capacité décisionnelle, sauf aux extrêmes des scores. Un test plus approprié pour évaluer la capacité décisionnelle est le Hopkins Competency Assessment Test. (51)

c) Obstacles liés à l'entourage

La présence de l'aidant en consultation a été citée de nombreuses fois dans notre étude comme obstacle au dépistage d'une éventuelle maltraitance sur la personne âgée, retrouvée également dans plusieurs travaux (52).

Une étude a montré que le recours aux membres de la famille ou aux aidants comme principales sources d'information concernant l'histoire médicale et sociale du patient pourrait être un obstacle au dépistage de la maltraitance de la personne âgée (48). De même, la sympathie et l'empathie envers l'aidant, étant donné la difficulté de la prise en charge d'une personne dépendante à domicile, pourrait également être un frein au dépistage. Notre étude n'a pas retrouvé ces éléments.

d) Carences formatives

Dans certaines études, l'absence de définition précise de la maltraitance de la personne âgée était un obstacle à la détection de la maltraitance dans cette population (43). Nous n'avons pas retrouvé ce frein dans notre étude, les médecins étant au clair avec la définition de la maltraitance de la personne âgée.

En revanche, nous avons retrouvé une certaine difficulté à déterminer la frontière entre des problèmes mineurs de qualité des soins et une véritable maltraitance des personnes âgées, tout comme le démontrent certaines études. (48)

Le manque de connaissance sur le sujet, retrouvée dans cette recherche, est aussi soulignée dans la littérature (43) (53). En effet, les médecins pensent que la maltraitance de la personne âgée est une situation rare et peu fréquente, amenant à une sous-estimation du phénomène. Par ailleurs, la formation des professionnels sur les signes de maltraitance de la personne âgée ainsi que les modalités de signalement est insuffisante, comme constaté dans d'autres études (54) (55). De ce fait, par méconnaissance des démarches à enclencher en cas de suspicion de maltraitance, les professionnels de santé craignent de dépister la maltraitance de la personne âgée.

A notre connaissance, il n'existe pas de formation universitaire concernant la maltraitance de la personne âgée en France en médecine. Les études internationales corroborent ce point (50).

Le **déni de la pertinence du dépistage** ou le **désintérêt relatif** pour cette thématique, relevés chez certains médecins, traduisent possiblement une banalisation du phénomène et une sous-estimation de son ampleur. Plusieurs auteurs soulignent la **faible visibilité** de la maltraitance des personnes âgées (10), particulièrement en comparaison avec d'autres formes de maltraitance, ce qui contribue à un déficit d'investissement professionnel dans ce domaine. Une faible sensibilisation au phénomène contribue à sa méconnaissance et entrave son dépistage, comme le souligne également une revue systématique de 2017 (54).

e) Diagnostic complexe

La difficulté du diagnostic de maltraitance de la personne âgée est aussi retrouvée dans les études, en tant qu'obstacle au dépistage. (45) Le diagnostic de maltraitance reste **multifactoriel et aspécifique**, rendu difficile par le chevauchement entre les signes du vieillissement, de la maladie et de la négligence. Cette complexité clinique, déjà soulignée dans certaines études (19) (48), explique en partie la réticence au dépistage systématique.

f) Absence d'outil de dépistage standardisé validé

Il existe plusieurs outils de dépistage développés pour aider les professionnels de santé à dépister la maltraitance chez la personne âgée. Mais, aucun d'entre eux n'est recommandé car il est nécessaire de faire des études supplémentaires pour évaluer leur validité en pratique clinique (54). Par exemple, ces outils ne sont pas adaptés aux troubles cognitifs (37).

L'absence d'outil de dépistage validé constitue de ce fait un obstacle au dépistage des situations de maltraitance de la personne âgée.

g) Obstacles organisationnels et logistiques

Les **délais administratifs** ont été identifiés dans notre étude comme un obstacle majeur à la prise en charge de la maltraitance des aînés. Nous n'avons pas relevé d'étude exprimant la même idée, mais en France, le délai de mise en œuvre de l'APA (Allocation Personnalisée Autonomie), pour obtenir une aide à domicile par exemple, est de deux mois (56). Néanmoins, il est mentionné dans l'article L232-12 que l'APA peut être attribuée en urgence en cas d'urgence attestée médicalement ou socialement, dès le dépôt de la demande, jusqu'à l'expiration du délai de deux mois. (56)

Le **manque de places disponibles en institution ou à l'hôpital**, que ce soit dans une optique de répit ou de mise à l'abri de la personne âgée maltraitée, constitue un frein à une prise en charge optimale. Comme le souligne la littérature, contrairement à la maltraitance infantile ou aux violences conjugales, il n'existe pas en France de **structures spécifiquement dédiées** à l'accueil temporaire des personnes âgées victimes de maltraitance (43). Le recours à un

placement en EHPAD ou en milieu hospitalier reste possible, mais la pénurie de lits limite considérablement cette alternative.

La charge de l'aidant est un déterminant majeur de maltraitance chez la personne âgée. Des **solutions de répit** en prévention primaire ou secondaire ont ainsi été développées, mais demeurent insuffisantes et difficilement accessibles selon les médecins généralistes de notre étude. La littérature souligne qu'il existe un manque d'information concernant l'éventail de possibilités de solutions de répit. Sur le plan administratif, l'accès aux interventions de répit est souvent jugé trop complexe et peu systématique, ce qui rejoint notre étude, et il est également limité par des contraintes financières (revenu, couverture sociale) (57). Dans cette étude précédemment citée (57), vivre dans une zone rurale s'est avéré être un facteur favorable.

Pourtant, **l'inégalité d'accès aux soins dans les zones rurales**, surtout pour les personnes âgées, est reconnue dans la littérature (58), et elle est largement évoquée dans notre étude.

L'absence d'interlocuteur clairement identifié à qui s'adresser en cas de maltraitance d'un aîné, identifiée comme barrière à la prise en charge de la maltraitance chez les aînés dans notre étude, est confirmée dans la littérature (43).

Le **manque de coordination interprofessionnelle** apparaît comme un obstacle potentiel à la prise en charge des situations de maltraitance chez les personnes âgées. Plusieurs travaux mettent en évidence des difficultés de collaboration entre les professionnels de santé et les services sociaux (59). Dans notre étude, ils expriment aussi un sentiment d'isolement et de manque de soutien dans la gestion de ces situations complexes, en particulier de la part des acteurs sociaux. Par ailleurs, ils soulignent également le manque de coordination entre la médecine de ville et les médecins spécialistes, notamment hospitaliers. En effet, l'absence de suivi spécialisé gériatrique, d'après les médecins généralistes interrogés, pourrait entraver la prise en charge optimale des personnes âgées. Certaines études suggèrent d'ailleurs de développer des consultations dédiées (cf. Solutions envisagées).

h) Obstacles institutionnels et juridiques

Aux États-Unis, le signalement de toute suspicion de maltraitance envers une personne âgée est obligatoire dans la quasi-totalité des États. Une institution gouvernementale, l'**Adult Protective Services (APS)**, est spécifiquement chargée du traitement des situations de maltraitance, de négligence ou d'exploitation des adultes vulnérables. Une fois le signalement fait, un travailleur social est assigné pour investiguer. (46)

À ce jour, il n'existe pas d'équivalent en France. Le système français repose sur une coordination entre plusieurs acteurs (numéro 3977, conseils départementaux, ARS, justice), ce qui le rend parfois complexe et moins lisible pour les professionnels comme pour les victimes.

Les **délais juridiques** et l'impuissance juridique en prévention entravent la prise en charge de la maltraitance des aînés, renforçant également le sentiment d'impuissance du médecin généraliste. Cela peut s'apparenter aux limites juridiques identifiées dans la littérature (60), mais aucune étude ne mentionne l'impuissance de la justice en prévention comme obstacle. En revanche, la littérature met en évidence une confiance limitée des professionnels envers les procédures de signalement, accompagnée d'un sentiment de frustration lié à l'absence de prise en charge réellement satisfaisante à la suite de ces signalements. (43) (61)

L'insuffisance de **ressources financières**, en particulier pour développer des solutions d'accompagnement social, ressort fréquemment dans notre étude, tout comme dans d'autres recherches sur le sujet. (62)

2. Solutions envisagées

L'objectif secondaire de notre étude visait à identifier des solutions afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la maltraitance chez la personne âgée.

a) Dépistage en consultation

Notre étude met en évidence l'intérêt de réaliser un **entretien individuel** avec la personne âgée en cas de suspicion de maltraitance, ce qui rejoint les recommandations issues de la littérature (50). Par ailleurs, une revue de la littérature souligne également la pertinence de rencontrer le maltraitant présumé, dans une approche bienveillante et sans jugement, afin de mieux comprendre la dynamique relationnelle et d'adapter la prise en charge (19).

Lors des entretiens, il est recommandé d'utiliser des **questions indirectes**, permettant d'aborder la thématique de la maltraitance sans susciter de réaction défensive ou de sentiment de culpabilité chez la personne interrogée. Ce type de questionnement favorise un climat de confiance et facilite l'expression du vécu de la personne âgée, tout en respectant son rythme et sa pudeur. Les questions peuvent, par exemple, porter sur le ressenti général du patient à domicile, ses relations avec son entourage ou la façon dont il perçoit l'aide reçue, plutôt que de formuler d'emblée des interrogations explicites sur la maltraitance. (19)

À ce jour, plusieurs **outils de dépistage** de la maltraitance envers les personnes âgées ont été élaborés, mais aucun n'a fait l'objet d'une validation solide en pratique clinique, notamment dans les situations de démence ou de troubles cognitifs. Les médecins généralistes interrogés dans le cadre de notre étude estiment que la mise au point d'un outil standardisé, simple et validé, constituerait une étape essentielle pour faciliter le dépistage en consultation de soins primaires. Ces observations rejoignent celles de plusieurs travaux de recherche, qui insistent sur la nécessité de poursuivre les études de validation dans différents contextes — à domicile, dans différents contextes, ou au sein de populations à risque — afin de garantir la fiabilité et la pertinence de ces outils dans la pratique quotidienne (37). Il doit être concis, facile à utiliser, tenir compte de la santé et des vulnérabilités sociales de la personne âgée, et décrire une procédure d'orientation en cas de suspicion de maltraitance (30).

Les **visites à domicile** par le médecin généraliste apparaissent comme un levier important pour le dépistage et la détection de la maltraitance de la personne âgée. Cette solution n'apparaît pas dans la littérature, néanmoins une étude irlandaise a mis en évidence que la plupart des cas d'abus détectés l'avait été lors d'une visite à domicile (63).

b) Répit et soutien à domicile

L'accès aux services de soutien, tels que les **aides à domicile et le soutien aux aidants** (19), a été considéré comme essentiel pour intervenir dans les cas de maltraitance envers les personnes âgées, corroboré par une récente étude (61). Intervenir auprès des aidants pourrait être une stratégie préventive contre la maltraitance de la personne âgée (64).

Cela implique un **renforcement des dispositifs institutionnels**, tant pour la prise en charge de la maltraitance d'une personne âgée que pour le répit des aidants.

c) Formation et sensibilisation

Améliorer l'éducation et la formation des professionnels de santé a été identifié dans la littérature comme une des interventions les plus efficaces pour prévenir et mettre fin à la maltraitance de la personne âgée. (65) La formation des médecins pendant le cursus universitaire, en cours théoriques ou pendant l'internat, semble être le point de départ d'un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de la maltraitance de la personne âgée (46). Notre étude met aussi en évidence cet élément.

Des études ont montré que la participation des médecins à des programmes de formation médicale continue sur la maltraitance envers les aînés réduit la tendance à minimiser ou négliger les signes de maltraitance chez leurs patients, contribuant ainsi à diminuer les obstacles au signalement. (66)

D'après notre étude, il serait intéressant et bénéfique de former également les patients et leur famille afin de prévenir la maltraitance de la personne âgée. Cette solution est envisagée dans la littérature également (61), en particulier en cas de démence chez la personne âgée.

d) Consultation dédiée et équipes pluridisciplinaires

Les médecins généralistes interrogés dans cette étude proposent la mise en place d'une **consultation gériatrique dédiée spécialisée** dans la maltraitance de la personne âgée. Cette proposition est également relevée dans plusieurs travaux (48) (67). Une telle consultation pourrait aussi servir de ressource et de soutien pour les professionnels de première ligne, souvent démunis face à ces problématiques complexes.

Un étude récente suggère la mise en place **d'équipes pluridisciplinaires spécialisées**, pour des consultations ciblées pour les cas complexes de maltraitance chez la personne âgée. La réalisation de visites à domicile par ces mêmes équipes pourrait aussi être un élément particulièrement efficace (61). Les équipes pluridisciplinaires et la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire au sein de ces équipes sont une réponse prometteuse aux cas complexes de maltraitance de la personne âgée, en accord avec la littérature (19). Les **données sur les équipes interprofessionnelles** suggèrent que ces équipes **améliorent l'efficacité**, la **coordination** et le **soutien professionnel** entre les membres de l'équipe. (68)

De nombreuses études, y compris la nôtre, insistent sur l'importance de disposer de **procédures claires** pour répondre aux cas présumés de maltraitance, ainsi que sur la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire afin d'élaborer une réponse concertée aux cas de maltraitance. (47) Le développement de recommandations officielles est une étape essentielle à l'amélioration de la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée (48).

e) Ressources sociales et financières

Les médecins généralistes insistent sur la nécessité de **renforcer les ressources sociales**, notamment par le **recrutement accru d'assistants de service social** spécifiquement formés à la problématique de la maltraitance des personnes âgées (64). Ces professionnels jouent un rôle essentiel dans l'évaluation des situations, la mise en place de mesures de protection, l'accompagnement des victimes et la coordination avec les acteurs sanitaires. Un **soutien social mieux structuré** et plus facilement mobilisable permettrait d'améliorer la réactivité et la qualité de la prise en charge, tout en allégeant la charge des médecins souvent isolés face à ces situations complexes.

Par ailleurs, qu'il s'agisse de renforcer la formation des professionnels ou de développer des ressources spécifiques destinées à l'accompagnement des situations de maltraitance envers les personnes âgées, les organisations doivent s'assurer de disposer des moyens financiers adéquats.

L'allocation de ressources dédiées constitue en effet une condition essentielle à la mise en œuvre efficace et durable de ces initiatives de prévention, de détection et de prise en charge. (46)

f) Soutien juridique

Les médecins généralistes proposent la désignation d'un **interlocuteur juridique** pour les aider dans les démarches juridiques. Une étude de 2019 suggère que l'implication d'un juriste dans la prise en charge pluridisciplinaire serait un atout bienvenu au sein des services de santé prenant en charge des personnes âgées victimes de maltraitance ou à risque de l'être. (69)

3. Organigramme de prise en charge

Comme mentionné précédemment, les médecins nécessitent des recommandations et procédures claires. Lors de notre étude, un médecin a proposé la réalisation d'un organigramme de prise en charge, afin de simplifier les démarches à entreprendre par le médecin généraliste.

Le New England Journal of Medicine a proposé un organigramme de prise en charge en 2015 que nous avons traduit (19):

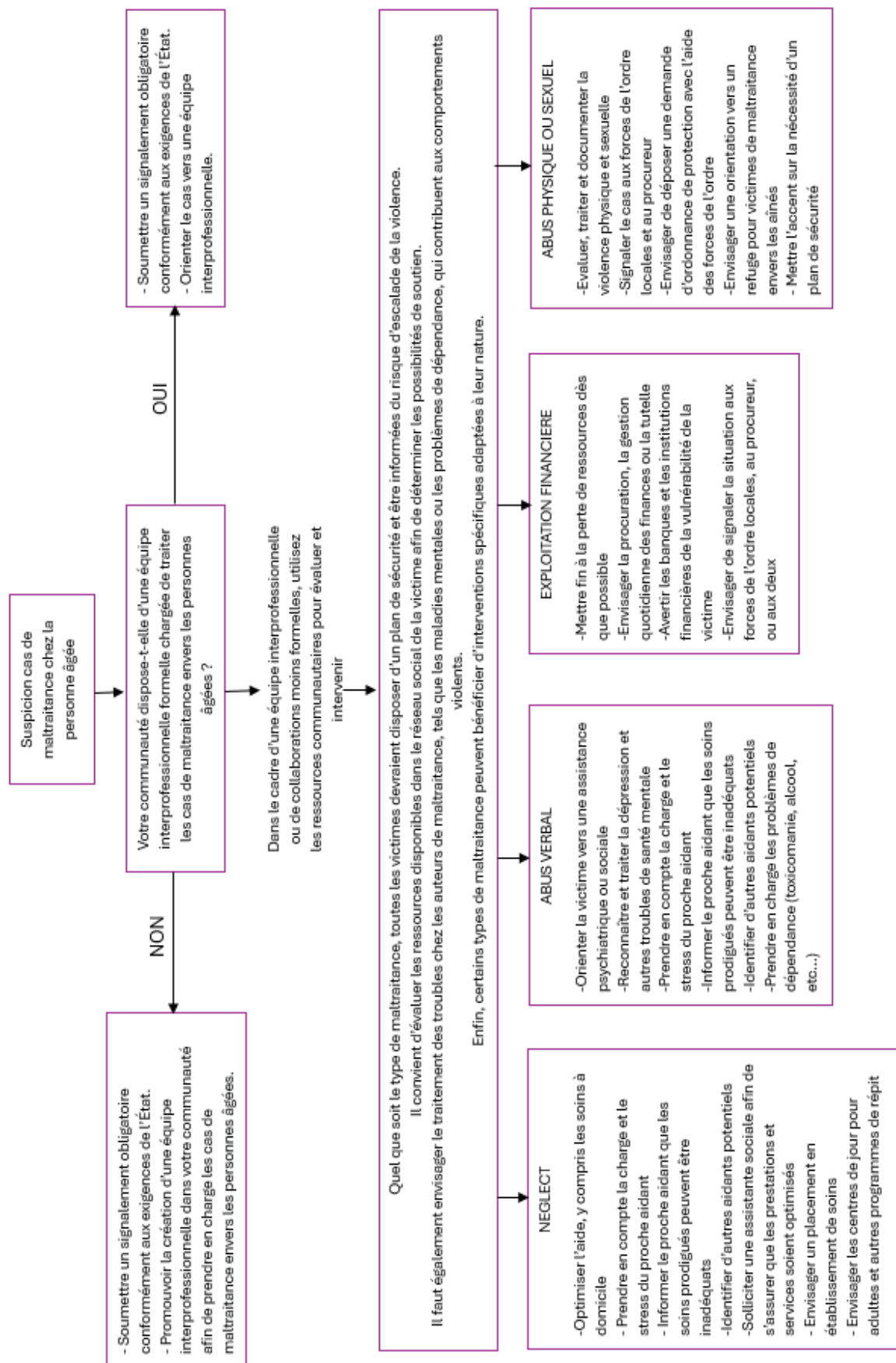


Figure 4.: Organigramme de prise en charge de la maltraitance de la personne âgée traduit de The New England Journal of Medicine (2015)

B. Forces et limites de l'étude

1. Posture du chercheur

La posture du chercheur a occupé une place centrale tout au long de cette recherche. La place du chercheur en tant que médecin généraliste a constitué à la fois un atout et une source potentielle de biais. La connaissance du fonctionnement des soins à domicile et de la relation médecin-patient a permis d'instaurer rapidement un climat de confiance avec les participants, favorisant la richesse et la sincérité des échanges. Cependant, cette proximité professionnelle a pu influencer certaines réponses, notamment en renforçant une forme de connivence implicite autour des difficultés du métier ou en limitant la verbalisation de pratiques jugées sensibles.

2. Choix de la méthodologie

La méthodologie qualitative par entretiens semi-directifs a été privilégiée dans la mesure où elle permet d'appréhender la complexité d'un phénomène social encore peu étudié et difficilement mesurable ou quantifiable. Cette méthodologie prend en compte le contexte, permettant au chercheur de comprendre les facteurs sociaux, culturels, et environnementaux qui influencent le comportement et les perceptions des participants.

De plus, la recherche qualitative est adaptée aux échantillons de petite taille, ce qui est le cas dans cette étude.

Le recours aux entretiens semi-directifs s'est justifié par la nécessité d'un cadre d'échange à la fois structuré, flexible et adaptable, permettant d'aborder des thèmes sensibles tout en laissant la possibilité aux participants de développer librement leurs propos.

Néanmoins, ce choix méthodologique expose à un risque de biais subjectifs non négligeable, et notamment des biais d'interprétation puisque l'analyse est interprétée par le chercheur lui-même.

Par ailleurs, les résultats reposent sur un échantillon restreint et contextuel. En conséquence, **les conclusions ne peuvent pas être généralisées** à l'ensemble des médecins ou des contextes médicaux. Les spécificités du territoire (ruralité, faible densité médicale, relations de proximité) influencent fortement les pratiques et perceptions des médecins, limitant la transférabilité des résultats à d'autres environnements.

3. Taille de l'échantillon

Le nombre restreint de participants constitue une limite de cette étude. Onze médecins généralistes ont été interrogés, ce qui ne permet pas de refléter l'ensemble des pratiques ou des contextes d'exercice possibles. La saturation des données permet d'améliorer la validité interne de l'étude, elle a été obtenue au neuvième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation des données.

4. Sélection des médecins généralistes

Les participants ont été sélectionnés selon un **échantillonnage raisonné**, dans une optique d'obtention de profils diversifiés. L'objectif n'était pas de constituer un échantillon représentatif au sens statistique, mais de recueillir une diversité de points de vue et d'expériences.

Les critères de sélection visaient à varier l'**âge**, le **sexe**, le **type d'exercice** (en milieu rural, semi-urbain ou urbain) ainsi que l'**ancienneté dans la pratique**. Cette hétérogénéité visait à enrichir l'analyse en confrontant des trajectoires professionnelles et des sensibilités différentes face au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance.

Les médecins ont été contactés sur la base du volontariat, parmi ceux exerçant dans le territoire étudié. Ce mode de recrutement, bien qu'il comporte une part de hasard liée à la disponibilité et à l'intérêt des professionnels, s'inscrit dans une démarche qualitative exploratoire centrée sur la **pertinence et la richesse du discours**, plutôt que sur la représentativité statistique.

5. Guide d'entretien

La conception du guide d'entretien repose sur une recherche approfondie de la littérature au préalable. Le guide a été testé sur un médecin avant de commencer l'étude afin d'en évaluer sa pertinence. Une question a été rajoutée suite à cet entretien test.

Les questions étaient **ouvertes**, formulées de manière **neutre**, pour favoriser l'expression spontanée et approfondie des expériences.

La **souplesse** du guide constitue un atout majeur de ce dispositif : elle permet d'adapter le rythme et la profondeur des échanges en fonction du contexte de l'entretien et du profil du participant, tout en assurant une certaine comparabilité entre les entretiens. Le guide a également servi de **fil conducteur** pour garantir la couverture de l'ensemble des thèmes visés, sans enfermer le discours dans un cadre trop rigide.

Bien que ce guide visait à être le plus exhaustif possible, certains thèmes ont pu ne pas être abordés.

6. Déroulement des entretiens

Lors des entretiens, le risque est d'orienter les réponses. Afin de limiter ce biais, le guide d'entretien a été élaboré avec des questions ouvertes, et une attitude d'écoute neutre et bienveillante a été adoptée au cours des échanges. Des relances ouvertes et neutres ont permis d'approfondir les propos sans influencer les réponses.

Il convient de souligner que l'entretien, en tant que dispositif de parole, n'est jamais neutre : le thème de la maltraitance suscite des émotions, des justifications et parfois une retenue dans le discours. Cette dimension affective fait partie intégrante des données elles-mêmes et renforce la nécessité d'une analyse sensible, respectueuse de la complexité du vécu des professionnels interrogés.

Le sujet étant délicat et sensible, cette étude était inévitablement exposée au risque de biais de désirabilité sociale. En effet, face à ce type de sujet sensible, les participants peuvent être tentés de donner des réponses biaisées, perçues comme socialement acceptables, au détriment de l'honnêteté. Afin de limiter ce biais, les entretiens ont été réalisés dans un cadre le plus confortable possible, en présentiel. L'attitude neutre adoptée, bienveillante et encourageante, avait pour but de limiter ce biais. L'anonymisation des données, annoncée à chaque début d'entretien, avait également pour objectif de rassurer le médecin interrogé afin que l'entretien soit le plus objectif possible.

7. Analyse

Après chaque entretien, les enregistrements ont été **intégralement retranscrits mot à mot** afin de préserver la richesse du matériau verbal. Les transcriptions ont ensuite été relues plusieurs fois pour permettre une **immersion dans les données** et une première compréhension globale des propos.

Dans un second temps, un codage thématique a été réalisé. Ces codes ont ensuite été regroupés en sous-catégories puis en catégories. L'analyse a été relue à plusieurs reprises, afin de renforcer sa fiabilité. Le découpage du discours en unités de sens (codes, thèmes) peut conduire à fragmenter les propos et à perdre la cohérence narrative de certains entretiens.

L'analyse des données a été réalisée par le chercheur seul, sans validation croisée par un second lecteur. Cette absence de double lecture constitue une limite méthodologique, mais la rigueur du processus de codage, la transparence des étapes analytiques et la réflexivité appliquée tout au long de l'interprétation ont permis de limiter le risque de biais individuel.

C. Conclusion de la discussion et perspectives

Cette étude qualitative, menée auprès de médecins généralistes, met en évidence la **multifactorialité des obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées à domicile**. Ces obstacles relèvent à la fois de facteurs personnels (craintes professionnelles, dilemmes éthiques, manque de formation), interrelationnels (présence de l'aidant, dépendance du patient), et organisationnels (absence d'outils validés, manque de coordination, lourdeur administrative, contraintes de temps). Ils traduisent la **complexité du rôle du médecin généraliste**, à la croisée des sphères médicale, sociale et juridique.

Cette étude souligne également la **dimension éthique et émotionnelle** du dépistage : la peur d'accuser, le doute, ou la culpabilité font partie intégrante du vécu professionnel des médecins confrontés à la maltraitance. Comprendre et accompagner ces ressentis apparaît indispensable pour soutenir les praticiens dans leur rôle de protection.

Au-delà des difficultés identifiées, cette recherche fait également émerger des **pistes concrètes d'amélioration**, issues des propositions mêmes des praticiens : élaboration d'outils standardisés d'aide au dépistage, renforcement de la formation initiale et continue, clarification des procédures de signalement, création de référents juridiques et de consultations spécialisées, développement de dispositifs de répit pour les aidants, et mise en place d'équipes multidisciplinaires. Ces recommandations rejoignent la littérature nationale et internationale, confirmant la pertinence de ces leviers pour améliorer la détection et la prise en charge de la maltraitance à domicile.

La **visite à domicile réalisée par le médecin généraliste** apparaît, dans notre étude, comme une **piste émergente de détection** des situations de maltraitance chez la personne âgée. Cette approche, mise en avant par les praticiens interrogés, n'a toutefois pas encore été décrite dans la littérature. Elle offrirait pourtant un **intérêt particulier** pour observer directement le contexte de vie du patient, identifier des signes indirects de maltraitance et mieux appréhender la dynamique relationnelle au sein du domicile.

Les **limites méthodologiques** de ce travail — notamment la taille restreinte de l'échantillon, l'absence de double lecture du codage et le caractère contextuel du terrain — invitent à considérer les résultats comme une compréhension approfondie d'un phénomène complexe, plutôt qu'une généralisation. Néanmoins, la richesse des verbatims, la diversité des profils interrogés et la saturation des données renforcent la **validité interne et la crédibilité** de cette recherche.

En définitive, cette étude met en évidence la nécessité de **développer une véritable culture partagée du repérage et de la prévention de la maltraitance des personnes âgées**, impliquant l'ensemble des acteurs du soin et du social. Le médecin généraliste y occupe une place centrale, non pas isolée mais intégrée à un réseau de vigilance collective. Soutenir son action, c'est renforcer la capacité de la société à protéger ses aînés tout en respectant leur autonomie et leur dignité.

Des études complémentaires seraient nécessaires pour développer un outil de dépistage validé, comprendre comment appréhender les facteurs personnels et interrelationnels, et évaluer l'impact d'un dispositif de coordination renforcée sur la détection et la prise en charge des cas de maltraitance chez la personne âgée.

V. CONCLUSION

Le vieillissement de la population constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Le maintien à domicile, s'il répond au souhait de la majorité des personnes âgées, expose aussi à des situations de vulnérabilité parfois invisibles, parmi lesquelles la maltraitance. Dans ce contexte, le médecin généraliste occupe une place centrale : il est souvent le premier témoin potentiel de ces situations, mais aussi l'un des acteurs les plus démunis face à leur complexité.

Cette étude qualitative avait pour objectif d'**identifier, à travers le regard des médecins généralistes, les obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées vivant à domicile**, et de dégager les **solutions envisagées** pour améliorer leur accompagnement.

Les obstacles identifiés sont multiples – humains, organisationnels, juridiques et institutionnels – traduisant la difficulté de concilier autonomie, protection et responsabilité médicale.

Les propositions issues du terrain soulignent la nécessité d'une approche globale : formation, coordination, outils de repérage, et soutien aux aidants.

En définitive, la maltraitance des personnes âgées à domicile constitue un **enjeu éthique, médical et social majeur**. Le médecin généraliste, par sa position privilégiée auprès du patient, peut devenir un **acteur clé de la prévention** à condition d'être soutenu, formé et intégré à un réseau réactif et cohérent.

Ces résultats invitent à poursuivre la réflexion par des études élargies, associant d'autres acteurs du domicile et d'autres territoires, afin d'explorer plus largement les leviers d'un repérage efficace et d'une prise en charge coordonnée de la maltraitance des personnes âgées. Le développement d'un outil de dépistage validé, d'évaluations de programmes de formation, de protocoles simplifiés de prise en charge et de structures pluridisciplinaires dédiées constituerait une continuité naturelle de cette recherche, dans la perspective d'une amélioration durable des pratiques et du soutien aux professionnels.

VI. ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Je suis interne en médecine générale et je réalise une thèse sur les obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée, afin d'en sortir des solutions éventuelles pour les améliorer. Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de participer à mon étude. Je vous rappelle que les entretiens sont anonymes. Je vais vous enregistrer avec un dictaphone avec votre accord.

Recueil du consentement oral.

- 1/ Comment définissez-vous la maltraitance des personnes âgées ?
- 2/ Quels sont les signes évocateurs de maltraitance chez une personne âgée d'après vous ?
- 3/ Comment dépistez-vous la maltraitance des personnes âgées et le faites-vous systématiquement ?
- 4/ Quels sont les freins au dépistage de la maltraitance de la personne âgée ?
- 5/ Comment prenez-vous en charge la maltraitance de la personne âgée ?
- 6/ Quels sont les problèmes que les médecins généralistes rencontrent lors de la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées ?
- 7/ Selon vous, quelles seraient les solutions pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées ?
- 8/ Existe-t-il des particularités en Corse à votre avis ?
- 9/ Avez-vous un exemple de situation dans laquelle vous avez été confronté à la maltraitance d'une personne âgée ?
- 10/ Pensez-vous que nous avons abordé tous les aspects de la maltraitance des personnes âgées lors de cet entretien ?

ANNEXE 2 : Exemple de retranscription d'un entretien anonymisé

1/ Comment définissez-vous la maltraitance des personnes âgées ?

Euh, je dirais principalement le défaut de soins ou d'hygiène, ou une mauvaise alimentation, souvent ça passe plutôt dans le manque d'investissement de l'entourage. Soit l'entourage paraméd ou méd qui va un peu alléger la prise en charge du fait du grand âge, souvent on dit « oh il est vieux, alors on allège ». Les douches, qui vont être données que deux fois par semaine sous prétexte qu'il est âgé, ça ça se voit souvent. Ou peut-être ne pas prendre trop en considération leur douleur, leur ressenti, souvent on met beaucoup de choses sur le grand âge. Et oui, souvent moi j'en vois beaucoup qui ont une alimentation complètement inadaptée, on fait pas attention à leur hydratation, leur état d'hygiène corporelle, euh, vestimentaire... Voilà.

2/ Quels sont les signes évocateurs de maltraitance chez une personne âgée d'après vous ?

Euh, peut-être que, il va évoquer des symptômes récurrents, se plaindre de douleurs, bon après évidemment à l'examen, des traces d'hématome, de contusions, qui peuvent être majorées par les antiagrégants et anticoagulants qu'ils ont tout le temps. Euh, et puis surtout leur aspect, est ce qu'il y a un aspect de déshydratation, de dénutrition, une maigreur, euh... Et puis, l'état des vêtements, est ce qu'ils ont des vêtements, on les voit souvent avec les mêmes vêtements ou des vêtements tâchés...est ce qu'ils vont être souillés, leur odeur, est ce qu'ils ont été changés récemment, ou est ce qu'ils ont la même couche depuis le matin et on est à la consultation de 17 heures... Euh, voilà, beaucoup sur l'apparence, et peut-être sur des plaintes répétitives.

3/ Comment dépistez-vous la maltraitance des personnes âgées et le faites-vous systématiquement ?

Alors j'avoue que c'est pas quelque chose que je dépiste volontairement, c'est pas quelque chose que je recherche quand j'ai une personne âgée. Après, le fait d'être sur un secteur assez restreint où on se connaît tous, on peut vite avoir euh, des doutes ou autres, euh selon certaines situations familiales, ou autres. Euh, mais c'est vrai, c'est pas quelque chose que je cherche à dépister, ce n'est pas une chose à laquelle je pense, quand je vois une personne

âgée je regarde pas, enfin je recherche pas des signes de... mais, par contre, va me venir le doute, si effectivement euh je m'aperçois que lors de plusieurs visites à domicile ou consultations, le logement ou sa chambre en EHPAD ne va pas être propre, les draps pas changés, qu'il y a de mauvaises odeurs de manière récurrente, qui a souvent les mêmes vêtements, les vêtements tâchés, voilà. Ça ça va être des signes.

Je vais essayer de lui poser la question, mais sans être directe hein, je vais poser les questions de manière détournée et euh, et ensuite si j'ai des doutes et que je peux pousser, par exemple si je recherche une dénutrition parce que je trouve qu'on lui donne que des repas inadaptés ou qu'il ait des suspicions de déshydratation etc, j'hésite pas à faire un bilan biologique, au moins je peux avoir des arguments déjà biologiques. Après voilà, je vais essayer de discuter avec son personnel, ADMR, infirmier, kiné, voir si eux aussi ont remarqué des choses euh... soit dans l'entourage familial, soit venant d'un aidant, euh, ou voilà, voir comment se comportent les infirmières ou autres avec cette personne.

4/ Quels sont les freins au dépistage de la maltraitance de la personne âgée ?

Alors déjà, le temps. J pense que malheureusement, quand on voit les personnes âgées à domicile, en consult', ou en structure telle que les EHPAD, bah il y a toujours un motif de consult' ou de visite, donc en premier lieu souvent bah on va s'occuper soit du renouvellement d'ordonnance soit de la pathologie aiguë, soit réévaluer la thérapeutique mise en place la semaine d'avant, soit régler un autre problème parce que bah les pathologies elles sont multiples et donc il y a souvent plusieurs décompensations. Déjà, je dirais un frein temporel, parce que c'est quand même rare d'avoir le temps de voir plusieurs fois dans la même semaine la même personne. Donc souvent on va régler un ou deux problèmes, et on va pas forcément s'épancher sur son état d'hygiène ou autre. Après peut-être aussi, selon l'entourage etc, qui va être peut-être trop présent étouffant, qui va vouloir masquer les choses, ou se méfier, et du coup rompre l'alliance qu'on peut avoir avec la famille ou le patient, et du coup on peut être à risque de ne plus avoir à assumer le suivi de ce patient parce qu'il risque de se braquer. Donc du coup, souvent, j pense qu'il vaut mieux faire un peu l'autruche pour regarder discrètement pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, plutôt que d'entrer de jeu être frontale et vouloir chercher si réellement il y a malnutrition, défaut d'hygiène etc, pour pas braquer les équipes ou la famille.

Ouais, je dirais le temps, les relations humaines, euh, après il peut y avoir l'état cognitif hein

de la personne âgée parce que le grand âge on va le définir si on se base sur la gériatrie au-dessus de 70 ans, alors ça dépend de l'état cognitif. Souvent on a du mal, si on le voit seul, ou autre, euh, à avoir vraiment une discussion cohérente selon son état.

Je sais pas, non les freins, je dirais surtout ça, le côté temps, social, et le fait qu'au niveau cognitif ça peut un peu pêcher et donc euh, après voilà il peut être sale et souillé mais tout simplement parce qu'il est dément et pas parce que personne ne le lave hein. Faut se méfier, mais faut pas non plus tout mettre sur le compte de la démence. Donc euh, en fait, le meilleur moyen pour bien dépister c'est avoir un suivi rapproché et connaître l'entourage en fait. Voilà.

5/ Comment prenez-vous en charge la maltraitance de la personne âgée ?

Euh, bah déjà essayer de discuter avec les personnes qui s'occupent de lui, essayer d'avoir une discussion seule à seule avec la personne âgée en question, pour voir quel est son ressenti aussi moral, est-ce qu'il y a des douleurs physiques, est-ce qu'il souffre de cette relation ou est-ce que en fait ça ne lui fait pas grand-chose de pas être levé. Parce que moi par exemple ça va me gêner qu'une personne âgée ne soit lavée que deux fois par semaine, surtout en pleine canicule etc. Maintenant, la plupart des personnes âgées, ça leur va très bien d'être lavées que deux fois par semaine, que des fois même on galère à en laver plus souvent. Donc après il faut trouver le juste milieu, et maltraitance c'est vraiment si ça inflige une souffrance à la personne, euh, ou que ça lui nuit. Maintenant, si une petite toilette est faite régulièrement et qu'il veut se laver que deux fois par semaine, et que tout le monde est d'accord, pourquoi pas, j'veux dire du moment qu'il a pas d'escarre pas d'infection, faut relativiser aussi j'pense qu'il faut bien recentrer les choses. Euh, après, euh, si c'est en EHPAD par exemple, enfin je vais en parler avec la hiérarchie hein, commencer à voir avec le cadre de santé. A domicile, j'pense que c'est vraiment au cas par cas. Après il y a des assistantes sociales, il y a l'ADMR, il y a quand même beaucoup de structures où on peut faire remonter les infos. Euh, mais je ferais pas quelque chose de violent, parce que des fois, rien que de changer d'entourage ou autre, ça peut être aussi une situation de souffrance pour la personne âgée. Donc je ferais les choses quand même discrètement et en douceur, et peut-être aussi des fois recadrer les choses, peut-être qu'il y a des personnes aidantes qui n'ont pas la notion qu'il faut changer régulièrement une couche, qui pour elles, pensent que c'est le rôle que de l'infirmière et que deux fois par jour ça suffit. J'pense qu'il faut déjà commencer par discuter, voir vraiment est-ce qu'il y a une maltraitance qui est volontaire, ou est-ce que voilà, est-ce que c'est volontaire

et c'est des personnes qui aiment faire mal etc, ou est-ce que finalement en fait elles ne savaient pas que non une personne âgée ne devait pas manger du sel à tous les repas. Des fois, c'est souvent un manque de connaissance. Là je sais que j'ai un patient qui est à domicile, insuffisant rénal sévère DFG à 15, une fonction cardiaque catastrophique, mais ça fait 3 ans que je l'ai récupéré de Paris, ça fait 3 ans que je l'équilibre et que je règle toutes ses décompensations à chaque fois à domicile, mais l'entourage qui pourtant est très lettré, n'a pas notion que non il peut pas boire du champagne, boire du vin, manger de la charcuterie, du fromage, et le tout dans la même journée. Bon après, quand on pose les choses, ça va, ça rentre. Peut-être que des fois il faut juste des discussions, il y a maltraitance et maltraitance. Bon évidemment si je vois quelqu'un qui est roué de coups etc, euh, là je vais pas y aller par quatre chemins, je vais chercher à savoir qui a fait ça, et faire vite remonter les infos. J pense que c'est au cas par cas hein.

6/ Quels sont les problèmes que les médecins généralistes rencontrent lors de la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées ?

Bah peut-être le manque de temps justement pour passer du temps au domicile, voir les choses. Tous les médecins gé ne vont pas au domicile, moi je sais que je fais les deux, donc c'est beaucoup plus facile pour moi de dépister un tas de choses. Je sais très bien quand quelqu'un va décompenser ou pas parce que je connais l'état du logement, je sais ce qu'ils mangent, je sais comment ils se chauffent, je sais plein de choses. Quand on connaît pas le domicile c'est compliqué, la plupart des médecins gé j pense qu'ils voient les personnes âgées une fois tous les trois ou six mois pour le renouvellement d'ordonnance, s'il y a pas eu de pathologie aigue intercurrente ou s'ils ont pas été pris en charge sur une autre structure... Du coup, à ce moment-là c'est compliqué j pense. Moi c'est facile, dans le sens où moi je les vois très souvent, à domicile, dans les structures n'importe où. Et puis, que je connais très bien les infirmières, les kiné, on discute entre nous, si on a le moindre doute on va se partager les infos, j pense que voilà, quand on est débordé en ville, on connaît moins bien les gens et peut-être qu'on peut pas s'attacher à des signes, ça peut passer à la trappe. Après, pareil, est ce qu'on peut passer 45 minutes avec une personne euh, quand on a une salle d'attente pleine, non. Donc on va aller simple et efficace. Après, il peut y avoir le problème de l'entourage, il peut y avoir un entourage maltraitant qui veut cacher les choses, et qui va être omniprésent, ne laissant pas de temps ou de place au patient de se plaindre, euh... Il peut y avoir le problème des rapports humains où on a pas envie de rentrer en conflit,

voilà, peut-être que c'est compliqué, moi ça me gêne pas de faire la part des choses, mais peut-être qu'on a pas envie de rentrer en conflit avec toute une famille, d'émettre des soupçons sur des familles qui en apparence ont l'air très très bien, euh... Non j pense que c'est pas évident, et puis commencer à lancer des procédures come ça euh sans réelle preuve, c'est compliqué aussi, faut assumer la suite, donc euh... Oui non c'est pas des situations évidentes. C'est vrai que c'est pas des situations auxquelles je suis confrontée souvent, parce qu'en fait j pense qu'on le voit, enfin dans l'exercice rural j pense que c'est quelque chose qu'on voit plus facilement. Mais en ville, effectivement, ça doit être plus discret quoi. Voilà. Les solutions elles existent, et puis si on arrive pas à trouver des solutions par soi-même, il faut demander aux assistantes sociales ou autre. Moi j'ai eu plusieurs fois des situations très complexes où c'était des pathologies un petit peu de démence, euh, et où finalement ça devenait vraiment très limite à domicile, et du coup j'ai appelé l'EHPAD, je me suis débrouillée pour trouver une place et faire une entrée rapide euh... J'ai essayé de poser les choses, de discuter, des fois il y avait de l'épuisement familial qui conduisait à...et je posais les choses, et finalement avec de la discussion etc ils convenaient que ça n'était plus adapté. Non, j'ai pas le souvenir d'avoir eu des situations trop complexes. Après, on est en Corse, les personnes âgées on en prend plus soin que ce qu'on les dégrade, donc euh... Pour l'instant, j'ai été épargnée, enfin, j'ai eu des situations complexes mais pas à ce niveau quoi.

7/ Selon vous, quelles seraient les solutions pour améliorer le dépistage et la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées ?

De faire des visites peut-être encore plus régulières, euh, ou peut-être qu'il y ait des supports . A un moment donné on avait globule c'était vachement bien, là il y a MAIIA qui va peut-être lancer quelque chose... Avoir un support où on peut discuter facilement, avec tous les protagonistes de la prise en charge, que ce soit confidentiel. Il y a Globule, il y a Maïia Connect... Peut-être avoir un support pour partager les infos.

Euh, je sais pas, alors du temps, mais après, le temps que j'ai j'ai pas forcément envie de le consacrer au dépistage de la maltraitance des personnes âgées, j'ai envie de le consacrer plus à d'autres pathologies. Enfin, après, euh, faut peut-être du temps, et oui, moi je suis très réceptive quand les kiné ou les infirmières ont des doutes. J pense qu'il faut que tout le monde se sente concerné par ça. Oui, qu'il y ait plus d'organisation pluridisciplinaire, des petites RCP peut-être. Oui, voilà, ouvrir, qu'il y ait plus un réseau d'assistantes sociales qui soit plus dispo. Après tout ça c'est des budgets... Est-ce que c'est la priorité en France

actuellement, pas sûr, mais... Peut-être des outils plutôt comme ça.

À titre personnel non sinon je vois pas... Faire attention, être vigilant quoi, ne pas se laisser dans une routine, et y aller que pour des renouvellements d'ordo quoi c'est pas notre rôle, il faut faire aussi du social.

8/ Existe-t-il des particularités en Corse à votre avis ?

En Corse, on garde quand même beaucoup les personnes âgées à domicile, donc il y a quand même déjà moi je trouve une très bonne organisation, il y a des livraisons de repas à domicile, ADMR, infirmière, kiné, euh, on a quand même voilà des bons outils. Les EHPAD grâce à Dieu pour l'instant c'est quand même, enfin je sais pas moi je connais Cauro Vico, Cargese, et même un petit peu ceux d'Ajaccio, on est sur des belles structures quand même, euh... J pense pas qu'il y ait des cas de maltraitance comme on a pu voir dans certains endroits sur le continent.

Après, il y a beaucoup d'ateliers, du bien-veillir, des choses comme ça, pour les sortir de l'isolement, euh, après il y a quand même beaucoup de visites à domicile quand même, même à Ajaccio il y a quand même certains médecins qui en font, j pense que ça c'est bien pour eux. Euh, par rapport à d'autres régions, parce qu'il y a beaucoup de régions où il y a pas de visite à domicile, donc ça c'est bien. Moi je sais que mes visites à domicile elles sont consacrées aux personnes âgées ou aux cas sévères, mais j'essaie que ce soit des priorités quoi. Moi, régulièrement toutes les semaines je vais voir, certains je les vois une fois par semaine.

Euh, et c'est vrai, il y a beaucoup de choses organisées comme ça quand même. Les kiné vont énormément à domicile, enfin il y a un maintien de l'autonomie qui est top quoi. Quelqu'un qui prend pas soin d'une personne âgée c'est mal vu quand même ici.

9/ Avez-vous un exemple de situation dans laquelle vous avez été confronté à la maltraitance d'une personne âgée ?

On avait une dame avec qui ça s'était mal passé parce que...elle s'est disputée avec les infirmières parce que les infirmières disaient qu'il faisait froid. Et c'est vrai que dans le logement, il peut faire 17 degrés, et du coup le petit vieux il était sous 8 couvertures en permanence, le bonnet et tout en intérieur quoi, et elle s'est vexée parce que l'infirmière a

été trop frontale, du coup ça a été compliqué pour la suite de la prise en charge. Mais c'était plus de la négligence finalement, j'y pense. Parce qu'elle aimait beaucoup son papa et qu'elle s'en est occupé jusqu'au bout, donc 'est un peu étonnant, c'est un peu ambivalent, euh... Après voilà, pareil, mon petit papi où on l'autorise à picoler et à bouffer de la charcuterie et d'acheter des énormes tablettes de beurre demi-sel alors qu'il est insuffisant cardiaque et rénal, mais c'est pas méchant, c'est je sais pas. L'infirmière, elle m'a même pas laissé le temps elle a vidé le frigo, elle les a pourris, et puis moi j'en ai rajouté une couche, et puis c'est bon c'est rentré dans l'ordre.

Non, sinon j'ai pas d'exemple, non...

10/ Pensez-vous que nous avons abordé tous les aspects de la maltraitance des personnes âgées lors de cet entretien ?

Non, j'y pense que l'essentiel c'est déjà qu'il y ait des bonnes équipes, qu'on sache qui est l'infirmière, qui est le médecin traitant, qui est le kiné référent. Essayer de mettre en place déjà tout ça, on le grabatise pas en mettant en place kiné infirmière, au contraire. On lui met de la présence. Les dossiers ADMR c'est pas compliqué à monter finalement, en faisant l'allocation handicapé, le truc de la collectivité etc... c'est deux papiers à remplir pour nous les médecins, l'assistance sociale elle fait tout le reste, mine de rien ça fait de la présence, deux trois heures par ci, un passage kiné un passage infirmier... Voilà, comme ça ils sont surveillés, ils sont pas seuls. Euh, voilà, qu'il y ait de la présence, et nous qu'on se sente un minimum concernés quoi. Et puis c'est tout hein.

Ah, j'ai un exemple qui me vient, j'ai une dame que je suis depuis plusieurs années, qui a un Parkinson très évolué, elle est en fauteuil roulant, sous pompe et compagnie, et son mari est très misogyne et autoritaire, sauf que je l'ai vu ce matin, il a 90 ans, alors il les fait pas il va se baigner tous les matins, mais mine de rien il a quand même 90 ans avec des troubles cognitifs du coup qui s'installent. Et, il m'a dit, « ah bah ce matin je l'ai encore fait tomber ». Et en fait, le problème c'est que il la fait tomber souvent parce qu'il la tient mal, etc... Et une fois, elle est tombée, mais sauf qu'il m'a appelée que sept heures après, et en fait elle est restée sept heures au sol, le col du fémur pété. Et là, je l'ai dégommé en fait, je lui ai dit « alors en fait la prochaine fois que vous me faites un truc comme ça, j'appelle les flics hein, et même à 90 ans vous allez aller à la gendarmerie, vous habitez en face de la gendarmerie en plus », d'ailleurs j'en avais parlé aux gendarmes qui avaient fait un petit tour pour lui

faire un petit peu peur. Et après, je lui ai imposé, parce que pareil il la lavait pas, il faisait pas le ménage, ils vivaient dans un taux d'humidité énorme etc... Et du coup je l'ai obligé à prendre infirmière, kiné, j'ai tout introduit, il avait plus le choix, et depuis bah ça va mieux. Ça arrive encore des fois qu'elle tombe, etc, parce que il se loupe, mais bon il y a quand même constamment quelqu'un quoi. Voilà c'est l'exemple qui me vient. Bah après tu vois c'est vrai que il l'aime sa femme hein, c'est bizarre en fait, mais d'un côté il va la laisser au sol pendant sept heures.

ANNEXE 3 : Exemple de codage sur EXCEL

Thème	Sous-thème	Code	Verbatim
Définition MPA	Formes de MPA	Pluralité des formes de maltraitance	la maltraitance elle peut être, euh, elle peut être sous plusieurs formes j' pense
	Formes de MPA	Pression temporelle des soignants	C'est, c'est typiquement là où nous les soignants on a parfois des efforts à faire, c'est qu'on passe rapidement, on est pressés, on prend pas le temps, ça va trop vite
	Formes de MPA	Négligence	J' pense que, le facteur temps est un grand facteur de négligence chez les personnes âgées.
	Formes de MPA	Lien précarité / maltraitance	après il doit y avoir aussi la maltraitance dans le sens, qui découle peut-être d'une forme de précarité économique et sociale. Beaucoup ici, dans les villages on voit des fois que, à domicile, les vieux ils ont pas grand-chose
	Formes de MPA	Lien précarité / maltraitance	Et, ça pour le coup, même s'ils sont seuls, ils sont pas forcément maltraités par quelqu'un, mais ils sont peut-être maltraités par leurs conditions de vie.
	Méconnaissance définition	Difficulté à définir la MPA	Euh, c'est difficile de, de, de définir la maltraitance parce que je pense qu'elle a plusieurs formes
	Formes de MPA	Pluralité des formes de maltraitance	Euh, c'est difficile de, de, de définir la maltraitance parce que je pense qu'elle a plusieurs formes
	Méconnaissance définition	Difficulté à définir la MPA	je saurais pas définir la maltraitance
	Formes de MPA	Maltraitance financière	et clairement c'est une personne qui manipulait la personne âgée, et qui prenait tous ses sous quoi.
	Formes de MPA	Négligence nutritionnelle	C'est une forme de maltraitance qu'on a pas évoqué mais l'alimentation, euh, bah c'est la base des soins primaires finalement, on en a pas parlé, ça me vient là
	Formes de MPA	Surmédication	Les troubles du sommeil, malheureusement, on a nous un tort, on les polymédique un peu trop nos vieux, mais ça c'est un autre débat. Est-ce que c'est de la maltraitance j'en sais rien
	Formes de MPA	Surmédication	Les troubles du sommeil, malheureusement, on a nous un tort, on les polymédique un peu trop nos vieux, mais ça c'est un autre débat. Est-ce que c'est de la maltraitance j'en sais rien
Signes de MPA	Signes physiques	Absence de spécificité des lésions physiques	Les signes physiques, c'est à la fois trop facile parce que ça se voit, et à la fois difficile parce que, euh, il y a des justifications détournées
	Signes liés à l'entourage	Burn out de l'aidant comme signe d'alerte	Le signe le plus fiable de maltraitance, c'est euh, c'est je dirais le burn out de l'aidant. L'aidant qui est, en fait on fait le diagnostic sur l'aidant ouais
	Signes liés à l'entourage	Burn out de l'aidant comme signe d'alerte	J' pense dès qu'il y a un aidant qui est énervé, qui est agressif, qui se plaint tout le temps, qui en a marre, qui râle... C'est là où les personnes âgées ont le plus de risques d'être maltraitées j' pense.
	Signes non spécifiques	Absence de signe spécifique de MPA	je suis peut-être même convaincu qu'il y a pas de signe
	Signes non spécifiques	Difficulté de repérage des signes	Je sais pas quels sont les signes, et à mon avis ils sont très difficiles à repérer
	Signes non spécifiques	Absence de signe spécifique de MPA	Ouais, je pense pas qu'il y ait de signe. Je pense que c'est très pernicieux, pas spécifique.
	Aspect général	Manque de soin d'hygiène	Mais, euh, mais il suffit de leur demander la dernière douche c'était quand, en maison de retraite, et souvent c'est une fois par semaine hein. Dans beaucoup d'EHPAD. Est-ce que c'est
Dépistage	Absence de dépistage	Absence de dépistage systématique	Systématiquement, non, faut être honnête
	Intérêt des VAD	VAD comme moyen de dépistage	Comment je la dépiste... Les visites à domicile, c'est quand même beaucoup plus facile pour dépister ce genre de situation
	Intérêt des VAD	Dissimulation en consultation	En consultation, ils sont bien habillés, ils sont douchés, c'est quasi impossible de dépister ça en consultation
	Environnement	AVQ comme signe indirect	A domicile, il y a quand même beaucoup de signes : le ménage, la bouffe dans le frigo... J' pense qu'il y a plein de signes indirects qui peuvent nous mettre la puce à l'oreille quand on fait des visites à domicile
	Environnement	AVQ comme signe indirect	Mais, euh, mais il suffit de leur demander la dernière douche c'était quand, en maison de retraite. et souvent c'est une fois par semaine hein. Dans beaucoup d'EHPAD. Est-ce que c'est
Freins au dépistage	Contraintes temporelles	Manque de temps pour repérage	Et après il y a le facteur temps, qui fait qu'on s'attarde pas vraiment sur les situations
	Patient	Silence des PA	J' pense que la personne âgée se plaindra jamais de maltraitance
	Entourage	Manipulation du maltraitant	J'ai eu une situation il y a pas longtemps, où je pensais que l'aidant était pas mal, et en fait elle m'a complètement menée en bateau
	Entourage	Emprise psychologique du maltraitant	Et pour le coup, il y a de l'emprise psychologique c'est... L'emprise psychologique de ces personnes-là, on peut pas les enlever du domicile de ces personnes âgées parce que bon c'est leur seule présence
	Entourage	Manipulation du maltraitant	Clairement, je me suis fait berner par les justifications que les familles et puis les aidants peuvent donner.
	Patient	Dissimulation MPA	il y a aussi le fait qu'ils savent qu'on vient à domicile. Donc, euh, souvent ils ont le temps de se préparer je dirais. Souvent, euh, il y a le docteur qui vient, on se coiffe, on range un peu
	Carences formatives	Manque de compétence	Comment la dépister déjà c'est pas mal, je pense qu'on est pas bon, on est clairement mauvais
Prise en charge	Soutien à domicile	Professionnaliser l'aide à domicile	Donc pour la prendre en charge, clairement, j'essaie de mettre en place des aides à domicile. S'il y avait certaines personnes qui réalisaient des rôles, euh, on essaye de professionnaliser tout ça
	Institutions	Institutionnalisation	Des fois, l'institution, c'est une solution malheureusement rapide et efficace hein

Obstacles à la prise en charge	Absence de relais	Manque d'aide	Ah c'est compliqué hein, il n'y a aucune aide. Aucune aide
	Absence de relais	Sentiment de solitude du MG	Enfin, tu me diras tout à l'heure s'il y a des centres d'aide, mais il est pas assez malade pour l'hôpital, les dispositifs de coordinations socio-médicaux, enfin moi je les ai déjà appelés deux ou trois fois, c'est « démerdez-vous », enfin voilà
	Obstacles administratifs	Délais administratifs	Finalement, tout ce qu'on pourrait mettre en place à domicile pour essayer d'évincer le facteur aggravant ou le facteur déclenchant, finalement euh, on se heurte à un rouage administratif qui est pas toujours efficace.
	Obstacles logistiques	Manque de place en institution	. Encore faut-il trouver une place.
	Carences formatives	Méconnaissance solutions	Non, c'est compliqué. Je suis pas sûr qu'il y ait beaucoup de solutions
	Obstacles logistiques	Absence de place pour répit	Il y a pas de place pour des répits aussi, à l'hôpital. On appelle la gériatrie pour un vrai problème gériatrique déjà ça marche, alors juste pour le vieux il puisse se reposer euh...c'est pas possible.
	Obstacles logistiques	Manque de place en institution	Il y a certains EHPAD, à Cargèse ils le font, mais quand ils ont des places quoi. Quand ils ont des places ça se négocie
	Obstacles financiers	Manque de moyen	Et les moyens, ça veut dire une place en institution, ça veut dire mise en place d'aides à domicile rapidement, ça c'est pas possible non plus
	Patient	Isolement / opposition de la PA	le problème c'est que la personne âgée était opposante aux soins, et refuse tous les soins qu'on propose. J'ai mis en place l'infirmier, l'infirmier c'est pareil, ça a tenu trois mois, il l'a mis dehors après. Donc en fait, c'est la personne âgée là pour le coup qui a coupé les ponts avec les aides extérieures
	Carences formatives	Manque de compétence	Comment la prendre en charge, encore moins
	Carences formatives	Manque de formation	On manque de formation, clairement
Solutions proposées	Obstacle financier	Institutions onéreuses	Et puis, les EHPAD c'est 3000 euros par mois quoi, à un moment
	Intervenant dédié	Besoin d'un intervenant dédié	Il nous faut quelqu'un qui gère ce genre de situations, et qu'il y ait les moyens de le gérer. En fait il faudrait qu'il y ait un numéro, en mode euh, il y a ça comme problème, la personne se déplace, visualise le problème, le règle, et fin de l'histoire
	Ressources	Besoin de plus de moyens	Et deuxième point, même si nous on est motivés, et qu'on fait le travail de cette personne-là, ce qui peut arriver, qui arrive même très souvent, il faut qu'on ait les moyens
	Soutien à domicile	Mobilisation des IDE	Les infirmiers, ça pour le coup euh, les infirmiers c'est ceux qu'on mobilise en premier, parce que c'est une ressource facilement mobilisable. Ils sont dispo, on leur dit viens deux fois par semaine à partir de demain, ok, fin de l'histoire. Un coup de fil et ils passent. Donc, finalement, c'est le seul moyen qu'on ait les infirmiers, de faire une présence rapide, c'est remboursé c'est gratuit
	Solutions de répit	Besoin de solutions de répit	Et puis, pour améliorer la prise en charge, euh, il faudrait plus de places en maison de retraite déjà, qu'on accepte de faire des hospitalisations de répit, des trucs comme ça
	Solutions de répit	Besoin de places en EHPAD pour répit	Mais oui, de pouvoir permettre justement aussi de faire des institutionnalisations courtes. Par exemple, dans les situations où l'aidant est en burn out, ça peut être bien de dire bah le vieux on va le mettre trois semaines à l'EHPAD, et au bout de trois semaines il revient à domicile et au moins elle aura soufflé quoi
	Soutien à domicile	Besoin de moyens pour maintien à domicile	Plus de moyens à domicile aussi, les aides à domicile aussi c'est clairement insuffisant quoi
	Soutien à domicile	Systématiser le portage de repas	Euh, systématiser le portage des repas aussi. [...] On pourrait je pense facilement généraliser le portage de repas. Par exemple, j'sais pas, dans les EHPAD il y a bien des cuisiniers, embaucher des cuisiniers et puis, au lieu de faire des repas que pour les résidents, en proposer à domicile.
	Intérêt des VAD	Suivi médical à domicile comme facteur protecteur	Il était pas suivi sur le plan médical, donc j'ai commencé à le suivre à domicile
	Règles en institution	Instaurer une réglementation en EHPAD	... Instaurer des règles dans les EHPAD, une alimentation minimum, une hygiène minimum, il y a pas de règle.
Facteurs de risque	Dépendance	Dépendance logistique comme facteur de vulnérabilité	Après l'alimentation, c'est vrai que c'est compliqué d'aller faire ses courses, d'être dépendant d'autres personnes pour faire ses courses, d'être dépendant d'autres personnes pour cuisiner
	Isolement	Isolement de la PA	Il est pas entouré, à part cette personne qui a beaucoup d'emprise sur lui.
Particularités locales	Proximité familiale	Entourage à domicile, facteur protecteur	Bah la Corse a classiquement la réputation de prendre soin de ses vieux, c'est la réputation qu'elle a, après c'est vrai qu'il y a beaucoup d'entourage à domicile. Beaucoup d'entourage à domicile, donc finalement moins de solitude, donc euh, peut-être finalement moins de raison légitime de s'inquiéter d'une forme de maltraitance
	Pauvreté	Précarité sociale	Beaucoup de pauvreté quand même. Clairement. Donc, problèmes d'aides sociales, problèmes d'alimentation, d'hygiène, tout ce qui en découle quoi.
Ressenti du MG	Impuissance	Sentiment impuissance du MG	Là, si demain je dépiste une situation de maltraitance, honnêtement je sais pas quoi faire. J'ai pas de solution.
	Impuissance	Sentiment impuissance du MG	Et là pour le coup, je vois vraiment plus d'autres solutions. Pour le coup, je suis plus son médecin.
	Pessimisme	Pessimisme concernant les solutions	Il y a aucune chance de réussir, c'est un sujet très très intéressant mais, j pense qu'on n'a aucune chance d'être bon dans ce sujet-là. Enfin je suis désolé je suis pessimiste
	Incompétence	Sentiment incompétence	tu vois je suis même pas capable de te définir la maltraitance déjà, je suis même pas capable de reconnaître les signes

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, Gonthier R, Hébert R, Swine C, et al. Gériatrie pour le praticien [Internet]. 4e édition. Disponible sur: <https://go.exlibris.link/LlwHGIXT>
2. Prévenir et lutter contre la malveillance | handicap.gouv.fr [Internet]. 2017 [cité 19 déc 2024]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/prevenir-et-lutter-contre-la-malveillance>
3. Agir contre les maltraitements | solidarites.gouv.fr | Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. 2015 [cité 19 déc 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/agir-contre-les-maltraitements>
4. Article L119-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 19 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045135272/
5. Maltraitance des personnes âgées [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
6. Définition de la maltraitance - Allo Maltraitance Majeurs Vulnérables [Internet]. Allô maltraitance des personnes âgées et majeures handicapées. [cité 19 déc 2024]. Disponible sur: <https://alma-paris.org/definition-de-la-maltraitance/>
7. Aidant - Aidante : définition | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/aidant-aidante>
8. Aidant familial ou naturel : définition, aides, statut juridique [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.essentiel-autonomie.com/vos-questions-juridiques/aidants-naturels-aidants-familiaux-quelle-definition-quel-statut-juridique>
9. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 19 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
10. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 1 févr 2017;5(2):e147-56.
11. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [Internet]. 2023 [cité 23 déc 2024]. Journée mondiale de lutte contre les maltraitements des personnes âgées : 82% des victimes de maltraitance ont 60 ans et plus – SFGG. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/journee-mondiale-de-lutte-contre-les-maltraitements-des-personnes-agees-82-des-victimes-de-maltraitance-ont-60-ans-et-plus/>
12. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. juin 2015;63(6):1214-38.
13. Maltraitance envers les aînés : connaissances scientifiques et pistes pour intervenir [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/maltraitance-envers-les-aines-connaissances-scientifiques-et-pistes-pour-intervenir>

14. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016;56.
15. Smith C, Nakamura C, Büla C. La maltraitance de la personne âgée. *Forum Med Suisse* [Internet]. 17 mars 2015 [cité 19 déc 2024];15(12). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2015.02226>
16. Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. *Health Care Women Int*. 2012;33(10):973-84.
17. Brozowski K, Hall DR. Aging and risk: physical and sexual abuse of elders in Canada. *J Interpers Violence*. juill 2010;25(7):1183-99.
18. Alqadiri S. Identifying, screening, assessing, and intervening in suspected elder abuse cases; a summary of the literature. 2022;11(2).
19. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *New England Journal of Medicine*. 12 nov 2015;373(20):1947-56.
20. van Houten ME, Vloet LCM, Pelgrim T, Reijnders UJL, Berben SAA. Types, characteristics and anatomic location of physical signs in elder abuse: a systematic review: Awareness and recognition of injury patterns. *Eur Geriatr Med*. févr 2022;13(1):53-85.
21. Wiglesworth A, Austin R, Corona M, Schneider D, Liao S, Gibbs L, et al. Bruising as a marker of physical elder abuse. *J Am Geriatr Soc*. juill 2009;57(7):1191-6.
22. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 déc 2024]. Évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3552118/fr/evaluation-du-risque-de-maltraitance-intrafamiliale-sur-personnes-majeures-en-situation-de-vulnerabilite
23. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of Self-Reported Elder Abuse: A 12-Year Prospective Investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(5):679-85.
24. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*. 5 août 1998;280(5):428-32.
25. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA. Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist*. déc 2002;42(6):734-9.
26. Dong X, Simon MA. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Intern Med*. 27 mai 2013;173(10):911-7.
27. Mauvais traitements envers les aînés [Internet]. [cité 9 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/elder-abuse>
28. Dong X, Chen R, Chang ES, Simon M. Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy--a mini review. *Gerontology*. 2013;59(2):132-42.

29. Brijeux T, Neise M, Zank S. Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factors and consequences. *Z Gerontol Geriatr.* nov 2021;54(Suppl 2):132-7.
30. Brijnath B, Gahan L, Gaffy E, Dow B. « Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help »: Frontline Service Providers' Views on Current Screening Tools for Elder Abuse. *Gerontologist.* 2 avr 2020;60(3):472-82.
31. Taylor BJ, Killick C, O'Brien M, Begley E, Carter-Anand J. Older people's conceptualization of elder abuse and neglect. *J Elder Abuse Negl.* 2014;26(3):223-43.
32. Jackson SL, Hafemeister TL. The impact of relationship dynamics on the detection and reporting of elder abuse occurring in domestic settings. *J Elder Abuse Negl.* 2015;27(2):121-45.
33. Harrell R, Toronjo CH, McLaughlin J, Pavlik VN, Hyman DJ, Dyer CB. How geriatricians identify elder abuse and neglect. *Am J Med Sci.* janv 2002;323(1):34-8.
34. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician.* déc 2012;58(12):1336-40.
35. Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW. Reporting Mistreatment of Older Adults: The Role of Physicians. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1996;44(1):65-70.
36. Santos-Rodrigues RCD, Brandão BML da S, Araújo-Monteiro GKN de, Marcolino E de C, Moraes RM de, Souto RQ. Assessment tools for elder abuse: scoping review. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20220115.
37. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1793-807.
38. Delepiere J, Perrotin S, Mathieu-Sevin C, Université Claude Bernard (Lyon / 1971-....). Revue des outils de dépistage de la maltraitance de la personne âgée et étude de leur faisabilité en médecine générale [Internet]. 2023. p. 1 online resource. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m608659v>
39. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 janv 2025]. Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement - Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social - Personnes majeures. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3549483/fr/bientraitance-et-gestion-des-signaux-de-maltraitance-en-etablissement-mise-en-oeuvre-en-milieu-sanitaire-medico-social-et-social-personnes-majeures
40. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med.* 2005;37(7):481-5.
41. Joubert L, Posenelli S. Responding to a « window of opportunity »: the detection and management of aged abuse in an acute and subacute health care setting. *Soc Work Health Care.* 2009;48(7):702-14.
42. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med.* 2006;4(5):403-9.

43. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl.* 2012;24(1):17-36.
44. Beach SR, Carpenter CR, Rosen T, Sharps P, Gelles R. Screening and detection of elder abuse: Research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. *J Elder Abuse Negl.* 2016;28(4-5):185-216.
45. Reingle Gonzalez JM, Cannell MB, Jetelina KK, Radpour S. Barriers in detecting elder abuse among emergency medical technicians. *BMC Emerg Med.* 2 sept 2016;16(1):36.
46. Patel K, Bunachita S, Chiu H, Suresh P, Patel UK. Elder Abuse: A Comprehensive Overview and Physician-Associated Challenges. *Cureus.* 13(4):e14375.
47. Touza Garma C. Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: An exploratory systematic review. *Psy intervention.* 1 août 2017;26(2):73-91.
48. Rosen T, Stern ME, Mulcare MR, Elman A, McCarthy TJ, LoFaso VM, et al. Emergency Department Provider Perspectives on Elder Abuse and Development of a Novel ED-Based Multi-Disciplinary Intervention Team. *Emerg Med J.* oct 2018;35(10):600-7.
49. Gill JK. Barriers to Help Seeking among Victims of Elder Abuse: A Scoping Review and Implications for Public Health Policy in Canada. *Can J Aging.* sept 2022;41(3):460-75.
50. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *afp.* 15 mars 2014;89(6):453-60.
51. Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry.* févr 1992;43(2):132-6.
52. Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *CMAJ.* 19 mai 2015;187(8):575-81.
53. Castro C, Antunes R, Simoes A, Bernardes C, Fernandes JB. Nursing students' knowledge and attitudes toward older adults. *Front Public Health.* 9 oct 2023;11:1150261.
54. Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *J Clin Nurs.* août 2017;26(15-16):2154-76.
55. Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *J Natl Med Assoc.* mars 2006;98(3):403-4.
56. Chapitre II : Allocation personnalisée d'autonomie (Articles L232-1 à L232-28) - Légifrance [Internet]. [cité 4 nov 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157596/?utm_source=chatgpt.com

57. Leocadie MC, Roy MH, Rothan-Tondeur M. Barriers and enablers in the use of respite interventions by caregivers of people with dementia: an integrative review. *Archives of Public Health*. 22 nov 2018;76(1):72.
58. Cohen SA, Greaney ML. Aging in Rural Communities. *Curr Epidemiol Rep*. 2023;10(1):1-16.
59. Makaroun L, Klima G, Nichols M, Rodriguez K, O'Hare A, Rosland AM. Multidisciplinary Healthcare Providers' Perspectives on Managing Suspected Elder Abuse in the Healthcare Setting. *Innov Aging*. 16 déc 2020;4(Suppl 1):868-9.
60. Older People's Access to Criminal Justice: A Literature Review [Internet]. Older People's Commissioner for Wales. [cité 2 nov 2025]. Disponible sur: <https://olderpeople.wales/older-peoples-access-to-criminal-justice-a-literature-review/>
61. Makaroun LK, Shin N, Hruska KL, Rosen T, Dichter ME, Thorpe CT, et al. Healthcare Clinicians' Perspectives on Managing Suspected Elder Abuse: "We Don't Want to Just Swoop in and Do What We Think Is Best". *Innov Aging*. 10 févr 2025;9(5):igaf012.
62. Galdamez G, Avent E, Rowan J, Wilber KH, Mosqueda L, Olsen B, et al. Elder abuse multidisciplinary teams and networks: understanding national intervention approaches. *Innov Aging*. 11 nov 2018;2(Suppl 1):763.
63. O'Brien JG, Riain AN, Collins C, Long V, O'Neill D. Elder abuse and neglect: a survey of Irish general practitioners. *J Elder Abuse Negl*. 2014;26(3):291-9.
64. Yan E, To L, Wan D, Xie X, Wong F, Shum D. Strategies to build more effective interventions for elder abuse: a focus group study of nursing and social work professionals in Hong Kong. *BMC Geriatr*. 19 déc 2022;22:978.
65. Ayalon L, Lev S, Green O, Nevo U. A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. *Age Ageing*. mars 2016;45(2):216-27.
66. Wagenaar DB, Rosenbaum R, Page C, Herman S. Primary Care Physicians and Elder Abuse: Current Attitudes and Practices. *Journal of Osteopathic Medicine*. 1 déc 2010;110(12):703-11.
67. Bloemen EM, Tietz S, Lindberg DM, Hayes J, Lum H, Gottesman E, et al. Elder Abuse Geriatrics: Describing an Important New Medical Specialist. *J Elder Abuse Negl*. 2024;36(4):367-83.
68. Navarro AE, Wilber KH, Yonashiro J, Homeier DC. Do we really need another meeting? Lessons from the Los Angeles County Elder Abuse Forensic Center. *Gerontologist*. oct 2010;50(5):702-11.
69. Lewis VJ, White V, Hawthorne F, Eastwood J, Mullins R. Addressing elder abuse through integrating law into health: What do allied health professionals at a Community Health Service in Melbourne, Australia, think? *Australas J Ageing*. juin 2020;39(2):e220-5.

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

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 seront 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.

IX. RÉSUMÉ

Titre : Obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée à domicile.

Contexte :

La maltraitance des personnes âgées est un problème de santé publique majeur, encore largement sous-estimé et sous-déclaré. Les médecins généralistes, en première ligne dans le suivi des personnes âgées, occupent une position privilégiée pour repérer et signaler ces situations. Cependant, de nombreux freins limitent leur implication effective dans le dépistage et la prise en charge de la maltraitance à domicile.

Méthode :

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de onze médecins généralistes exerçant en région ajaccienne en Corse-du-Sud. Les entretiens, enregistrés puis retranscrits intégralement, ont été analysés selon une approche thématique inductive jusqu'à saturation des données.

Résultats principaux :

Les médecins interrogés évoquent une pluralité de formes de maltraitance (physique, psychologique, financière, négligences actives ou passives, liés aux soins) mais soulignent la difficulté de leur identification, en raison du manque de spécificité des signes cliniques et contextuels. Les obstacles au dépistage et à la prise en charge identifiés sont multiples : manque de temps, peur de rompre la relation de confiance avec le patient et son entourage, dissimulation des faits par les victimes, troubles cognitifs de la victime, présence d'un aidant en consultation, insuffisance de visites à domicile, absence de formation initiale et continue, incertitude quant à la conduite à tenir et absence d'outils de dépistage validés. Les médecins expriment également un sentiment d'isolement et un manque de relais sociaux, institutionnels et juridiques adaptés.

L'étude met en évidence plusieurs pistes d'amélioration : un meilleur soutien à domicile (aides à domicile, solutions de répit, visites à domicile), la création d'un outil de dépistage validé, le renforcement des ressources humaines et interprofessionnelles (équipes pluridisciplinaires, consultations dédiées, appui social), une formation initiale et continue des praticiens, ainsi qu'une structuration accrue des dispositifs institutionnels et juridiques.

Conclusions et implications :

La maltraitance des personnes âgées demeure un phénomène encore trop peu reconnu en médecine générale, malgré ses conséquences majeures sur la santé et la qualité de vie des patients. Les médecins généralistes, souvent premiers témoins de ces situations, se heurtent à un manque d'outils, de formation et de soutien pour y répondre de manière adaptée.

Cette étude met en évidence la nécessité de renforcer la formation et la sensibilisation des médecins généralistes ainsi que des aidants, de concevoir des outils de repérage simples et adaptés à la pratique de ville, et de clarifier les circuits de signalement afin de favoriser une détection et une prise en charge plus efficaces des situations de maltraitance. Le développement du travail en réseau entre les professionnels du soin, du social et du médico-social, notamment au sein d'équipes pluridisciplinaires, apparaît indispensable pour assurer une approche globale et coordonnée, garantissant une meilleure protection et un accompagnement approprié des personnes âgées concernées.

Mots-clés : Maltraitance des personnes âgées – Dépistage – Prise en charge – Obstacles – Médecine générale – Personne âgée.

ABSTRACT

Title: Barriers to the Detection and Management of Elder Abuse in Older Adults Living at Home

Background:

Elder abuse is a major public health issue that remains largely underestimated and underreported. General practitioners (GPs), who are on the front line in the care of older adults, occupy a key position to identify and report such situations. However, numerous barriers limit their effective involvement in the detection and management of elder abuse at home.

Method:

A qualitative study based on semi-structured interviews was conducted with eleven general practitioners practicing in the Ajaccio region of southern Corsica. The interviews were recorded, fully transcribed, and analyzed using an inductive thematic approach until data saturation was reached.

Main results:

The physicians described various forms of abuse—physical, psychological, financial, neglect (active or passive), and care-related—but emphasized the difficulty of identifying them due to the nonspecific nature of clinical and contextual signs. Multiple barriers to detection and management were identified, including lack of time, fear of damaging the relationship of trust with the patient and their family, concealment of facts by victims, cognitive impairment, the presence of a caregiver during consultations, insufficient home visits, lack of initial and continuing education, uncertainty about how to proceed, and absence of validated screening tools. Physicians also reported a sense of isolation and a lack of adequate social, institutional, and legal support.

The study highlights several areas for improvement, including stronger home support (home care services, respite solutions, home visits), the creation of a validated screening tool, reinforcement of human and interprofessional resources (multidisciplinary teams, dedicated consultations, social support), improved training for practitioners, and better structured institutional and legal frameworks.

Conclusions and implications:

Elder abuse remains a phenomenon that is still insufficiently recognized in general practice, despite its major impact on patients' health and quality of life. General practitioners, often the first witnesses of such situations, face a lack of tools, training, and support to respond effectively. This study underscores the need to strengthen the training and awareness of general practitioners and caregivers, to design simple screening tools adapted to primary care practice, and to clarify reporting procedures in order to improve the detection and management of elder abuse. Developing networking among healthcare, social, and medico-social professionals—particularly through multidisciplinary teams—is essential to ensure a coordinated, comprehensive approach that provides better protection and appropriate support for older adults at risk.

Keywords: Elder abuse – Screening – Management – Barriers – General practice – Older adults.

RÉSUMÉ

Titre : Obstacles au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance de la personne âgée à domicile.

Contexte :

La maltraitance des personnes âgées est un problème de santé publique majeur, encore largement sous-estimé et sous-déclaré. Les médecins généralistes, en première ligne dans le suivi des personnes âgées, occupent une position privilégiée pour repérer et signaler ces situations. Cependant, de nombreux freins limitent leur implication effective dans le dépistage et la prise en charge de la maltraitance à domicile.

Méthode :

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de onze médecins généralistes exerçant en région ajaccienne en Corse-du-Sud. Les entretiens, enregistrés puis retranscrits intégralement, ont été analysés selon une approche thématique inductive jusqu'à saturation des données.

Résultats principaux :

Les médecins interrogés évoquent une pluralité de formes de maltraitance (physique, psychologique, financière, négligences actives ou passives, liés aux soins) mais soulignent la difficulté de leur identification, en raison du manque de spécificité des signes cliniques et contextuels. Les obstacles au dépistage et à la prise en charge identifiés sont multiples : manque de temps, peur de rompre la relation de confiance avec le patient et son entourage, dissimulation des faits par les victimes, troubles cognitifs de la victime, présence d'un aidant en consultation, insuffisance de visites à domicile, absence de formation initiale et continue, incertitude quant à la conduite à tenir et absence d'outils de dépistage validés. Les médecins expriment également un sentiment d'isolement et un manque de relais sociaux, institutionnels et juridiques adaptés.

L'étude met en évidence plusieurs pistes d'amélioration : un meilleur soutien à domicile (aides à domicile, solutions de répit, visites à domicile), la création d'un outil de dépistage validé, le renforcement des ressources humaines et interprofessionnelles (équipes pluridisciplinaires, consultations dédiées, appui social), une formation initiale et continue des praticiens, ainsi qu'une structuration accrue des dispositifs institutionnels et juridiques.

Conclusions et implications :

La maltraitance des personnes âgées demeure un phénomène encore trop peu reconnu en médecine générale, malgré ses conséquences majeures sur la santé et la qualité de vie des patients. Les médecins généralistes, souvent premiers témoins de ces situations, se heurtent à un manque d'outils, de formation et de soutien pour y répondre de manière adaptée.

Cette étude met en évidence la nécessité de renforcer la formation et la sensibilisation des médecins généralistes ainsi que des aidants, de concevoir des outils de repérage simples et adaptés à la pratique de ville, et de clarifier les circuits de signalement afin de favoriser une détection et une prise en charge plus efficaces des situations de maltraitance. Le développement du travail en réseau entre les professionnels du soin, du social et du médico-social, notamment au sein d'équipes pluridisciplinaires, apparaît indispensable pour assurer une approche globale et coordonnée, garantissant une meilleure protection et un accompagnement approprié des personnes âgées concernées.

Mots-clés : Maltraitance des personnes âgées – Dépistage – Prise en charge – Obstacles – Médecine générale – Personne âgée.