

Chaque professionnel peut y être confronté dans sa pratique clinique

La maltraitance de la personne âgée

Cindi Smith, Christophe Nakamura, Christophe Büla

Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Introduction

Bien que la violence envers les aînés ait toujours existé, ce n'est que récemment que la maltraitance envers les personnes âgées devient un thème de préoccupation pour le système de santé. Les premiers articles médicaux abordant le sujet ont été publiés en 1975 et depuis lors, leur nombre ne cesse d'augmenter. A l'aide d'une vignette clinique, cet article va reprendre les questions que l'on peut se poser lors d'une consultation de routine. Il va aussi proposer une approche structurée pour la prise en charge de la maltraitance.

Vignette clinique

Mme Rouge est une patiente âgée de 88 ans connue pour une hypertension artérielle et une polyarthrose. Elle est admise aux urgences suite à une chute avec impotence fonctionnelle. Elle est accompagnée de sa fille qui paraît irritée et brusque avec sa mère. A l'examen clinique, elle présente un hématome au niveau de la hanche gauche ainsi qu'une escarre sacrée de stade III avec un pansement sale.

Pourrait-il s'agir d'un cas de maltraitance?

Il existe de nombreuses définitions de la maltraitance qui diffèrent selon les pays et les cultures. Si l'on se réfère à celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maltraitance est un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance et qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime [1].

La maltraitance n'est pas si rare et chaque professionnel peut y être confronté ou en être l'auteur dans sa pratique clinique. Une revue de littérature indique qu'entre 3,2 et 27,5% de la population âgée dans le monde seraient concernées par l'une ou l'autre forme de maltraitance [2]. En Europe, les taux de prévalence rapportés, toute forme de maltraitance confondue, varient de 2,2% dans une étude irlandaise [3] à 23,8% dans une étude autrichienne [4]. Aucune étude épidé-



miologique de grande envergure n'existe en Suisse sur le sujet. Bien que très peu de situations soient signalées à la police et à la justice (entre 1 cas sur 5 à 1 cas sur 14 selon les études américaines) [5], tout laisse à penser que la situation suisse est similaire à celle des autres pays industrialisés.

Malgré cette – relative – fréquence, nous nous sentons le plus souvent inconfortables face à une situation de maltraitance potentielle, en raison notamment du manque de temps et d'habitude pour aborder, évaluer, et prendre en charge de façon structurée une telle situation.

A ce stade, il est évidemment difficile de se prononcer si l'on n'approfondit pas l'évaluation de la situation de Mme Rouge. Elle nous apprend qu'elle est tombée en voulant se lever du fauteuil et n'a pu se relever. Elle dit qu'elle vit avec sa fille qui est à l'AI, qu'elle n'a pas besoin de CMS car sa fille s'occupe déjà de tout malgré ses difficultés à elle (dépression). De son côté, la fille ajoute qu'elle voudrait juste qu'on soulage sa maman si elle n'a pas de fracture pour pouvoir la ramener rapidement à la maison. La patiente est cachectique, paraît déshydratée et manque d'hygiène.

A quel type de maltraitance sommes-nous potentiellement confrontés?

Les différents types de maltraitance qui existent sont décrits dans le tableau 1 [1].

La reconnaissance des signes et symptômes en lien avec ces différents types de maltraitance est essentielle pour en cerner l'existence et définir ensuite un plan d'intervention personnalisé pour les patients. Plusieurs types de maltraitance peuvent aussi coexister dans une même situation.

Une étude incluant 4467 personnes âgées de plus de 60 ans vivant dans plusieurs pays européens a investigué la prévalence des différents types de maltraitance: 19,4% des participants ont souffert de maltraitance psychologique, 3,8% d'abus financiers, 2,7% de maltraitance physique et 0,7% d'abus sexuels [6].

A ce stade, différents éléments nous laissent suspecter que Mme Rouge pourrait être victime de maltraitance: état de cachexie, déshydratation, manque d'hygiène corporelle, escarre sacrée profonde pourraient être des éléments suspects qui doivent faire évoquer la possibilité d'une négligence.

Tableau 1: Les différents types de maltraitance et leurs caractéristiques (adapté de [1]).

Types de maltraitance	Caractéristiques	Exemples
Financière ou matérielle	Utilisation illégale ou illicite de fonds ou de ressources, exploitation.	Utilisation abusive de la rente AVS, vol de carte bancaire, transferts forcés d'argent de comptes...
Négligence ou abandon	Refus intentionnel ou non ou échec du soignant de répondre aux besoins pour assurer le bien-être de la personne âgée.	Privation de nourriture, de vêtements, d'un toit, de soins médicaux, hygiène, ou de stimulation/interaction sociale.
Physique	Imposition de douleurs ou blessures.	Gifler, pincer, griffer, donner un coup de pied, forcer, frapper...
Psychologique	Imposition d'une pression psychologique, d'une angoisse mentale.	Agression verbale ou menaces, menaces de placement, privation de contact avec les petits-enfants, humiliation, infantilisation...
Sexuelle	Contact génital non consenti, acte sexuel non consenti, exposition à la pornographie.	Conversation déplacée, acte sexuel forcé, attouchement...

Dans cette histoire, qu'est-ce qui devrait nous alerter et renforcer la suspicion?

Il est très difficile de faire la part des choses. Dans une telle situation, différents facteurs de risques liés à la personne âgée, à l'auteur potentiel de maltraitance et à l'environnement peuvent venir renforcer une suspicion de maltraitance.

Des évidences scientifiques existent pour certains facteurs de risque (tab. 2) [5, 7]. Par exemple, on sait que la cohabitation est un facteur de risque majeur pour différents types de maltraitance car les opportunités de contact et de tension sont plus fréquentes. Inversement, la victime de maltraitance financière vit le plus souvent seule.

La maltraitance physique se retrouve le plus souvent chez les patients atteints de démence. En effet, ces patients peuvent présenter des comportements agressifs ou oppositionnels qui génèrent stress et désespoir chez le proche, et peuvent le pousser à la violence. De même, l'isolement social ou l'éloignement de sa famille est un facteur de risque pour une personne âgée car l'isolement entraîne une situation de vase clos favorisant, en cas de difficultés, les comportements illégitimes cachés.

Abus d'alcool et maladies mentales (dépression en particulier) sont fréquents chez l'auteur. De même, les abuseurs sont souvent fortement dépendants émotionnellement ou financièrement de leur victime.

Finalement, la dépendance fonctionnelle de la victime ou une instabilité dans son état de santé en général sont des facteurs de risque plausibles de maltraitance même si un tel lien n'a pu être établi scientifiquement.

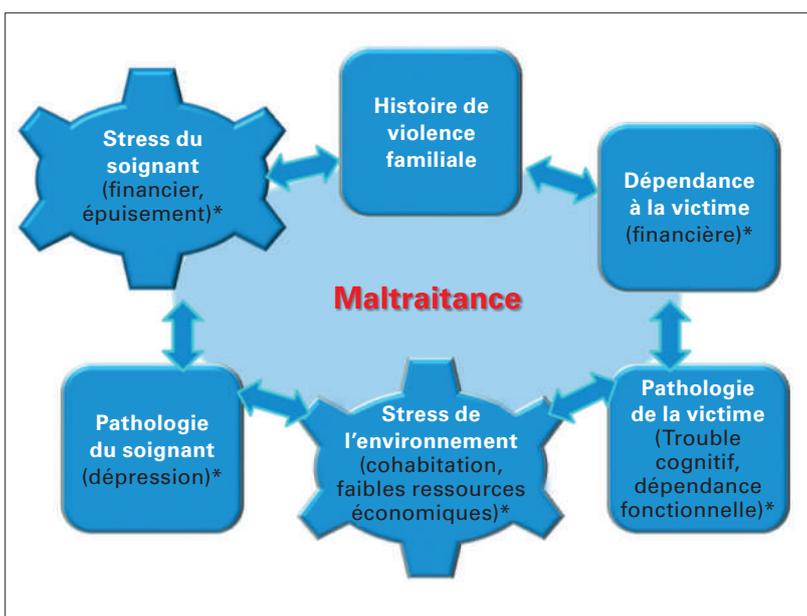


Figure 1: Modèle décrivant les interactions possibles entre les facteurs de risque liés à la victime, à l'auteur, l'environnement et la dynamique relationnelle.

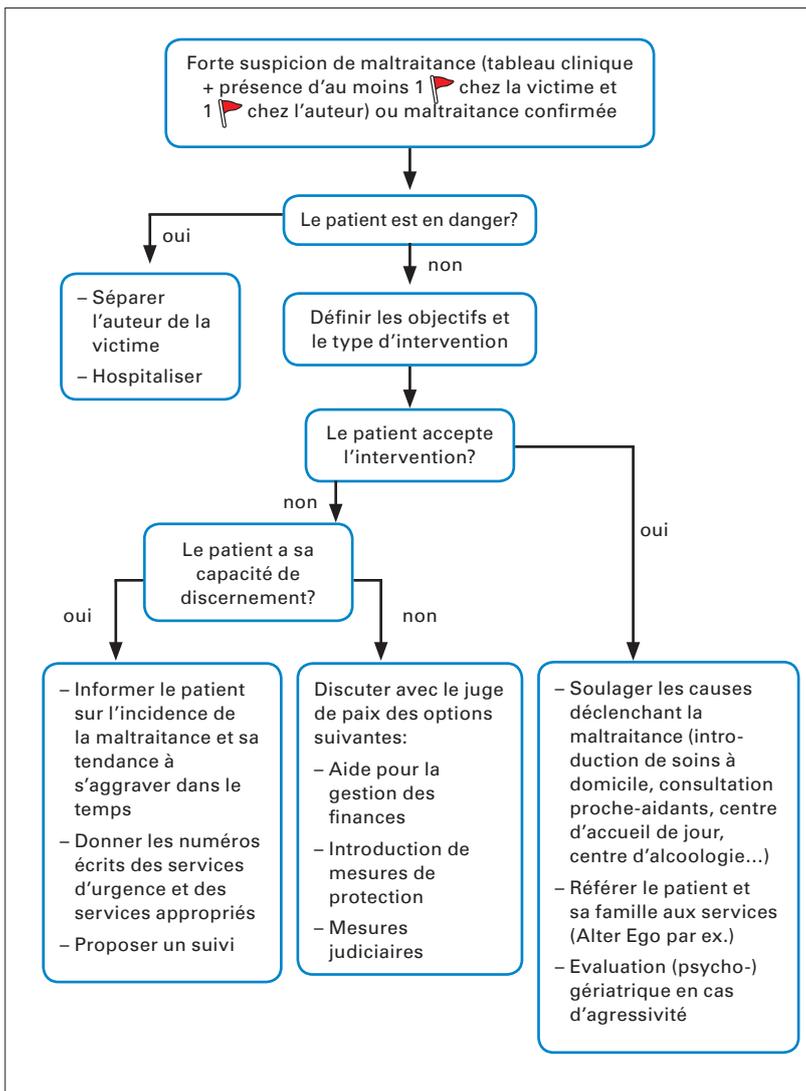
* éléments observés dans la situation de Mme Rouge.

Dans la situation de Mme Rouge, la cohabitation avec une fille qui souffre de dépression et se comporte avec brusquerie envers sa mère, l'isolement et la dépendance fonctionnelle de la patiente sont autant d'éléments qui renforcent la suspicion. D'autres informations doivent être maintenant recherchées.

Tableau 2: Facteurs de risque de maltraitance chez la personne âgée.

🚩 = drapeau rouge (adapté de [1]).

Facteurs de risque liés à la victime	Mauvais état de santé et dépendance fonctionnelle 🚩 Troubles cognitifs 🚩 Comportement agressif 🚩 Comportement oppositionnel Antécédents de maltraitance et violence conjugale
Facteurs de risque liés à l'auteur	Consommation de drogue et d'alcool 🚩 Maladies mentales (surtout dépression) 🚩 Epuisement Antécédents de maltraitance et transmission intergénérationnelle Facteurs externes: événements de vie (chômage, divorce...), problèmes financiers
Facteurs de risque liés à la dynamique relationnelle	Dépendance financière, émotionnelle, ou pour le logement de l'auteur envers la victime
Facteurs de risque liés à l'environnement et à la culture	Cohabitation (sauf abus financier) 🚩 Isolement social 🚩 Facteurs socio-économiques (pauvreté...) Discrimination (selon l'âge, sexisme, racisme) Culture de la violence (normalisation de la violence)

**Figure 2:** Algorithme de prise en charge d'une personne âgée victime de maltraitance.

🚩 = drapeau rouge [7, 8].

Quelles informations supplémentaires faut-il recueillir et comment?

Il est parfois difficile de faire la part des choses en présence de signes compatibles avec une maltraitance. Pour préciser encore la suspicion, une anamnèse dirigée avec prudence et respectant quelques règles permet de recueillir des informations supplémentaires [8, 9].

Tout d'abord, patient(e) et auteur suspecté doivent être interrogés seuls et séparément, de façon à créer une relation de confiance, réduire les réticences liées à la peur de représailles, d'abandon, ou au sentiment de honte. Dans le cas de Mme Rouge, le médecin peut poser d'abord une question ouverte telle que «Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé?» ou «Vous souvenez-vous comment vous êtes-vous blessée?» puis des questions plus dirigées telles que «Vous sentez-vous en sécurité à la maison?; Avez-vous peur de quelqu'un à la maison?; Avez-vous déjà signé des documents que vous ne compreniez pas?; Qui vous aide pour les finances ou pour la préparation des repas?». Les questions plus ciblées et spécifiques aux types de maltraitance suspectées viennent ensuite.

L'anamnèse auprès de l'auteur présumé est plus difficile. Il est important d'éviter la confrontation, de faire preuve d'empathie et de compréhension tout en ayant conscience que l'auteur de maltraitance peut souffrir tout autant que l'ainé dans les situations de maltraitance: «Vous occuper de votre maman qui a des problèmes de mémoire doit être très difficile. Comment faites-vous? Vous énervez-vous parfois?». Il est important aussi d'identifier les facteurs de stress spécifiques à chaque situation qui ont tendance à provoquer la maltraitance (par exemple, les troubles du comportement liés à la démence ou les disputes concernant des aspects financiers).

L'information recueillie concernant le déroulement de certaines activités quotidiennes de base (hygiène, habillage) et instrumentales (commissions, finances, médicaments) permettent aussi d'identifier des aires de conflit pouvant mener à des comportements maltraitants.

La dynamique entre facteurs de risque liés à la victime, à l'auteur, à l'environnement, et à l'histoire familiale est décrite dans la figure 1 [10].

A l'anamnèse, Mme Rouge répète qu'elle est tombée parce qu'elle n'avait pas sa canne et qu'elle a perdu du poids parce qu'elle a peu d'appétit à cause de son grand âge.

Elle dit qu'elle se sent bien chez elle et ne veut surtout pas aller en EMS. A l'hétéro-anamnèse, sa fille dit qu'elle doit s'occuper de sa maman depuis environ 2 ans car, à cause de ses problèmes de mémoire, celle-ci ne fait plus rien seule sans être stimulée. Elle reste la plupart du temps dans son fauteuil et dort énormément.

ment. Elle doit l'aider pour se laver et s'habiller, lui donner ses médicaments mais si elle l'oblige à faire quelque chose, sa maman se fâche, résiste et peut même parfois devenir agressive. Elle se dit enfin fatiguée, déprimée par cette charge supplémentaire mais que depuis qu'elle a un copain qui vient souvent à la maison, c'est plus facile pour elle de gérer la situation.

A quoi d'autre faut-il être attentif à l'examen clinique?

Les tableaux cliniques spécifiques sont plutôt rares. Le diagnostic de maltraitance doit être considéré lorsqu'une personne âgée se présente avec des blessures multiples à des stades d'évolution différents, ou inexplicables ou lorsque les explications données ne sont pas plausibles ou difficilement explicables médicalement. De même, le diagnostic de maltraitance par négligence doit être considéré lorsqu'un patient dépendant, qui a des ressources adéquates et qui dispose d'un aidant, se présente avec une dénutrition sévère, une hygiène très négligée ou des besoins médicaux non remplis (escarre négligée par exemple).

La difficulté réside à la fois dans le fait que les symptômes de maltraitance ne sont pas toujours visibles et sont généralement non spécifiques, pouvant être attribués à d'autres causes. Par exemple, les signes cliniques tels que contusion, hématome, fractures peuvent résulter d'une maltraitance mais également d'une chute; une hygiène négligée est fréquemment présente lors d'une démence, indépendamment ou pas de la présence d'une maltraitance.

Le tableau 3 répertorie quelques exemples de situations cliniques pouvant suggérer une maltraitance/négligence chez la personne âgée.

Il est important de souligner ici que l'évaluation cognitive est centrale, à la fois comme facteur de risque de maltraitance, mais aussi en vue d'évaluer la capacité de discernement.

Tableau 3: Quelques exemples de situations cliniques qui pourraient suggérer une maltraitance chez la personne âgée.

Personne âgée qui

- Visite fréquemment les urgences pour décompensation cardiaque sans cause organique retrouvée malgré un traitement adéquat assuré par le proche.
- Souffre de démence et se présente seule aux urgences ou, au contraire, avec un proche envahissant.
- Est très dépendante mais dont le proche aidant refuse l'aide proposée ou le placement alors qu'il se dit épuisé.
- Présente de multiples blessures (contusions, fractures, hématomes) sans explication plausible.
- Présente une maladie sexuellement transmissible inexplicée.
- Ne peut soudainement plus s'acheter ses médicaments ou ne dispose pas de moyens auxiliaires adaptés.
- Présente un changement inexplicé de comportement (dépression, apathie...) qui dit que tout le monde l'infantilise ou veut la placer.

Mme Rouge présente des troubles cognitifs à l'examen de dépistage (MMSE 19/30) et s'est montrée agressive à plusieurs reprises lors de l'examen clinique clamant qu'elle ne veut pas aller en EMS.

Quelle prise en charge peut-on envisager?

Prendre en charge une situation de maltraitance revient à concilier des objectifs immédiats de protection, d'assistance et des soins médicaux, et plus lointain de prévention d'autres blessures ou abus, tout en sachant rester objectif et neutre, afin d'essayer d'établir ou maintenir une alliance thérapeutique avec le patient, l'auteur présumé, et leur entourage. Les cas de maltraitance confirmée doivent être rapportés aux autorités compétentes.

La figure 2 propose un algorithme de prise en charge en cas de forte suspicion de maltraitance ou lorsque celle-ci est confirmée [8, 9].

Si le patient est en danger immédiat, il faut séparer le patient de l'auteur présumé. Une hospitalisation en urgence est parfois la seule option et se justifie, d'autant plus si le patient a besoin de soins médicaux immédiats. Dans le cas contraire, après avoir défini les objectifs de la prise en charge et le type d'intervention, il faut demander au patient s'il accepte une intervention. Si oui, lui proposer alors des interventions adaptées au contexte et à ses besoins. Par exemple, si le patient a besoin de beaucoup de soins de base (aide à la toilette, à l'habillage), on peut proposer au soignant des aides à domicile (CMS) ou un accueil de jour à but de décharge et de répit. Si la difficulté est liée à l'agressivité dans la démence, une évaluation gériatrique ou psycho-gériatrique peut être proposée.

Si le patient refuse les interventions proposées mais a sa capacité de discernement, sa volonté doit être respectée. Il est important alors de l'informer de ses droits, de lui remettre des numéros en cas d'urgence, de se rendre disponible si besoin et de prévoir un suivi. Si le patient n'a pas sa capacité de discernement, il faut signaler la situation au juge de paix en vue d'une mesure de protection.

Cet algorithme illustre l'importance d'un travail en équipe. Aucun professionnel ne devrait rester isolé pour prendre en charge une situation de maltraitance. A cette fin, la collaboration entre les professionnels des secteurs sanitaire (médicaux, infirmiers, autres paramédicaux, santé mentale), social, et juridique et judiciaires doit être mobilisée le cas échéant, ce qui permet de conjuguer les différentes compétences et sélectionner les interventions les plus adaptées. Certaines associations comme Alter Ego peuvent venir en appui pour l'analyse de situations potentielles de maltraitance (<http://www.alter-ego.ch>).

La figure 3 illustre un exemple possible de collaboration entre différents intervenants et leur rôle respectif [8]. Sans une évaluation de l'auteur et du contexte biopsychosocial, l'impact de toute intervention est limitée et moins susceptible de briser le cercle de la violence.

Le but de toute prise en charge d'une personne âgée vise en général le maintien de l'indépendance. Malheureusement, cet objectif n'est pas toujours réaliste quand l'auteur présumé de la maltraitance est le proche aidant. Si les interventions ne permettent pas de stopper la violence, le placement en institution peut améliorer la qualité de vie et constituer la moins mauvaise solution.

Tableau 4: Elder Abuse Suspicion Index (EASI). Le patient peut répondre (oui), (non), ou (ne sait pas). Une réponse (oui) à plus d'une question de 2 à 6 doit faire suspecter une maltraitance (sensibilité 45%, spécificité 75%) [15].

1. Avez-vous besoin d'aide pour l'une de ces activités: vous doucher, vous habiller, faire les commissions, gérer vos finances ou préparer les repas?
2. Quelqu'un vous a-t'il déjà empêché d'avoir de la nourriture, des vêtements, des médicaments, vos lunettes, vos appareils auditifs ou des soins médicaux ou vous avoir empêché d'être des gens avec lesquels vous vouliez être?
3. Avez-vous déjà été contrarié par une personne qui vous a parlé d'une façon menaçante ou qui vous a rendu honteux?
4. Quelqu'un vous a-t'il forcé à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre gré?
5. Quelqu'un vous a-t'il déjà fait peur, touché d'une façon inappropriée ou blessé physiquement?
6. Au médecin: la maltraitance peut être associée à des signes tels qu'un faible contact visuel, le retrait, la malnutrition, une mauvaise hygiène, des coupures, contusions, habillement inadéquat ou des problèmes de compliance médicamenteuse. Avez-vous remarqué l'un de ces signes au cours des 12 derniers mois?

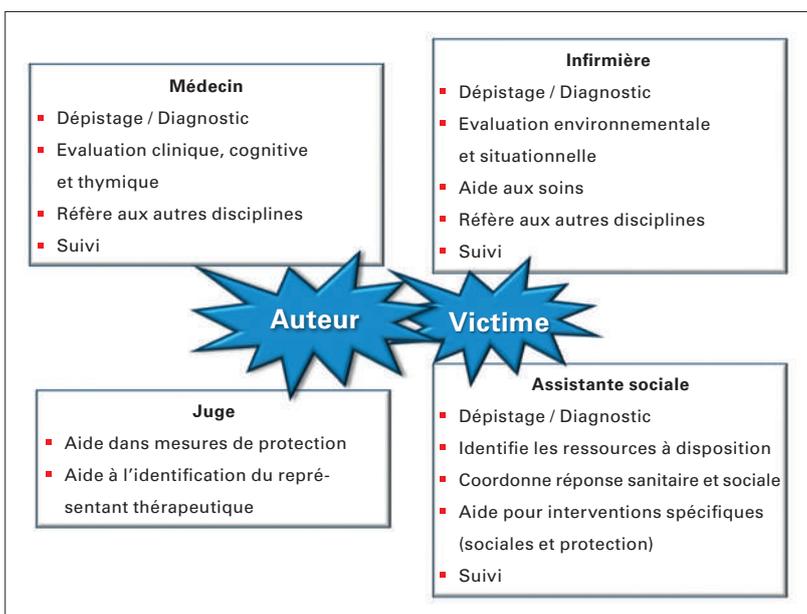


Figure 3: Rôles des différents intervenants dans la prise en charge de la personne âgée victime de maltraitance [8].

A quoi s'attendre comme évolution?

L'éventail des conséquences varie, allant d'une atteinte de certains déterminants de la qualité de vie (psychologique avec la dépression, fonctionnel avec perte de mobilité, l'isolement social) jusqu'à des conséquences potentiellement dévastatrices (abus de protection, institutionnalisation) [11, 12].

Une étude longitudinale de personnes âgées a observé que la maltraitance était associée à un risque trois fois plus élevé de décéder à 3 ans. A 13 ans de suivi, seuls 9% des maltraités étaient encore en vie comparés aux 41% qui en ont été épargnés [11, 12]. La maltraitance est aussi associée à un risque accru de dépression et d'institutionnalisation pour la victime. La fréquentation du service des urgences est 2x plus importante que chez les patients du même âge non maltraités.

Finalement, la fille de Mme Rouge accepte l'intervention régulière du CMS à domicile et des mesures de protection financière sont instaurées.

Cette situation de maltraitance aurait-elle pu être dépistée plus tôt?

Les cas de maltraitance ne sont pas rares, même si seul un faible nombre de personnes âgées rapportent en être victimes, souvent par peur de représailles, ou parce qu'elles n'en sont pas capables en raison des troubles cognitifs. La responsabilité de détecter les cas de maltraitance incombe donc aux professionnels des secteurs sanitaires et sociaux.

Les avis divergent sur la question du dépistage systématique, allant d'une position neutre [13] à la recommandation d'un dépistage de routine [14].

Parmi les outils de dépistage validés, l'*Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) peut être utilisé pour le dépistage auprès de patients âgés sans atteinte cognitive (tab. 4) [5, 15]. Ce test a l'avantage d'être bref (2 minutes) mais ses performances clinimétriques sont modestes (sensibilité 47%, spécificité 75%) [15]. Le dépistage par des drapeaux rouges est donc une alternative intéressante. A minima, dans toute situation où il existe des drapeaux rouges, l'important est au final de s'organiser un moment avec la victime potentielle.

En conclusion, les situations de maltraitance sont probablement plus fréquentes qu'il n'y paraît. mais les barrières que nous ressentons et la crainte d'identifier à tort une situation nous rendent extrêmement réservés face à ce problème. Les situations de maltraitance sont complexes, et nécessitent de mobiliser des ressources et susciter des collaborations qui

Correspondance:
Cindi Smith
Service de Gériatrie &
Réadaptation gériatrique
Mont Paisy 16
CHUV
CH-1011 Lausanne
cindi.smith[at]chuv.ch

dépassent celles du secteur médical traditionnel. Le risque d'ignorer une situation de maltraitance peut néanmoins aussi mener à des conséquences importantes pour la personne qui en est victime, ce qui devrait nous encourager à rester vigilant en présence de drapeaux rouges.

Financement / Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

L'essentiel pour la pratique

- En cas de suspicion de maltraitance, il est important de réaliser une anamnèse séparée du patient âgé et de l'auteur présumé.
- Poser 2 questions clés: Vous sentez-vous en sécurité à la maison? Avez-vous peur de quelqu'un à la maison?
- Le but de la démarche vise à faire entrer un regard extérieur par un professionnel.
- Face à une confirmation de maltraitance, instaurer des mesures de protection tout en prenant en compte la perspective de la victime et de l'auteur présumé.
- Si l'intégrité physique est menacée, l'hospitalisation et l'institutionnalisation sont parfois les moins mauvaises solutions, même si elles ne sont pas souhaitées par la victime.

Références

- 1 Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, et al. (2011). European report on preventing elder maltreatment. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- 2 Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008; 37: 151–160.
- 3 Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age Ageing*, 2011;41: 98-103.
- 4 Lang, G., & Enzenhofer, E. Prevalence study of abuse and violence against older women: results of the Austrian survey (AVOW Project). 2011.Vienne: Research Institute of the Red Cross.
- 5 Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med* 2013; 29: 257–73.
- 6 Soares J. J., Barros H., Torres-Gonzales, F., et al. Abuse and health among elderly in Europe. Lithuanian University of Health Sciences Press 2010.
- 7 Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 333: 437
- 8 Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet*. 2004;364:1263–72.
- 9 Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453–60.
- 10 Gordon RM, Brill D. The abuse and neglect of the elderly. *Int J Law Psychiatry*. 2001; 24:183–97.
- 11 Lachs MS, William CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder abuse. *JAMA* 1998; 280: 428–43.
- 12 Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*. 2005; 21:293–313.
- 13 Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 478–86.
- 14 American Medical Association. Family and intimate partner violence. Dec 2013.
- 15 Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 2008;20:276–300.