



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S - MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Facteurs influençant le dépistage de la maltraitance des
personnes âgées par les médecins généralistes des
Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 3 avril 2026 à
14h00 au *Pôle Formation*

par Nawelle DOULAMI

JURY

Président :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesneur :

Madame la Docteure Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

- **ACCT** : *Assessment of Capacity to Consent to Treatment*
- **CCAS** : Centre communal d'action sociale
- **CCTI** : *Capacity to Consent to Treatment Instrument*
- **CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- **COREQ** : *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*
- **DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- **DPO** : Délégué à la protection des données (*Data Protection Officer*)
- **EASI** : *Elder Abuse Suspicion Index*
- **EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **HAD** : Hospitalisation à domicile
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **IPA** : Infirmier(ère) en pratique avancée
- **MacCAT** : *MacArthur Competence Assessment Tool*
- **MMS** : Mini-Mental State
- **MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle
- **PE** : Participant entretien (PE1 à PE9)
- **QR** : *Quick Response* (QR code)
- **RCP** : Réunion de concertation pluridisciplinaire

Table des matières

Remerciements	3
Abréviations	6
RÉSUMÉ	9
1 INTRODUCTION	11
2. MATERIEL ET METHODES	12
3. RESULTATS	15
I. Un dépistage complexe	16
A. Un flou conceptuel	16
B. L'état cognitif du patient.....	17
C. Une connaissance incomplète.....	18
D. La présence de l'entourage du patient pendant la consultation.....	20
II. La perception de la maltraitance	22
A. Le tabou de la maltraitance par le médecin	22
B. Le tabou de la maltraitance par le patient.....	23
C. La banalisation de la maltraitance par le médecin.....	23
D. La banalisation par le patient.....	26
E. La banalisation par la société.....	26
III. Le système de santé	27
A. Le médecin généraliste.....	27
B. Les aides et infirmiers à domicile.....	29
C. Le milieu hospitalier.....	30
D. Les relais sociaux et juridiques.....	32
E. L'institutionnalisation.....	33
IV. Les conséquences du dépistage selon le médecin	34
A. Conséquences pour le patient.....	34
B. Conséquences pour le médecin.....	36

V. Les leviers d'amélioration du dépistage.....	38
A. Développer la coordination interprofessionnelle.....	38
B. La reconnaissance d'un temps dédié au dépistage.....	39
C. Le renforcement de la formation et la sensibilisation.....	40
D. Le recours à des protocoles et outils standardisés.....	41
4.DISCUSSION.....	44
I. Synthèse des principaux résultats.....	44
II. Interprétation des résultats et mise en lien avec la littérature.....	45
A. Un dépistage reposant sur une appréciation subjective.....	45
B. Une maltraitance difficile à nommer : entre tabou et banalisation.....	50
C. Les contraintes organisationnelles comme frein majeur au dépistage..	53
D. Les conséquences anticipées du dépistage : un processus perçu comme à risque.....	57
III. Forces et limites de l'étude.....	60
IV. Bilan et perspectives.....	61
5. CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES	70

RÉSUMÉ

Contexte :

La maltraitance des personnes âgées constitue un enjeu majeur de santé publique, encore largement sous-déTECTÉ en soins primaires. Les médecins généralistes, en raison de leur rôle de premier recours et du suivi longitudinal qu'ils assurent auprès des patients âgés, occupent une position privilégiée pour en assurer le repérage. Toutefois, les déterminants de ce repérage restent encore insuffisamment décrits. L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs influençant le dépistage de la maltraitance des personnes âgées par les médecins généralistes.

Méthode :

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés à l'aide d'une grille d'entretien, menés auprès de neuf médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. Les entretiens ont été intégralement retranscrits, puis analysés selon une méthode d'analyse inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats :

Le dépistage de la maltraitance repose principalement sur le jugement clinique des médecins généralistes, en raison d'un recours limité à des repères pourtant existants. Le caractère sensible de ces situations, les troubles cognitifs du patient et la crainte des conséquences du signalement compliquent leur identification et limitent l'engagement dans ces démarches.

Discussion et conclusion :

Ces résultats suggèrent que le repérage de la maltraitance en médecine générale dépasse le cadre strictement clinique et s'inscrit dans un contexte d'incertitude décisionnelle. Le développement d'outils de repérage standardisés, d'une formation spécifique et de relais identifiés pourrait soutenir les médecins généralistes dans la gestion de ces situations en pratique courante.

1. INTRODUCTION

La maltraitance envers les personnes âgées constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique, au croisement d'enjeux médicaux, sociaux et éthiques. Selon les estimations internationales, près d'une personne âgée de plus de soixante ans sur six vivant à domicile a été victime d'au moins une forme de maltraitance au cours de l'année écoulée, (1) bien que seule une fraction des situations soit effectivement signalée aux services sociaux. (2) (3) En France, le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dans les prochaines décennies.(4) Parallèlement, les politiques publiques tendent à privilégier le maintien à domicile, en réponse au souhait majoritaire des Français de vieillir chez eux. (4)

La maltraitance peut revêtir des formes multiples : physique, psychologique, sexuelle, de négligence ou financière. (5) (6) Une méta-analyse internationale rapporte que les violences psychologiques constituent la forme la plus fréquente de maltraitance chez les personnes âgées, (1) soulignant la difficulté d'identification de situations souvent insidieuses et chroniques. En effet, ces formes de violence sont particulièrement difficiles à dépister car elles surviennent souvent en l'absence de signes physiques visibles, (7) et ne présentent pas d'indicateurs clairs pour les praticiens. (8) (9) (10)

Dans ce contexte, les médecins généralistes occupent une position stratégique, du fait de leur rôle de premier recours et de la relation longitudinale qu'ils entretiennent avec leurs patients âgés. Plusieurs études ont mis en évidence des difficultés persistantes dans le repérage de la maltraitance par les professionnels de santé de premier recours, liées notamment à un manque de formation spécifique, à des contraintes organisationnelles ou

encore à la complexité des dynamiques familiales impliquées. (11) (12) (7) Toutefois, l'influence de ces obstacles sur les pratiques de dépistage en médecine générale reste encore insuffisamment caractérisée, notamment dans le contexte de soins primaires français.

Dans un contexte de vieillissement accéléré de la population et de transformation des parcours de soins, le dépistage de la maltraitance des personnes âgées apparaît ainsi comme un défi central pour la médecine générale. Dès lors, il semble essentiel de mieux comprendre les facteurs influençant les pratiques de repérage par les médecins généralistes. Que font les médecins généralistes pour dépister cette maltraitance ? L'objectif de cette étude était donc d'explorer les déterminants du dépistage de la maltraitance des personnes âgées par les médecins généralistes.

2. MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisée auprès de neuf médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France.

La méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été choisie afin d'explorer l'interaction des différents facteurs influençant le dépistage de la maltraitance des personnes âgées par les médecins généralistes.

L'étude a été menée par une investigatrice unique.

Cette thèse est basée sur les critères de la grille COREQ. (*Annexe 1*)

II. Population étudiée

Pour être inclus dans cette étude, il était nécessaire d'être médecin généraliste installé dans les Hauts-de-France.

Le recrutement a été réalisé par échantillonnage théorique. Le recrutement initial du premier entretien s'est appuyé sur un médecin connu de l'investigatrice puis s'est élargi en fonction des caractéristiques recherchées.

Les caractéristiques des médecins généralistes ont été orientées par la théorie au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation théorique des données, confirmées par deux entretiens supplémentaires, dits de consolidation, n'apportant aucune nouvelle donnée.

III. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par enregistrement audio après consentement oral au cours d'entretiens individuels entre l'investigatrice et les médecins interviewés. Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel entre janvier et novembre 2025 au cabinet des médecins généralistes interviewés.

Les entretiens ont été réalisés selon un guide d'entretien réalisé au préalable. Une première ébauche du guide d'entretien a été rédigée grâce à une étude de la bibliographie. (*Annexe 2*) La recherche bibliographique a été réalisée dans les bases de données PubMed et Google Scholar à l'aide des mots-clés suivants « elder abuse », « family physician » « elderly » « general practitioner ».

Ce guide était évolutif, il a été modifié grâce aux nouveaux éléments apportés par l'analyse des précédents entretiens afin d'obtenir un guide d'entretien final. (*Annexe 3*)

Les entretiens ont été enregistrés, anonymisés et retranscrits intégralement selon la procédure du délégué à la protection des personnes (DPO).

IV. Analyse des données

L'intégralité des entretiens a été retranscrite sur le logiciel Microsoft Excel®. (*Annexe 4*)

Les participants se sont vu attribuer un numéro avec le codage suivant : PE1, PE2, PE3...PE9.

Une triangulation des données a été réalisée pour les six premiers entretiens par une autre interne de médecine qui réalisait elle-même une thèse qualitative de médecine générale.

L'analyse des données a ensuite été réalisée avec le logiciel Microsoft Excel® pour réaliser un codage afin d'établir pour les extraits de verbatim des propriétés et des catégories conceptuelles (*Annexe 5*). Chaque entretien a été analysé avant de réaliser le suivant.

L'analyse a suivi les étapes du codage ouvert, axial puis intégratif permettant de faire émerger les catégories conceptuelles et leurs relations, aboutissant à l'élaboration d'un modèle explicatif du phénomène étudié.

V. Aspects éthiques et réglementaires

L'étude a reçu une autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) le 12 Novembre 2024. (*Annexe 6*)

Il n'y avait pas de conflit d'intérêt et aucun financement n'a été déclaré.

Les participants ont consenti librement à l'entretien.

3. RESULTATS

Neuf entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. Les entretiens ont duré entre 26 minutes et 2 secondes et 38 minutes et 51 secondes, soit un total de 4 heures 47 minutes et 40 secondes, pour une durée moyenne de 31 minutes et 58 secondes.

La distinction entre ville urbaine, commune urbaine, et rurale a été établie par l'INSEE.

Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes

	Sexe du médecin	Age du médecin	Lieu d'exercice	Durée entretien
PE1	Femme	33 ans	Ville urbaine	32min26s
PE2	Homme	40 ans	Ville urbaine	27min10s
PE3	Femme	37 ans	Commune urbaine	26min2s
PE4	Homme	37 ans	Rurale	29min3s
PE5	Homme	42 ans	Rurale	34min10s
PE6	Femme	33 ans	Commune urbaine	33min46s
PE7	Femme	33 ans	Rurale	30min2sec
PE8	Femme	35 ans	Rurale	38min51s
PE9	Homme	28 ans	Rurale	36min10s

I. Un dépistage complexe

A. Un flou conceptuel

a) Une évaluation subjective

Les médecins décrivent un manque de repères clairs dans la définition même de la maltraitance, contribuant à une hétérogénéité des représentations et des pratiques de dépistage. L'identification d'une situation de maltraitance repose fréquemment sur une appréciation personnelle du médecin, fondée sur son interprétation du contexte.

PE5	« Et finalement, même dans un couple classique, les gens parfois se crient dessus. Est-ce que c'est de la maltraitance pour autant ? C'est un peu difficile. »
PE8	« Est-ce qu'une personne consciente, mais grabataire, qui a toutes ses facultés, mais grabataire, est-ce qu'on peut la mettre sous tutelle pour avoir ses... pour avoir accès à ses comptes, pour avoir accès à tout ça. Est-ce que ça peut aussi être considéré comme de la maltraitance »

b) Clarté essentiellement pour la maltraitance physique

Si certaines formes de maltraitance apparaissent difficilement objectivables, la maltraitance physique est en revanche plus facilement reconnue par les médecins en raison de limites jugées plus nettes et facilement visibles.

PE4	« C'est vrai que c'est bête, c'est plus facile à, entre guillemets, c'est plus facile à mettre la limite entre, entre "Ah attention" et carrément "non là stop c'est trop." C'est vrai que c'est plus facile de poser la limite sur des violences physiques parce que oui c'est vraiment entre guillemets plus binaire de je tape ou je tape pas quoi. »
PE8	« Signes physiques, on est tous capables de le voir »

c) Maltraitance conditionnée par une mise en danger

La qualification d'une situation comme maltraitante semble dépendre de l'existence d'un risque avéré pour la sécurité ou la santé du patient, pouvant rendre plus difficile l'identification de formes plus diffuses ou insidieuses de maltraitance.

PE5	« Et qu'il y ait une mise en danger, du coup, aussi de cette personne. Parce que finalement, nous, on se retrouve à devoir signaler ce genre de situation quand il y a une mise en danger. »
-----	--

B. L'état cognitif du patient

a) Altération de la reconnaissance de la maltraitance

Les troubles cognitifs peuvent entraver la capacité du patient à identifier lui-même certaines situations comme étant maltraitantes, ce qui limite la possibilité d'un signalement spontané par le patient, mais également le recueil d'informations lors de l'interrogatoire.

PE5	« Soit parce qu'elle avait des troubles cognitifs et qu'elle m'en parlait pas parce qu'elle comprenait pas quoi. »
PE3	« Et puis bon après c'est toujours la même chose les troubles cognitifs, les gens des fois ils se rendent pas compte en fait qu'ils sont maltraités aussi en fait ils sont là, ils subissent en fait pour eux. »

a) Rendent les dires du patient difficiles à interpréter

Les propos des patients atteints de troubles cognitifs peuvent apparaître ambigus ou difficilement interprétables. Cette incertitude quant à la fiabilité des informations rapportées limite la capacité du médecin à apprécier la réalité des situations évoquées.

PE6	« Et toute la difficulté du coup du sujet âgé c'est quand il rapporte ça, est-ce que c'est des faits réels ou est-ce que s'il y a des troubles cognitifs bah est-ce qu'elle me raconte si ça s'est vraiment passé ou pas quoi ?
-----	---

PE9	<i>« Des patients avec des gros troubles cognitifs et qui viennent par exemple en consultation seuls. Effectivement, c'est des patients avec qui on va avoir du mal à savoir, à comprendre ce qu'il se passe. »</i>
-----	---

b) Difficulté dans l'évaluation du consentement

L'altération des fonctions cognitives complexifie également l'évaluation du consentement du patient face à une situation potentiellement maltraitante. Les médecins rapportent des difficultés à déterminer dans quelle mesure le refus d'une intervention ou d'un signalement reflète une volonté éclairée, ou s'inscrit dans un contexte de vulnérabilité cognitive.

PE5	<i>« Alors ça a été compliqué justement parce qu'elle voulait pas non plus. Et du coup, quand j'ai dit que j'allais en parler, elle était embêtée parce qu'elle s'est dit qu'elle allait précipiter tout ça. Elle voulait pas du tout. Après, elle avait des troubles cognitifs avec un MMS qui était 16, je crois. 17. Donc du coup... »</i>
PE5	<i>« À tel point que finalement, c'était même pas toujours facile de se dire quand est-ce qu'on fait un signalement pour une personne âgée ? Parce que à quel point la personne ne peut être consentante de cette situation ? »</i>

C. Une connaissance incomplète

a) Absence de formation initiale

Plusieurs médecins interrogés rapportent une absence de formation spécifique concernant le repérage de la maltraitance des personnes âgées au cours de leur cursus universitaire.

PE5	<i>« Non, en tout cas, j'ai aucun souvenir d'avoir évoqué ce genre de choses à l'époque de mes études »</i>
PE1	<i>« Je pense ben déjà améliorer la formation. Enfin en parler peut être parce que j'ai pas l'impression qu'on l'ait évoqué au cours de nos années de fac qui sont pas si lointaines. »</i>
PE9	<i>« Non, je ne pense pas avoir eu de cours sur la maltraitance des personnes âgées pendant mon cursus. »</i>

b) Apprentissage par l'expérience clinique

En l'absence de formation initiale dédiée, les médecins décrivent un apprentissage reposant principalement sur leur pratique professionnelle et les situations rencontrées au cours de leur exercice.

PE9	<i>« Je pense que c'est l'exercice sur le terrain qui m'a beaucoup aidé. Rencontrer les différents acteurs. Par exemple, quand j'étais en stage d'interne en gériatrie, il y avait une infirmière qui s'occupait de la HAD qui nous a tout expliqué sur les acteurs du terrain, comment les mettre en place. Voilà, après c'est pas j'ai pas de... Je pense que c'est vraiment l'exercice et les mises en situation clinique de terrain qui nous aident à nous former au fur et à mesure. Ça devrait être obligatoire la gériatrie. »</i>
-----	---

c) Méconnaissance des procédures et des interlocuteurs

Des incertitudes quant aux démarches à entreprendre en cas de suspicion de maltraitance sont rapportés. Les procédures de signalement sont décrites comme complexes ou insuffisamment connues.

PE6	<i>« Mais là clairement tu me dis demain faut faire un signalement pour une personne âgée, je sais pas trop par où il faut commencer. »</i>
PE7	<i>« Après à voir ce que je peux faire légalement et ce que je dois faire surtout et après certainement du coup signalement etc. C'est vrai que les démarches sont pas non plus très bien facilitées je pense »</i>

Les médecins rapportent également des incertitudes concernant les professionnels ou institutions à solliciter en cas de suspicion de maltraitance.

PE6	<i>« Après je sais pas, je sais même pas qui il faut prévenir dans ce cas-là. »</i>
PE4	<i>« Sur qui solliciter, qui fait un signalement, tout ça ? C'est pas le procureur de la République ? Non ? T'as pas le droit de me dire, pardon. »</i>

D. La présence de l'entourage du patient pendant la consultation

a) Suspicion portant sur l'accompagnant

Certains médecins rapportent des difficultés à aborder une suspicion de maltraitance en consultation lorsque l'accompagnant est susceptible d'y être impliqué.

PE6	<i>« Et le souci c'est que cette dame je la vois toujours quand son mari est présent à domicile donc je me souviens lui avoir proposé aussi de ne pas hésiter à venir parce que peut-être qu'il y a des choses qu'elle ne voulait pas forcément entrer dans les détails, sachant que monsieur il était derrière et que malgré tout il écoute un peu tout ce qu'on dit »</i>
PE3	<i>« Je pense quand les gens sont accompagnés parce qu'on a toujours du mal à savoir si finalement la personne, si c'est des personnes en question qui la maltraitent »</i>

b) Contribution à la compréhension de la situation

À l'inverse, la présence de l'entourage peut également constituer une source d'informations complémentaires pour le médecin. Les proches ou aidants principaux participent parfois au repérage de situations problématiques, notamment lorsque le patient présente des troubles cognitifs.

PE1	<i>« Il y a le fait aussi que les personnes âgées dès qu'il y a des troubles cognitifs ils vont pas le dire, ils vont pas s'en souvenir ou alors ils vont pas se rendre compte que c'est pas normal donc ils vont pas le signaler, vu qu'on est pas la aussi pendant les soins, tout simplement aussi. Souvent ça vient aussi souvent de la famille qui peut le signaler. »</i>
PE4	<i>« C'est parfois le patient qui en parle, mais en fait c'est plus souvent la famille, les aidants principaux qui en parlent, où parfois il y a des choses qui peuvent mal se passer avec des auxiliaires de vie par exemple. »</i>

c) Crainte de transgression du secret médical

Les médecins expriment également des réticences à aborder certaines informations en présence de l'entourage, par crainte d'enfreindre le secret médical. L'utilisation d'éléments recueillis en dehors de la consultation peut susciter un inconfort dans la conduite de la consultation.

PE4	<i>« Mais sinon, c'est toujours un peu gênant parce que quand on voit la personne en question, on n'est pas censé pouvoir utiliser des informations qu'on a eu en dehors de la relation avec ce patient-là. »</i>
PE1	<i>« Mais effectivement je m'en, je m'en suis inquiétée et je me suis dit "oula" parce que faut enfin voilà, on a toujours peur de, on parle jamais d'autres patients mais je sais pas une question comme ça, une anodine qui pourrait passer et qui pourrait à laquelle j'aurais pu répondre. »</i>

d) Sentiment de sécurité lié à une bonne connaissance de l'entourage

La proximité avec la famille peut donner le sentiment d'avoir une bonne compréhension du contexte de vie du patient, susceptible de limiter le recours à un questionnement plus systématique et objectif.

PE4	<i>« Alors on ne connaît jamais vraiment les personnes, bien sûr, on a des mauvaises surprises, mais c'est vrai que c'est déjà des familles que je connais tellement bien, avec qui je suis déjà beaucoup en communication autour de la personne fragile dépendante. Je ne ressens pas le besoin de poser la question. »</i>
PE5	<i>« Alors j'ai un autre avantage avec ma patientèle, c'est que la plupart je les connais tous par cœur. Alors parfois ça peut justement nous tromper parce que du coup on connaît tellement les gens qu'on se rend pas compte. Mais du coup je suis souvent quand même au courant des histoires par l'un par l'autre. Je gère l'époux, la tante, le machin, j'ai droit à tous les ragots des histoires familiales donc c'est vachement pratique pour savoir ce qu'il se passe. »</i>

II. La perception de la maltraitance

A. Le tabou de la maltraitance par le médecin

a) Sujet évité par peur d'intrusion

L'évocation d'une possible situation de maltraitance peut être perçue comme intrusive par les médecins généralistes. Certains participants rapportent une appréhension à aborder ce sujet en consultation.

PE2	« C'est délicat parce que c'est un sujet qui peut rendre mal à l'aise le patient. »
PE7	« Non, ça fait peur je pense. Ouais. Enfin des retours sur des situations où ça a été évoqué et les gens étaient un peu choqués de, qu'on puisse parler de ça parce que bon c'était pas forcément le cas »

b) Utilisation d'un langage détourné

L'évocation d'une possible situation de maltraitance passe ainsi par l'utilisation de formulations indirectes plutôt que par une interrogation explicite.

PE4	« Je vais pas poser la question directement. Rien que d'imaginer, c'est gênant de poser comme ça »
PE1	« Je demande pas est-ce qu'il vous maltraite mais plutôt est-ce que ça se passe bien, est-ce que ça vous embête pas quand il vient à la maison ? »
PE8	« Alors je sais que, je mets les formes, je ne dis pas "vous êtes maltraité" »
PE3	« En fait avec des questions qui ne sautent pas aux yeux non plus. C'est pas qu'on va lui demander "est-ce que vous êtes maltraité ?". »

B. Le tabou de la maltraitance par le patient

a) Pudeur, sentiment de honte

Les médecins rapportent que les patients âgés évoquent rarement spontanément des situations de violence ou de négligence. Un sentiment de pudeur ou de honte est fréquemment décrit comme pouvant freiner l'expression de ces difficultés.

PE2	<i>« Ce sont des sujets où le propre sujet âgé, je pense, a une pudeur et ne l'évoquerait pas en premier lieu. »</i>
PE3	<i>« Les gens ont toujours du mal à dire quelque chose. C'est délicat. C'est comme les femmes qui sont agressées à la maison. En fait, quand ils viennent avec les enfants ou avec leur mari, ou même un autre membre de la famille, en fait, ils ont du mal à aborder parce que c'est un peu une honte quelque part. »</i>

b) Dépistage proactif du médecin en l'absence de demande explicite

En l'absence d'évocation spontanée par le patient, certains médecins décrivent la nécessité d'initier eux-mêmes le questionnement.

PE3	<i>« Et puis quand la personne n'est pas forcément demandeur, c'est à nous des fois de lire entre les lignes aussi. »</i>
PE7	<i>« C'est plutôt l'inverse, quand tu veux, on évite la question, quand on ne répond pas, quand on passe à autre chose ou quand on ne veut pas en parler, peut-être c'est plus le moment où il faut insister... »</i>

C. La banalisation de la maltraitance par le médecin

a) Action non systématique, uniquement à l'initiative du patient

L'évocation possible d'une situation de maltraitance n'apparaît pas systématique en consultation. Certains médecins rapportent aborder cette question uniquement à la demande du patient ou de son entourage.

PE2	<i>« Moi, j'évoquerais un certificat de coups et blessures si la personne veut porter plainte. Ouais. De mon propre chef, de réaliser un certificat de coups et blessures, je n'y aurais même pas pensé. »</i>
PE6	<i>« Non, je l'évoque pas spontanément honnêtement, spontanément, pas forcément. »</i>
PE1	<i>« Bah parce qu'en vrai je soupçonne rarement la maltraitance. Si j'ai pas de signes de maltraitance je vais pas aller le chercher quoi ? »</i>

b) Relativisation quand maltraitance unique et épisodique

Certaines situations sont décrites comme moins préoccupantes lorsqu'elles apparaissent isolées ou non susceptibles de se reproduire. Le caractère ponctuel des faits peut ainsi moduler la perception de leur gravité par le médecin.

PE1	<i>« Je l'ai pas fait parce que là je considère qu'elle était en sécurité. Elle était rentrée chez elle et qu'il n'avait pas de raison que ça se reproduise. Même en retournant à l'hôpital, il y a pas de raison qu'elle retombe sur les mêmes personnes. »</i>
-----	--

c) Relativisation par l'intention de l'auteur non perçue comme malveillante

La perception de l'intention de l'auteur peut également influencer l'évaluation de certaines situations par les médecins. L'absence supposée de volonté de nuire est parfois évoquée pour contextualiser certains comportements, notamment en cas de négligence.

PE1	<i>« Moi ce que je me suis dit, fin voilà moi mon hypothèse, ce que je veux je veux je veux toujours me dire que les gens sont bienveillants et je me disais bon voilà sûrement voilà une contention... Cette dame qui a perdu la tête à un moment donné, syndrome confusionnel euh elle est peut-être devenue violente et d'un coup ils sont enfin un soignant l'a vue, ils sont tous venus la contentionner. »</i>
PE7	<i>« Parce que je pense qu'il y a des gens, si on jette une personne âgée par terre, c'est volontaire, enfin c'est vrai que ça paraît tout de suite plus grave que si c'est une personne qui, on a l'impression qu'il est épuisé et puis que finalement il y a de la négligence mais c'est peut-être pas volontaire. »</i>

d) Mise en doute de la parole des personnes âgées

Les médecins rapportent que la crédibilité accordée aux propos des patients peut varier selon leur profil ou leur attitude en consultation. Certains décrivent également la nécessité de disposer d'éléments de confirmation avant d'envisager une action face à la situation rapportée.

PE1	<i>« Ouais je pourrai faire un signalement si vraiment je suis certaine. »</i>
PE8	<i>« C'est pas parce que des fois, on va pas se mentir, les personnes âgées à domicile, maltraitance et hyper exigence avec la famille, ça arrive aussi... »</i>
PE3	<i>« Parce qu'elle elle vient, elle râle toujours, elle a toujours un truc. Ah oui vous êtes en retard, vous êtes en avance, je suis en avance, prenez-moi tout de suite. Mais du coup à un moment c'est vrai qu'on les prend pas au sérieux. »</i>

e) Priorisation du soin somatique

La prise en charge des problématiques somatiques apparaît souvent prioritaire au cours de la consultation. Les contraintes de temps et la multiplicité des motifs médicaux peuvent ainsi limiter l'exploration de la situation personnelle du patient.

PE3	<i>« Même si on les voit longtemps, c'est 30 minutes en fait, ils viennent, on fait le point, juste le point d'un diabète par exemple, ça prend 30 minutes, on creuse pas assez dans la vie personnelle des patients. »</i>
PE6	<i>« Je vais pas forcément prendre le temps, surtout s'il y a déjà plein de trucs à faire, que elle est hospitalisée pour avoir ses traitements, elle dirait que son vaccin machin »</i>

f) Banalisation des différents types de maltraitance en comparaison à la maltraitance physique

Les médecins décrivent une vigilance accrue face aux situations impliquant des violences physiques. À l'inverse, d'autres formes de maltraitance, perçues comme moins visibles ou plus insidieuses, peuvent faire l'objet d'une attention moindre.

PE2	« J'aurais vu la maltraitance physique, je pense que ça, ça a toujours été quelque chose d'inacceptable dans aux yeux de tous. »
PE5	« Alors bien sûr, à moins qu'on me dise qu'il y a carrément des choses physiques, je vais quand même essayer d'aller creuser ça, mais j'ai jamais eu ce cas-là. »
PE6	« Peut-être qu'on devrait pas mais effectivement on sera beaucoup plus alertes et réactif rapidement si il y a une personne qui s'est fait casser le bras par la personne qui s'occupe d'elle que si c'est quelqu'un qui a une maltraitance un peu plus insidieuse quoi »

D) La banalisation par le patient

a) Sentiment d'impuissance

Certains patients peuvent ne pas exprimer de demande d'aide, en raison d'un sentiment d'inefficacité perçue des démarches entreprises.

PE3	« Mais c'est parce qu'en fait ils se disent bon ça va rien changer en fait. C'est tellement répandu dans la fréquence de ce genre de maltraitance que pour toi tu... Ils vont râler, ils vont dire ouais tiens ils ont fait ça, mais sans forcément que ça. En fait, ils sont pas en demande de porter plainte quelque part »
-----	---

b) Banalisation héritée de l'éducation

Une banalisation de certaines situations est parfois rapportée, en lien avec l'éducation ou l'histoire de vie des patients.

PE8	« Et puis il y en a aussi, leur éducation a fait que de toute manière, ils ont été élevés à la dure et que de toute manière, c'est comme ça. »
PE9	« Ouais, je pense que les patients âgés de campagne se contentent de peu et sont plus robustes, peut-être entre guillemets, que les patients qui ont une certaine exigence. »

E) La banalisation par la société

a) Système perçu comme complice de la maltraitance

Certains médecins inscrivent ces situations dans un contexte sociétal plus large. Le rôle des institutions est parfois interrogé dans la prise en compte de ces problématiques.

PE2	<i>« Euh mais je pense que l'État a son rôle à jouer et malheureusement, il va encore falloir attendre un scandale pour qu'on parle de sujets qui sont vraiment majeurs pour la société. »</i>
PE3	<i>« Qui est banalisée. Euh ça va aussi un petit peu avec la société d'aujourd'hui »</i>

b) Normalisation de la violence

Des comportements violents peuvent également être perçus comme davantage tolérés, contribuant à une normalisation de certaines formes de violence.

PE3	<i>« Insulter, agresser, ça rentre dans la normalité, c'est banalisé. »</i>
-----	---

III. Le système de santé

A. Le médecin généraliste

a) La gestion du temps

Les contraintes temporelles liées à l'exercice de la médecine générale sont fréquemment évoquées par les médecins comme limitant l'exploration de certaines situations.

PE9	<i>« Il y avait le temps aussi, une visite en 20 minutes, je reviens toujours sur le temps, mais c'est vrai que c'est des prises en charge chronophages. »</i>
PE6	<i>« Bah comme tout le reste je pense que tout le monde dit toujours on n'a pas assez de temps pour plein de trucs donc. Forcément, le jour où on va être, on aurait déjà une demi-heure de retard ou plus, on va voir une personne, si elle le décrit pas spontanément, je vais pas forcément prendre le temps »</i>

b) La visite à domicile

La visite à domicile est décrite comme un élément central dans l'évaluation de la situation du patient. Elle permet un accès direct à son environnement, apportant des informations difficilement accessibles en consultation.

PE1	<i>« C'était mieux de la voir à domicile quand même. Parce que je voulais voir comment elle vivait aussi. Parce qu'au cabinet, je me serai demandé si je l'aurai laissé rentrer chez elle comme ça quoi. Parce que je me serais dit, bon, est-ce que est-ce que ça se passe bien à la maison ? Là, j'étais chez elle, on voyait bien que c'était bien tenu chez elle et qu'elle s'occupe de chez elle toute seule, qu'elle était autonome. »</i>
PE4	<i>« La visite à domicile je pense que ça peut aider, parce que je pense qu'on peut voir si déjà d'emblée, on remarque que la personne vit dans des conditions vraiment très délabrées, sales, vraiment très mal entretenues, qu'on a l'impression qu'il n'y a pas un minimum de soins autour de la personne, pas juste de la personne, mais autour de la personne. »</i>

Toutefois, les participants soulignent le fait que la visite à domicile tend à se raréfier, notamment en raison d'une valorisation jugée insuffisante au regard du temps qu'elle requiert.

PE3	<i>« À sa maison en 01h00, des fois j'ai vu 5 6 patients en période virale, ben je gagne largement plus que quand je vais chez lui. Donc je trouve que les visites à domicile déjà ça devrait être plus valorisé. »</i>
PE9	<i>« Je pense le fait comme on parlait le fait de faire des visites à domicile, comme ça se fait de moins en moins des fois on se rend pas compte de comment vivent les gens chez eux et aussi à quel point ils peuvent fin la dépendance fait qu'on est vraiment sujet à la maltraitance. »</i>
PE8	<i>« Ça c'est l'avantage des médecins qui font des visites. C'est pas le cas de tout le monde. »</i>

c) Sentiment de responsabilité unique

Le rôle de médecin traitant peut les placer en première ligne, avec une attente implicite d'intervention de la part de l'entourage ou des autres professionnels.

PE4	<i>« Même ça, encore une fois, c'est pas forcément que le ressort médical, en fait. N'importe qui peut faire un signalement de maltraitance, pas seulement le médecin »</i>
PE8	<i>« Alors ma patiente est très exigeante, comme d'hab, et que du coup le médecin traitant passait pas assez souvent et que du coup, ils ont pas été aidés pour la mise en place d'aides et que comme d'hab d'une manière c'est à cause du médecin traitant et que voilà. »</i>

d) Isolement

L'exercice isolé de la médecine générale est également évoqué, laissant le médecin seul face à ces situations.

PE7	<i>« Une meilleure communication envers tout le monde je pense que ça peut aider déjà nous entre soignants ça c'est je pense le point noir parce que pour être installée depuis trois ans, au final, je travaille toute seule. C'est comme si je travaillais toute seule »</i>
-----	--

e) Suivi longitudinal et chronique du patient

Le suivi au long cours des patients est identifié comme un élément facilitant le repérage de situations inhabituelles. La connaissance préalable du patient et de son état de santé permet notamment d'identifier plus facilement des changements dans son comportement ou son état général pouvant alerter le médecin.

PE5	<i>« Et du coup finalement il y a des à force de connaître les patients aussi, on voit quand le patient il est pas comme avant, pas comme d'habitude, il y a quelque chose qui va pas. Alors du coup avec les patients âgés c'est plutôt en sens inverse, c'est l'impression qui se dégrade et du coup, on se pose des questions sur ce qui peut se passer. »</i>
PE8	<i>« D'habitude, l'avantage en tant que médecin traitant, c'est qu'on suit les patients sur le long cours et qu'on peut voir parfois un changement brutal. »</i>

B. Les aides et infirmiers à domicile

a) Meilleure visibilité donc alliés au dépistage

Les professionnels intervenant au domicile sont identifiés comme des acteurs pouvant participer au repérage de situations de maltraitance. Leur présence régulière au domicile leur confère une visibilité sur les conditions de vie du patient.

PE9	<i>« Les personnes qui m'aident à dépister...En premier, les infirmiers à domicile qui passent pour distribuer les traitements. Ensuite, il y a tout ce qui est les aides à la personne, les personnes qui apportent également les repas, les aides soins qui passent pour la toilette, »</i>
PE5	<i>« Elle s'est rendu compte au domicile qu'il y avait plein de choses qui n'étaient pas faites, que son fils passait par une seule fois par semaine pour déposer les courses. Du coup c'était pas très varié, elle a fait 3 fois une demande de dossier de téléalarme, le fils l'a jamais renvoyé. Pareil pour les aides au département pour des aides pour le ménage et ainsi de suite. Et finalement on a découvert une forme de maltraitance qu'on aurait jamais suspectée si jamais elle était pas allée faire cette évaluation-là quoi. »</i>

b) Auteur de la maltraitance

Toutefois, certains participants évoquent également la possibilité que ces intervenants puissent être impliqués dans des situations de maltraitance.

PE9	<i>« L'équipe paramédicale peut, par exemple, bâcler, on va dire entre guillemets, les soins au fur et à mesure, vu que ça prend du temps, c'est chronophage. »</i>
PE7	<i>« Après il n'y a pas qu'eux, je pense que même dans les soins du quotidien des personnes âgées, des infirmières qui ont une tournée immense et qui au final parfois le pansement n'est pas fait tous les jours alors qu'il devrait être fait tous les jours. Même ça c'est des fois limite. »</i>

C. Le milieu hospitalier

a) Facilité d'accès aux aides sociales

Le recours à une hospitalisation peut faciliter l'évaluation de la situation sociale du patient. La présence d'assistants sociaux est notamment perçue comme une aide dans la mise en place de dispositifs adaptés.

PE8	« Enfin comme bien souvent quand c'est une hospitalisation et les assistantes sociales qui sont présentes dans les services, ça peut aider. »
PE9	« Oui, une hospitalisation pour refaire le point sur la situation sociale, environnementale du patient, ça peut tout à fait être une aide, »

b) L'hospitalisation en urgence

Dans certaines situations, l'hospitalisation peut être envisagée comme une mesure de protection temporaire. Elle permet alors d'éloigner le patient de son environnement.

PE6	« Alors si j'ai l'impression qu'il y a un danger imminent peut-être que je demanderai à ce qu'elle soit hospitalisée en gériatrie un peu comme les enfants pour sortir du milieu hostile jusqu'à ce qu'on puisse faire les démarches »
PE4	« Je te disais, si y a pas vraiment vraiment quelque chose de manifeste, des bleus partout etc, où dans ce cas-là, j'envoie aux urgences sous un motif bidon. »

c) Absence de visibilité sur l'environnement du patient

À l'inverse, certains médecins soulignent les limites de l'évaluation hospitalière, réalisée en l'absence d'observation directe des conditions de vie du patient à domicile.

PE5	« C'est-à-dire qu'ils voient ce qu'il se passe en hospitalisation, ils font une enquête sur les ouï-dire de la famille, mais en vrai, c'est les ouï-dire de la famille, encore une fois. »
-----	--

d) Absence de relais ville-hôpital

Des difficultés de communication entre la médecine de ville et les services hospitaliers sont également évoquées. La possibilité de contacter certains interlocuteurs hospitaliers apparaît parfois limitée pour les médecins généralistes.

PE4	<i>« Parce que bah les légistes on leur parle jamais. Ils sont très bien hein, j'ai une de mes meilleures amies qui est légiste mais, alors on leur parle jamais quoi. »</i>
PE6	<i>« Je me dis les gériatres peuvent peut-être nous aider j'imagine que ils sont parfois confrontés à ce genre de choses ouais et sur l'hôpital, oh j'avoue, mais enfin je sais pas faut les avoir... »</i>

D. Les relais sociaux et juridiques

a) Acteurs centraux

Les relais sociaux et médico-sociaux sont identifiés comme des acteurs intervenant dans l'accompagnement de ces situations. Leur expertise est perçue comme un appui pour les médecins, notamment dans l'orientation des démarches à entreprendre et la conduite à tenir.

PE3	<i>« Donc du coup nous derrière quand on a des avis à demander, on n'hésite pas non plus à lui demander. Donc ça c'est les assistantes sociales qui sont d'une grande aide, elles sont quand même, elles ont plus, elles sont plus au taquet sur tout ce qui peut être fait en urgence surtout. »</i>
PE4	<i>« Mais je pense que si j'avais le cas, je ferais une recherche, bien sûr, et je pense que, dans le doute, j'appellerai le DAC ou quelque chose comme ça qui je pense saurait m'orienter sur qui contacter. »</i>

b) Recours au procureur de la République

Le recours au procureur de la République peut constituer un interlocuteur dans le cadre de certaines démarches en cas de suspicion de maltraitance.

PE5	<i>« Et alors du coup, moi j'ai regardé, j'ai fait une lettre au procureur. Parce que le procureur en plus il est à Douai ici, donc c'est hyper pratique pour savoir ce qu'on doit faire. »</i>
-----	---

c) Recours à l'Ordre des médecins

L'Ordre des Médecins est mentionné comme une ressource mobilisable afin d'apporter un éclairage sur les aspects juridiques liés à la prise en charge de ces situations.

PE2	<i>« Et on a nos collègues de l'Ordre qui sont là justement pour nous épauler dans les situations délicates. Pour pas qu'on fasse d'impair »</i>
PE7	<i>« Après en général quand j'ai un moindre doute, je prends conseil auprès de l'Ordre, ça c'est facile et plus cadré d'un point de vue juridique. »</i>

d) Difficulté d'accès aux relais sociaux et juridiques

En revanche, certains médecins rapportent des difficultés à entrer en contact avec les différents interlocuteurs sociaux.

PE5	<i>« J'ai appelé je pense une vingtaine de fois le CCAS pour des situations compliquées. Ils ne m'ont jamais répondu. Il n'y a jamais eu de réponse »</i>
PE7	<i>« Si on a une assistante sociale sous la main c'est bien, en pratique on n'en a pas. »</i>

E. L'institutionnalisation

a) Auteur de la maltraitance

Les structures d'hébergement peuvent également être évoquées comme des lieux dans lesquels des situations de violence ou de négligence peuvent survenir.

PE8	<i>« Il faut savoir que lors du déménagement des 3 maisons de retraite dans la nouvelle structure, les 2 premiers jours, il y avait pas assez à manger pour tous les résidents. »</i>
PE2	<i>« Je veux dire, moi je sais que le le le responsable de l'EHPAD, disait ça normalement "il y a autant de temps, c'est chronométré." »</i>

b) Organisation structurelle défaillante

Des difficultés d'organisation des établissements sont également mentionnées. Le manque de personnel soignant est notamment décrit comme pouvant limiter les possibilités d'action du médecin généraliste face à certaines situations de maltraitance.

PE7	<i>« Peut-être le fait dans les structures vraiment style EHPAD ou d'en parler plus facilement, oui. Parce qu'après c'est vrai que la réponse des soignants des fois ben que voulez-vous docteur j'en ai 40 je peux pas être partout enfin du coup c'est vrai que c'est un peu compliqué au niveau des problèmes de personnel des choses comme ça. »</i>
PE2	<i>« Moi, quand j'ai pu faire des pics, on m'a toujours dit, bah, il manque du personnel. Ce qui n'est pas faux. »</i>

IV. Les conséquences du dépistage selon le médecin

A. Conséquences pour le patient

a) Signalement perçu comme un risque de rupture de suivi

Le fait d'abord ou de signaler une situation peut être perçu comme susceptible d'altérer la relation de confiance avec le patient ou son entourage, pouvant entraîner une rupture de la prise en charge avec le médecin généraliste.

PE5	<i>« C'est toujours compliqué parce qu'il y a des sujets comme ça qu'on aborde et du coup finalement après les gens se ferment comme des huîtres et ils nous disent plus rien derrière. »</i>
PE5	<i>« J'avais même pas spécialement peur de violences à mon égard parce que je pense pas qu'il en serait arrivé jusque-là. Pour le coup c'est plus oui voilà qu'il le prenne très mal et qu'il dit bah je me casse, je me fais plus suivre. »</i>

b) Signalement perçu comme un risque d'exposition à une recrudescence de la maltraitance

Les médecins expriment également des inquiétudes quant aux conséquences potentielles du signalement sur la situation du patient, notamment la crainte d'une aggravation des violences.

PE6	<i>« Donc on n'a pas non plus envie de faire pire que mieux en posant des questions en essayant d'en savoir plus pour savoir un petit peu où on en est dans la situation. Au risque derrière qu'après il se passe des trucs peut-être dramatiques où ouais tu portes plus préjudice au patient du coup pour la victime ouais de faire plutôt une aggravation, ça c'est une crainte. »</i>
PE2	<i>« Après, il faut être vigilant aussi chez ce signalement, qu'il n'y ait pas de répercussions sur le patient. Qu'il y ait une aggravation de la maltraitance ou une vengeance parce que la personne qui lui fait du mal pourrait penser qu'il a été le dénoncer. »</i>

c) Inscription du dépistage dans une prise en charge globale

L'évaluation des dimensions sociales, psychologiques et environnementales nécessaires à un dépistage de la maltraitance permet une approche globale de la prise en charge du patient.

PE2	<i>« Alors à une époque, il y a quelques années, on était uniquement dans le dans, dans dans le médical. Aujourd'hui on on est dans le bio psycho social »</i>
PE9	<i>« Moi, quand j'ai un premier patient âgé que je reçois en consultation, je demande déjà est-ce qu'il vit seul ? Est-ce qu'il a des enfants ? Est-ce qu'il a des aides à domicile ? Donc c'est peut-être déjà demander est-ce qu'ils sont bien entourés. Ensuite, peut-être sur le plan psychique, savoir s'ils sont bien sur le plan du moral, etc. Est-ce que tout va bien ? Après, pendant l'examen clinique, là, on va pouvoir regarder un petit peu sur le physique, s'il y a des coups, des hématomes. Il faut que je pense faire un bilan plutôt social, puis leur demander un petit peu si tout va bien dans leur vie. Et enfin, l'examen clinique, vérifier que tout est bien. »</i>

B. Conséquences pour le médecin

a) Peur d'être perçu comme non loyal envers ses pairs

La mise en évidence d'une possible situation de maltraitance impliquant d'autres professionnels de santé peut être perçue comme une remise en cause de la confraternité. Certains médecins expriment une réticence à engager des démarches susceptibles de mettre en cause leurs pairs.

PE1	<i>« J'avais pas ouais, j'avais pas envie de les mettre en porte-à-faux quoi. Vis-à-vis de ça, je voulais pas qu'ils pensent que je les accuse entre guillemets de maltraitance. »</i>
PE3	<i>« C'est vrai que au début ça nous mettait plus en difficulté parce qu'on se dit bon la confraternité il faut pas cracher sur son confrère »</i>

b) Désinvestissement comme stratégie de préservation morale

Le désengagement dans la prise en charge de certains patients au sein de structures apparaît comme un moyen de préserver son intégrité morale, notamment face à la crainte d'une forme de complicité passive.

PE8	<i>« Ouais manque de coordination. Et j'ai en fait j'ai pas je les ai pas laissés dans la nature, j'ai transmis à un collègue qui les a pris en charge, mais moi j'étais pas du tout en adéquation avec ça. »</i>
PE2	<i>« Mais payer autant pour ne même pas être digne sur soi-même, moi ça me, ça me, ça m'a interpellé. Et pour tout te dire, ça m'a même un peu freiné dans mon dans, dans ma lancée, sur la prise en charge, dans mon investissement dans les EHPAD. »</i>
PE2	<i>« Tu es responsable de tout et tu peux pas faire grand chose et je voulais pas être complice de ou en tout cas accepter que ça se passe sous mes yeux et donc j'ai un peu fui ce système là. »</i>

c) Sentiment d'impuissance

Les médecins rapportent un sentiment de manque de moyens face à certaines situations.

Le manque de solutions perçues peut limiter leur capacité à agir.

PE6	« Bah on se sent toujours un petit peu démuni. Surtout quand c'est des faits qui sont rapportés, passés, »
PE9	« Et là, elle. Je me suis senti un peu... Je ne savais pas quoi proposer de plus qu'elle avait déjà au niveau surtout des aides. »

d) Sentiment de dépasser son rôle de soignant

La prise en charge de ces situations peut amener les médecins à intervenir dans des domaines perçus comme extérieurs à leur champ de compétence habituel. Certains décrivent un sentiment d'éloignement de leur rôle médical.

PE4	« En fait, je ne vois pas trop quelle emprise j'ai là-dessus, d'aller dire à la société d'aide à domicile, quelle légitimité j'ai à aller leur dire sur des dires qu'on m'a transmis. "Vous faites n'importe quoi, attention." »
PE4	« C'est un peu dur à dire. Parce qu'en fait, quand on me dit ça, je me dis : "Qu'est-ce que j'en fais en fait ?" Là, j'ai l'impression, oui, qu'on me sort un petit peu de mon rôle médical à ce moment-là. »

e) Crainte médico-légale

Des inquiétudes sont également exprimées quant aux implications juridiques de leurs démarches. Les enjeux liés au secret médical et au respect des obligations déontologiques sont notamment mentionnés.

PE2	« Il y a le secret médical, ne pas faire d'impair. Aujourd'hui, on est tenu par notre code de déontologie médicale qui nous impose vraiment pas mal de choses. Et il faut qu'on puisse pas se mettre en faute professionnelle et être hyper vigilant là-dessus. »
PE5	« Ouais, moi j'ai été embêtée par rapport à l'histoire du secret professionnel »

f) Peur de signaler une situation non avérée

Enfin, certains médecins expriment une réticence à engager des démarches de signalement en l'absence de certitude quant à la réalité des faits rapportés.

PE6	« En tout cas c'est vrai qu'aller jusqu'à des signalements ça fait toujours un petit peu, pas forcément peur mais bon on est tous un peu réticents de faire des démarches qui peuvent mener quand même parfois loin. »
PE4	« Mais toute la difficulté, oui, c'est... On me rapporte qu'on lui rapporte qu'il se passe ceci. C'est le genre de choses qu'on ne va jamais constater nous-mêmes parce qu'on n'est pas au domicile au moment où il y a les auxiliaires de vie. »

V. Les leviers d'amélioration du dépistage

A. Développer la coordination interprofessionnelle

a) Exercice en maison de santé pluriprofessionnelle

L'exercice coordonné en MSP est évoqué comme facilitant les échanges entre professionnels. La possibilité de discuter de patients en équipe, notamment lors de RCP, est perçue comme un soutien dans l'évaluation de certaines situations.

PE7	« Enfin à part les les MSP, on peut avoir un temps où on peut discuter de certaines situations un peu complexes. »
PE3	« Ça a beaucoup changé depuis qu'on fait les RCP, depuis qu'on s'est mis formellement en MSP, on a commencé à découvrir nos patients en fait qu'on avait en commun »

b) Recours aux infirmiers en pratique avancée

Le recours aux IPA est décrit comme pouvant apporter un regard complémentaire sur la situation du patient. Leur intervention au domicile et leur disponibilité pour réaliser une évaluation globale permettent de contribuer au repérage de situations préoccupantes.

PE5	« On a une infirmière de pratique avancée qui est là, qui s'occupe des personnes âgées au domicile (...) Elle peut elle peut parfois un peu brusquer les gens parce que parfois les gens, ils semblent blessés qu'on pose des questions, qu'on puisse suspecter qu'il y ait une maltraitance. Ils n'aiment pas trop ça. Alors qu'elle, du coup, comme c'est ponctuel, c'est un peu plus facile, je pense. »
PE6	« Ici dans notre MSP on a la chance d'avoir une IPA, je ne sais pas si on t'en a parlé, et je pense que si la situation ne semble pas hyper hostile ou j'ai juste un doute et que il me semble qu'il n'y a rien d'avéré mais que... je lui demanderai quand même de faire un bilan, une évaluation gériatrique globale. L'avantage c'est qu'elle est quand même sur place un certain temps sur la première évaluation et au moins ça permettrait peut-être d'avoir aussi le regard d'une autre personne sur la situation et des fois même c'est elle qui nous interpelle sur des choses que nous on ne se rend pas forcément compte. »

c) Identification claire des relais

La mise à disposition d'outils recensant les interlocuteurs locaux est évoquée comme un levier potentiel.

PE9	« Mes besoins... et bien peut-être que les enfin créer des petits des petits livrets de secteurs et savoir qui appeler, pour mettre en place des aides à domicile. »
PE8	« Moi, ça serait bien si on pouvait avoir un guide de "qu'est-ce que je dois faire ? "Par qui je dois passer pour" »

B. La reconnaissance d'un temps dédié au dépistage

a) Revalorisation des visites à domicile

La revalorisation des visites à domicile est évoquée comme un levier, justifiée par un temps nécessaire jugé conséquent.

PE3	« Mais le fait que c'est pas rémunéré comme il faut le valoriser en fait. C'est pour ça que les gens ils le font pas. Parce que si on donnait la juste valeur aux médecins par rapport aux actes qu'ils font, par rapport à aux services rendus aussi aux patients, finalement c'est de la prévention, c'est enfin c'est service rendu aux patients aussi, c'est ton patient. Donc que tu sois payé convenablement en prenant en compte la réalité des choses parce que moi je prends 1 h pour aller voir le patient. »
-----	---

b) Reconnaissance d'un temps de coordination et de démarches

La reconnaissance du temps consacré à l'évaluation de certaines situations est également mentionnée, les échanges interprofessionnels ou les démarches entreprises dans ce cadre pouvant nécessiter un investissement non rémunéré dans l'exercice actuel.

PE3	<i>« Par exemple, le temps qu'ils prennent pour venir discuter avec nous sur un patient, ils ne sont pas payés pendant ce temps-là. Ils le font comme ça et nous non plus d'ailleurs du coup ils viennent pour le patient mais en fait on parle une heure mais ça peut aboutir à un courrier que j'envoie à un service hospitalier mais je ne suis pas payé, c'est ça. »</i>
-----	--

C. Le renforcement de la formation et la sensibilisation

a) Prise de conscience et intérêt progressifs

Une évolution des représentations professionnelles et sociétales est évoquée. Une attention accrue portée aux dimensions sociales et environnementales de la prise en charge pourrait favoriser le repérage de situations de maltraitance.

PE2	<i>« Alors à une époque, il y a quelques années, on était uniquement dans le dans, dans dans le médical. Aujourd'hui on on est dans le bio psycho social, on est vraiment dans la prise en charge pluridisciplinaire. Donc les mentalités évoluent. Donc je pense qu'il y a des choses qui étaient acceptées avant qui ne le sont plus. »</i>
PE8	<i>« Alors que maintenant, les critères sont beaucoup plus précis et on parle plus de maltraitance. On s'alerte plus sur une maltraitance aujourd'hui qu'il y a 50 ans »</i>

b) Intégration d'un stage en gériatrie au cours de l'internat

L'intégration d'un stage en gériatrie est mentionnée comme un levier pour améliorer la formation des futurs médecins généralistes. L'exposition à des situations cliniques concrètes pourrait faciliter l'acquisition de repères dans ce domaine.

PE9	<i>« Je pense que c'est vraiment l'exercice et les mises en situation clinique de terrain qui nous aident à nous former au fur et à mesure. Ça devrait être obligatoire la gériatrie. »</i>
-----	---

c) Sensibilisation à la maltraitance

Des actions de sensibilisation sont également évoquées, tant auprès des professionnels que des aidants. Elles pourraient permettre une meilleure identification de certains comportements potentiellement préjudiciables, parfois non perçus comme tels par les personnes concernées.

PE1	<i>« Et en plus en fait ouais donc la formation je pense peut être au moins avoir un un item là-dessus. Et aussi, même après faire de la sensibilisation. »</i>
PE8	<i>« Parce que des fois, en fait, dans le quotidien, même les aidants, ils ne se rendent pas compte. Des fois, c'est plein de bienveillance. C'est comme ma patiente avec sa maman, c'est de la bienveillance. Il faut qu'elle mange, il faut qu'elle prenne ses traitements. Je pense que le sentiment de base, c'est de la bienveillance. Mais des fois, ça devient tellement systématique et que là, des fois, il faut dire quoi. »</i>

D. Le recours à des protocoles et outils standardisés

a) Outils d'aide au repérage

La mise à disposition d'outils de dépistage standardisés est évoquée pour faciliter le repérage de situations de maltraitance. Leur utilisation permettrait d'objectiver certains éléments au cours de la consultation.

PE4	<i>« Pour en revenir, comme je le disais tout à l'heure, je sais qu'il y avait eu des recommandations pour les maltraitances faites aux femmes. Je sais que dans ces recommandations, il y a un petit questionnaire de dépistage tout simple, de juste quelques petites questions entre guillemets "simples", mais qui permettent déjà d'avoir une petite idée sur comment ça va à la maison. En fait, plutôt un outil simple comme ça, ça m'irait bien. Si ça se trouve, il existe et je suis pas au courant. Quelque chose de plus standardisé, en tout cas. »</i>
-----	--

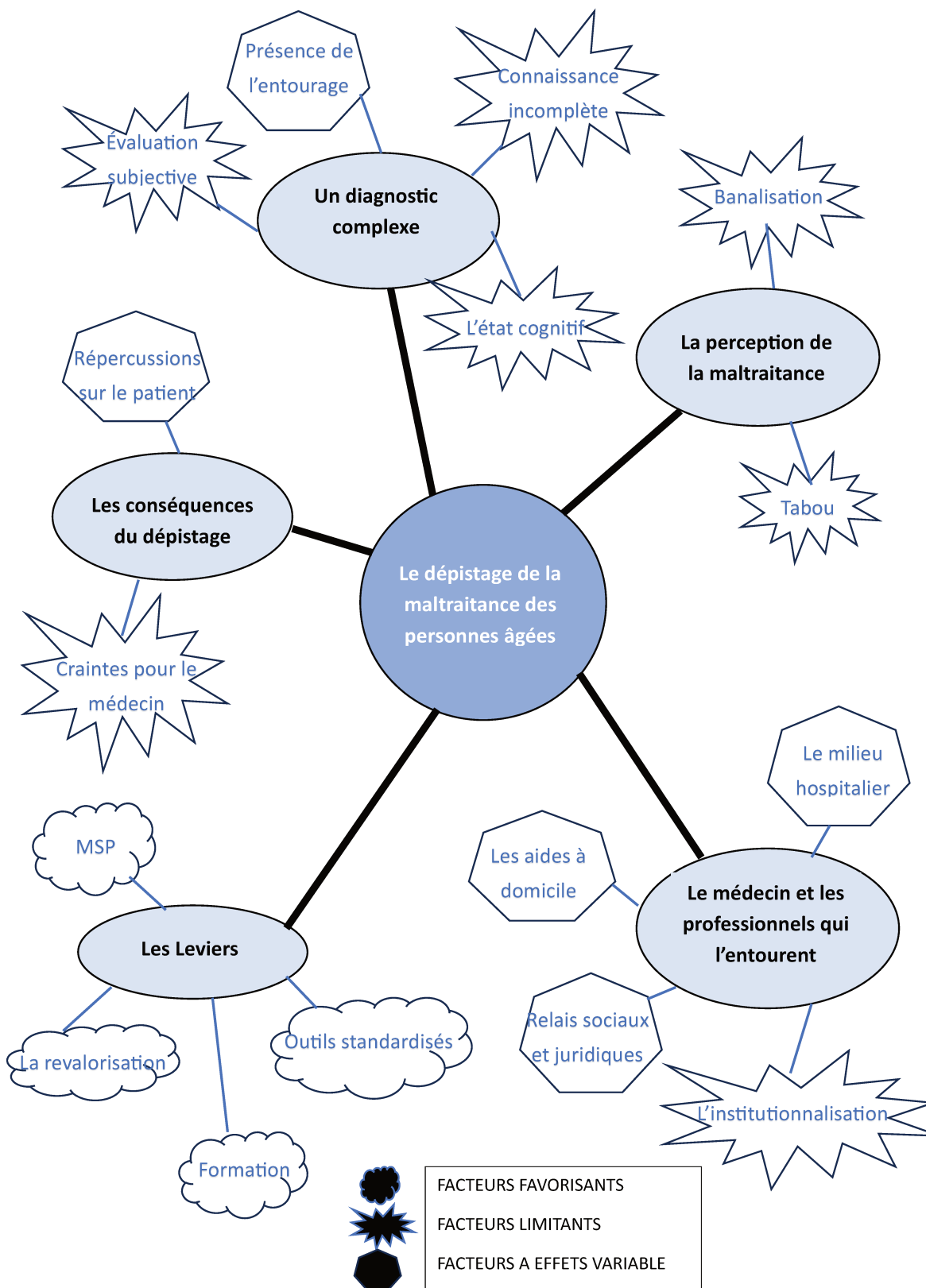
PE5	<i>« Bah la preuve, j'ai réfléchi là. Quels sont les facteurs de risque et ainsi de suite, avoir une petite liste justement de points d'appel... Il faudrait qu'on puisse avoir facilement, rapidement à se dire ça, je vérifie, ça je vérifie, ça je vérifie. »</i>
-----	--

b) Protocoles de conduite à tenir

La mise à disposition de conduites à tenir clairement identifiées pourrait faciliter l'orientation des démarches à entreprendre en cas de suspicion.

PE7	<i>« Ouais concrètement ouais après pourquoi pas, notamment l'espace Sécu, ils mettent plein de trucs, pourquoi pas faire un bandeau signalement et que ça soit accessible à tout le monde et que derrière tout soit mis en place, les liens, assistante sociale ou autre, pourquoi pas, clairement parce qu'on a tous des logiciels différents donc mettre ça sur un logiciel c'est pas possible et après même si on est tous dans des endroits géographiquement différents donc je pense que ça peut être une des pistes à pouvoir mettre en place quelque chose avec la sécu, ça serait bien. »</i>
PE8	<i>« Moi, ça serait bien si on pouvait avoir un guide de "qu'est-ce que je dois faire ? "Par qui je dois passer pour" »</i>

La modélisation des résultats de cette étude a permis l'obtention de ce schéma explicatif :



4. DISCUSSIONS

I. Synthèse des principaux résultats

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs influençant le dépistage des situations de maltraitance chez les personnes âgées par les médecins généralistes.

Nos résultats mettent en évidence que ce dépistage repose sur un ensemble de déterminants individuels, relationnels et organisationnels, susceptibles d'en limiter la mise en œuvre dans la pratique quotidienne.

D'une part, l'identification de ces situations apparaît complexifiée par un manque de repères conceptuels clairs autour de la définition de la maltraitance. Le repérage repose ainsi fréquemment sur une appréciation subjective du médecin, notamment en l'absence de signes physiques objectivables.

L'état cognitif du patient ainsi que la présence de l'entourage peuvent également influencer le processus de repérage, en facilitant parfois la compréhension de la situation, mais pouvant aussi limiter la liberté d'expression du patient.

D'autre part, la perception même de la maltraitance semble influencée par des représentations individuelles et sociétales, pouvant conduire à une banalisation de certaines situations. La pudeur des patients, ainsi que le silence autour de ces situations, lié à leur dimension intime et sensible, peuvent également freiner leur expression spontanée.

Par ailleurs, les contraintes organisationnelles liées à l'exercice en soins primaires, telles que les limitations temporelles, l'exercice isolé ou les difficultés de coordination avec les acteurs médico-sociaux, apparaissent comme des freins au repérage de ces situations.

Enfin, les conséquences perçues du dépistage ou du signalement, notamment en termes de rupture de la relation thérapeutique, d'aggravation des violences ou d'implications médico-légales, peuvent également influencer l'implication des médecins dans ces démarches.

II. Interprétation des résultats et mise en lien avec littérature

A. Un dépistage reposant sur une appréciation subjective

a) Un flou conceptuel autour de la définition de la maltraitance

L'un des principaux enseignements de notre étude concerne la difficulté rencontrée par les médecins généralistes à définir précisément la notion de maltraitance chez la personne âgée. Cette dernière apparaît souvent appréhendée de manière incertaine, suscitant des interrogations quant à ses modalités d'expression et à ses limites.

L'étendue de cette définition peut ainsi compliquer l'identification de certaines formes de maltraitance moins visibles que la maltraitance physique.

Les études indiquent également que la notion de « maltraitance des personnes âgées » est difficile à définir de façon précise pour les médecins généralistes, en raison d'un manque d'uniformité et d'une variabilité importante des prévalences selon les définitions utilisées. (13) Plusieurs revues et travaux notent l'absence d'une définition convenue entre gouvernements, chercheurs et praticiens, ce qui complique la comparaison des résultats et la reconnaissance clinique. (14) (15) (13) La variabilité des critères conduit à des estimations de prévalence très différentes : selon l'application de définitions du moins au plus restrictives, la prévalence globale d'abus peut varier de 13,9% à 25,8% dans une population étudiée. (15)

Par ailleurs, nos résultats suggèrent que la reconnaissance d'une situation comme relevant de la maltraitance semble fréquemment conditionnée à l'existence d'une mise en

danger immédiate du patient. Ce seuil implicite de gravité semble influencer l'évaluation clinique des médecins généralistes, en réservant l'identification ou le signalement aux situations perçues comme urgentes.

Pourtant, depuis la loi du 7 février 2022, la maltraitance bénéficie désormais en France d'une définition légale inscrite à l'article L.119-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(16) La maltraitance est définie comme « toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action, ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective, ou institutionnelle. » Cette définition inclut donc les actes et les omissions. La mise en danger immédiate n'est plus nécessaire pour qualifier une situation de maltraitance sur le plan légal.

Notre étude met également en évidence la demande exprimée par les médecins généralistes de disposer d'outils standardisés et facilement utilisables afin de faciliter le repérage des situations de maltraitance. Ces résultats apparaissent d'autant plus pertinents que les recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé publiées en 2024 (17) proposent désormais des outils structurés visant à améliorer le repérage des situations à risque de maltraitance intrafamiliale chez les personnes majeures en situation de vulnérabilité. Il existe spécifiquement une grille de repérage de la maltraitance chez les personnes âgées basée sur les signaux d'alerte, les facteurs de risque, ainsi que les facteurs de protection, destinée à fournir des repères communs pour identifier et analyser ces situations. Dans la même perspective, il existe un outil de dépistage standardisé l'Elder Abuse Suspicion Index (EASI), spécifiquement conçu pour une utilisation en soins

primaires, qui a également été développé afin d'aider les médecins généralistes à identifier des situations suspectes de maltraitance chez les personnes âgées. (18)

Cependant, l'absence de référence au cadre législatif et aux outils de dépistage proposés dans les discours recueillis suggère que leur diffusion et leur appropriation en médecine générale demeurent encore limitées.

b) L'impact des troubles cognitifs sur le repérage

Les résultats de notre étude mettent en évidence l'influence majeure de l'état cognitif du patient sur le processus de repérage des situations de maltraitance par les médecins généralistes.

L'altération des fonctions cognitives peut en effet limiter la capacité du patient à identifier lui-même certaines situations comme étant maltraitantes, entraînant une absence de plainte spontanée et compliquant le recueil d'informations lors de l'interrogatoire. Ces résultats sont concordants avec plusieurs revues montrant que les troubles neurocognitifs compliquent la reconnaissance et le signalement : déficits de langage ou moteurs, incapacité décisionnelle, désinhibition et dépression concomitante entravent la communication d'un abus et rendent le diagnostic et la gestion plus difficiles. (19)

Par ailleurs, les propos rapportés par ces patients peuvent apparaître ambigus ou difficilement interprétables, générant une incertitude quant à la fiabilité des informations recueillies et limitant la capacité du médecin à apprécier la réalité des situations évoquées.

Enfin, l'altération cognitive complexifie l'évaluation du consentement du patient face à une éventuelle intervention ou à un signalement. Les médecins rapportent des difficultés à déterminer si le refus exprimé relève d'une volonté éclairée ou s'inscrit dans un contexte de vulnérabilité cognitive, soulevant une tension entre respect de l'autonomie et devoir de protection. La littérature souligne toutefois que la présence de troubles cognitifs n'entraîne pas automatiquement l'incapacité à donner un consentement éclairé. Plusieurs sources indiquent qu'un patient porteur de déficits cognitifs peut parfois exprimer un choix et montrer un certain niveau de compréhension ou d'appréciation selon la tâche évaluée. (20) (21) Les données disponibles indiquent qu'il existe quatre composantes cliniques formelles pour distinguer capacité et incapacité à consentir : compréhension de l'information, expression d'un choix, appréciation (reconnaissance de la situation et de ses conséquences) et raisonnement. (21) (22)

Des instruments standardisés évaluent ces dimensions, notamment le MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT) et le Capacity to Consent to Treatment Instrument (CCTI). (23) (24) Bien que ces outils aient été développés, aucun des médecins interrogés n'en a fait mention au cours des entretiens. Ce constat peut être mis en perspective avec les limites décrites dans la littérature concernant leur utilisation en pratique courante : tout d'abord la contrainte de temps, le MacCAT étant réalisé en moyenne en environ 20 minutes (25), par ailleurs ces instruments ont principalement été élaborés dans des contextes hospitaliers ou de recherche pour l'évaluation du consentement à des décisions thérapeutiques, (26) ce qui peut en limiter l'applicabilité à des situations de maltraitance en médecine générale.

c) L'ambivalence du rôle de l'entourage dans le processus de dépistage

Les résultats de notre étude suggèrent que la présence de l'entourage lors de la consultation constitue un élément ambivalent dans le repérage des situations de maltraitance.

D'une part, lorsque l'accompagnant est susceptible d'être impliqué dans la maltraitance, sa présence peut entraver l'expression du patient. Les médecins interrogés décrivent des difficultés à aborder certaines situations, le patient ne semblant pas toujours en mesure de s'exprimer en toute confidentialité.

Par ailleurs, la présence de l'entourage semble soulever des interrogations quant au respect du secret médical. Les médecins évoquent un inconfort à aborder certaines informations en consultation, en particulier lorsqu'elles ont été recueillies en dehors de la relation directe avec le patient, par crainte de transgresser la confidentialité.

Toutefois, la présence de l'entourage peut également contribuer à une meilleure compréhension de la situation clinique, notamment lorsque le patient présente des troubles cognitifs.

Cette ambivalence du rôle de l'entourage est également rapportée dans la littérature. En effet, la présence d'un proche inquiet ou impliqué dans la situation peut favoriser le recours à une aide professionnelle. À l'inverse, les victimes vivant avec l'auteur présumé de maltraitance seraient moins susceptibles de solliciter ce type d'aide, soulignant l'influence du contexte relationnel sur les possibilités de repérage et de recours à une aide extérieure (27).

B. Une maltraitance difficile à nommer : entre tabou et banalisation

a) Un sujet difficile à aborder en consultation

Les résultats de notre étude suggèrent que l'évocation d'une possible situation de maltraitance peut être perçue par les médecins généralistes comme intrusive. Les médecins interrogés rapportent une réticence à introduire cette thématique en l'absence d'éléments d'orientation, celle-ci étant perçue comme relevant de la sphère intime du patient.

Dans ce contexte, l'abord de la maltraitance passe fréquemment par l'utilisation de formulations indirectes. Les médecins interrogés décrivent privilégier des questions moins explicites afin d'introduire le sujet de manière progressive et de limiter le caractère confrontant d'un questionnement direct.

Plusieurs études montrent que les médecins généralistes hésitent à poser des questions directes par crainte d'offenser ou de nuire à la relation thérapeutique. Par exemple, dans une étude, 60 % des cliniciens ont indiqué n'avoir jamais demandé à leurs patients âgés s'ils subissaient des mauvais traitements (7). Une intervention éducative auprès des médecins a augmenté les connaissances et la vigilance mais n'a pas augmenté la fréquence des questions posées : les participants sont restés réticents à demander par crainte « de causer offense ou de nuire à la relation thérapeutique » et disent être incapables de poser la question aux patients atteints de troubles neurocognitifs. (28)

Certains participants de notre étude ont tout de même décrit la nécessité d'adopter une posture proactive, en initiant eux-mêmes le questionnement face à des éléments indirects ou à une suspicion clinique. Cette démarche implique parfois de s'appuyer sur des signes non verbaux ou sur des incohérences dans le discours, soulignant une nouvelle fois la place du jugement clinique dans l'identification de ces situations.

b) Une perception modulée par des facteurs contextuels

Les résultats de notre étude suggèrent que la perception de la maltraitance par les médecins peut être modulée par différents éléments contextuels. Certaines situations apparaissent ainsi comme moins préoccupantes lorsqu'elles sont perçues comme isolées ou non susceptibles de se reproduire, le caractère ponctuel des faits semblant atténuer leur gravité perçue. Les données disponibles de la littérature documentent une perception et un repérage insuffisants par les médecins généralistes, mais elles ne fournissent pas de données permettant d'affirmer si cette perception est modulée différemment pour des cas uniques par rapport à des situations répétées. (7) (29)

De même, l'absence supposée d'intention malveillante de la part de l'auteur est parfois évoquée pour contextualiser certains comportements, notamment en cas de négligence, contribuant à en relativiser l'impact. Une revue sur la violence de résidents atteints de troubles neurocognitifs note que la résignation selon laquelle l'abus « fait partie du travail », la peur d'être blâmé, et l'épuisement émotionnel entraînent un sous-signalement et une normalisation de ces comportements. (30)

Les entretiens font également apparaître que la crédibilité accordée aux propos des patients peut varier selon leur profil ou leur attitude en consultation, certains médecins décrivant la nécessité de disposer d'éléments de confirmation avant d'envisager une

action face à la situation rapportée. Des études primaires montrent que l'incertitude dans le diagnostic est une cause majeure de non-déclaration chez les professionnels de soins primaires. (31)

Par ailleurs, la prise en charge des problématiques somatiques apparaît souvent prioritaire au cours de la consultation. Les contraintes de temps et la multiplicité des motifs médicaux peuvent ainsi limiter l'exploration de la situation personnelle du patient. Plusieurs études indiquent que le dépistage de la maltraitance des personnes âgées reçoit une faible priorité en consultation de médecine générale comparativement aux soins somatiques. Les médecins initient moins de 2 % des signalements d'abus et plus de 60 % déclarent n'avoir jamais interrogé leurs patients âgés au sujet d'abus. (29) (7)

Enfin, les résultats suggèrent une vigilance accrue face aux situations impliquant des violences physiques, tandis que d'autres formes de maltraitance, perçues comme moins visibles, semblent faire l'objet d'une attention moindre. La littérature met en évidence que la maltraitance psychologique est fréquemment rapportée comme courante et que la détection de la maltraitance physique est plus facile (11), mais sans preuve directe que les généralistes portent plus d'attention à la maltraitance physique qu'à la psychologique.

c) Une banalisation intégrée par les patients et la société

Les entretiens réalisés mettent en évidence que certaines situations de maltraitance peuvent ne pas faire l'objet d'une demande d'aide explicite de la part des patients, en lien avec un sentiment d'impuissance face à l'efficacité perçue des démarches engagées. Cette absence de recours semble s'inscrire dans une forme d'acceptation de ces situations, pouvant être influencée par des normes éducatives ou générationnelles valorisant la tolérance à des conditions de vie difficiles. Plusieurs facteurs modulent la

reconnaissance et l'acceptabilité perçue des formes de maltraitance envers les personnes âgées selon les études disponibles. Une étude japonaise identifie le genre et l'âge : être une femme est associée à un risque accru de déclarer avoir subi une maltraitance, et l'âge ≥ 85 ans est associé à un risque moindre d'être victime déclarée. (32) Par ailleurs, une étude menée auprès de personnes âgées, basée sur l'évaluation de vignettes décrivant des situations potentielles d'abus financier, a montré que ces dernières étaient moins susceptibles d'identifier une situation comme abusive lorsque l'auteur était un enfant de la victime plutôt qu'une personne extérieure. (33)

Au cours de notre étude, certains médecins ont évoqué une possible tolérance accrue à certaines situations chez des patients âgés issus de milieux ruraux, perçus comme moins exigeants. Cet élément n'a toutefois pas été retrouvé dans la littérature. Cette divergence pourrait traduire l'existence de représentations professionnelles susceptibles d'influencer la perception des situations rapportées par les patients.

Enfin, ces situations apparaissent parfois appréhendées dans un cadre sociétal plus large, certains médecins évoquant une responsabilité institutionnelle insuffisamment engagée dans la prise en compte de la maltraitance des personnes âgées.

C. Les contraintes organisationnelles comme frein majeur au dépistage

a) Une position de première ligne entravée par les contraintes de pratique

En tant que médecin traitant, le médecin généraliste occupe une position de première ligne dans le repérage des situations de maltraitance, notamment en raison du suivi longitudinal des patients et de la connaissance de leur environnement de vie.

La visite à domicile apparaît ainsi comme un levier facilitant l'évaluation des conditions de vie et l'identification de situations inhabituelles. Elle offre un accès direct à l'environnement du patient, permettant d'appréhender des éléments sociaux ou contextuels difficilement observables en consultation. Les visites à domicile offrent une opportunité unique de dépister la maltraitance des personnes âgées et plusieurs études indiquent que de nombreux cas sont détectés lors de visites à domicile (34) (35). Une enquête irlandaise rapporte que la majorité (64,5 %) des médecins généralistes ont déclaré avoir déjà été confrontés à une situation de maltraitance envers une personne âgée, la majorité de ces situations ayant été identifiée lors de visites à domicile (35).

Toutefois, les contraintes liées à l'exercice de la médecine générale, en particulier les limitations temporelles et la raréfaction des visites à domicile, peuvent restreindre cette capacité d'exploration. Une étude qualitative menée en Allemagne rapporte une tendance internationale au déclin de la fréquence des visites à domicile, les généralistes signalant des conditions matérielles insatisfaisantes en raison du manque de temps et de rémunération, et une déléation croissante des urgences aux services d'urgence (36). Dans le même sens, une étude transversale souligne que les visites à domicile représentent une part importante de la charge de travail des médecins généralistes et sont considérées comme chronophages. (37)

Les médecins décrivent ainsi une tension entre leur rôle dans le repérage de ces situations et les conditions de pratique ne permettant pas toujours une évaluation approfondie du contexte de vie du patient. Cette tension organisationnelle apparaît susceptible de limiter les opportunités de dépistage dans des situations où l'accès au domicile constitue pourtant un élément déterminant de l'évaluation globale.

b) Le repérage comme processus interprofessionnel

Le repérage des situations de maltraitance apparaît également comme reposant sur une dynamique interprofessionnelle impliquant différents acteurs intervenant auprès du patient à domicile ou au sein des structures de soins. Les professionnels paramédicaux et les intervenants à domicile sont ainsi identifiés comme des partenaires privilégiés, en raison de leur présence régulière auprès des patients et de leur accès direct à leur environnement de vie. Cette idée est renforcée par une étude roumaine soulignant que les aides à domicile sont bien placées pour repérer d'éventuelles situations de maltraitance. Toutefois, seuls 11,4 % des professionnels interrogés dans cette étude déclarent avoir déjà rencontré un cas et aucun n'a correctement identifié les situations de maltraitance dans les vignettes cliniques proposées. (38)

Les médecins interrogés identifient les assistantes sociales, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou encore les services communaux d'action sociale (CCAS) comme des partenaires essentiels dans l'accompagnement de ces situations jugées complexes. Leur expertise est perçue comme un soutien dans l'orientation des démarches à entreprendre et comme un appui dans la conduite à tenir. La possibilité de s'appuyer sur ces acteurs apparaît ainsi susceptible de sécuriser la démarche du médecin.

Par ailleurs, le recours à des interlocuteurs institutionnels tels que le procureur de la République ou le Conseil national de l'Ordre des médecins est mentionné comme une ressource mobilisable afin d'obtenir un éclairage sur les obligations légales et les modalités de signalement. Dans ce contexte, l'accès à un conseil juridique est perçu comme permettant de limiter le risque d'erreur ou de mise en cause professionnelle, contribuant ainsi à lever certaines réticences liées aux implications médico-légales.

Néanmoins, plusieurs médecins rapportent des difficultés d'accès à ces relais, notamment en raison d'un manque de disponibilité ou de communication avec les services sociaux.

Dans ce contexte, certains médecins ont suggéré le recours à l'hospitalisation comme pouvant permettre une évaluation sociale plus approfondie, notamment par l'intervention d'assistants sociaux perçus comme plus accessibles. Cette hospitalisation était évoquée uniquement face à une situation de maltraitance perçue comme critique, avec pour premier objectif une mise en sécurité immédiate du patient. Cette alternative est toutefois contrebalancée par un discours des médecins soulignant également des difficultés de coordination et de communication avec les différents acteurs hospitaliers, notamment avec les gériatres ou médecins légistes.

Ce constat rejoint les données de la littérature mettant en évidence que les difficultés de coordination entre médecins généralistes et autres professionnels peuvent contribuer à un sentiment d'isolement (39) (40).

Ces éléments soulignent la dépendance des médecins généralistes à des ressources externes pour le repérage et la gestion de ces situations, tout en mettant en évidence les limites de l'accessibilité et de la coordination avec ces différents acteurs. Dans ce contexte, l'isolement professionnel parfois ressenti peut renforcer l'incertitude décisionnelle face à des situations complexes, et ainsi constituer un frein supplémentaire au dépistage des situations de maltraitance en soins primaires.

D. Les conséquences anticipées du dépistage : un processus perçu comme à risque

a) Une mise en tension de la relation de soin

L'évocation d'une possible situation de maltraitance apparaît susceptible de fragiliser la relation de soin telle qu'elle est perçue par les médecins interrogés. Certains redoutent que l'introduction de ce questionnaire puisse entraîner une fermeture du patient ou de son entourage, voire une rupture du suivi médical. Le dépistage est ainsi appréhendé comme pouvant altérer le climat de confiance nécessaire à la poursuite de la prise en charge.

Par ailleurs, les médecins expriment des inquiétudes quant aux conséquences potentielles d'un signalement sur la situation du patient, notamment le risque d'une aggravation des violences. Ces éléments traduisent une tension entre la volonté de protéger le patient et la crainte de compromettre sa sécurité immédiate ou la continuité des soins, plaçant le médecin face à un arbitrage complexe entre bénéfices attendus et risques perçus de l'intervention.

Ces résultats font écho à une étude ayant exploré les déterminants du signalement de la maltraitance des personnes âgées par les médecins généralistes dans un contexte de déclaration obligatoire (41). Dans cette étude, si 40 % des médecins déclarent avoir déjà détecté et signalé une situation de maltraitance, 50 % rapportaient avoir identifié une situation suspecte sans procéder à un signalement. Les auteurs mettent en évidence le risque de détérioration de la relation thérapeutique, certains praticiens craignant que le signalement entraîne une rupture du lien de confiance ou une perte de suivi.

Dans cette même étude, l'intervention des services sociaux ou judiciaires était perçue comme susceptible d'altérer la qualité de vie du patient, notamment en l'exposant à des

conflits familiaux ou à des représailles, ainsi qu'à une institutionnalisation non souhaitée. Le signalement impliquait également un transfert de la gestion de la situation vers des instances extérieures, pouvant engendrer chez les médecins un sentiment de perte de contrôle sur les décisions concernant l'intérêt du patient.

b) Une remise en question du positionnement professionnel

L'engagement dans des démarches de dépistage ou de signalement apparaît également susceptible de questionner le positionnement professionnel des médecins. Tout d'abord, l'évocation de situations impliquant d'autres professionnels de santé peut être perçue comme une remise en cause de la confraternité, suscitant une réticence à engager des démarches susceptibles de mettre en cause des pairs. À ce titre, une revue a montré que l'attitude des médecins pouvait influencer leur décision de signaler, notamment en raison d'une empathie envers l'auteur des faits lorsqu'il s'agit d'un autre professionnel (42).

Par ailleurs, la prise en charge de ces situations peut amener les médecins à intervenir dans des domaines perçus comme extérieurs à leur champ de compétence habituel, notamment lorsqu'elle nécessite de solliciter les dispositifs sociaux.

Cette difficulté semble d'autant plus marquée en situation d'incertitude. Cette confusion entre repérage clinique et démarche d'investigation apparaît toutefois problématique, dans la mesure où le rôle du médecin ne relève pas d'une fonction d'enquête, mais du signalement de faits observés ou rapportés lorsqu'une situation de maltraitance est suspectée. Ces éléments peuvent également être mis en perspective avec les résultats d'une étude menée auprès de professionnels de santé italiens, qui met en évidence cette appréhension, pouvant conduire certains professionnels à attendre un niveau de certitude

élevé avant d'engager une démarche : 76 % des participants estimaient que le signalement ne devait être effectué qu'en présence de preuves convaincantes. (43)

Le dépistage de la maltraitance apparaît alors comme une activité située à l'interface entre soin et intervention sociale, certains médecins pouvant avoir également le sentiment d'endosser un rôle d'investigation ne relevant pas de leurs missions cliniques.

c) Une exposition à une incertitude médico légale

Enfin, le dépistage de la maltraitance expose les médecins à une forme d'incertitude médico-légale. Les implications juridiques des démarches entreprises, notamment en lien avec le respect du secret médical et des obligations déontologiques, constituent également une source d'inquiétude.

Toutefois, le cadre juridique français prévoit par l'article 226-14 du Code pénal que le secret professionnel n'est pas applicable au médecin qui porte à la connaissance des autorités judiciaires, médicales ou administratives des privations ou des sévices infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (44). Ainsi, lorsqu'une personne âgée est considérée comme vulnérable, le signalement peut être effectué sans engager la responsabilité pénale du praticien au titre de la violation du secret professionnel.

Néanmoins, l'appréciation du caractère vulnérable peut reposer sur une évaluation subjective. Cette incertitude peut ainsi entretenir les craintes médico-légales chez les praticiens lorsqu'ils ne disposent pas d'éléments formellement établis.

III. Forces et limites de l'étude

A. Forces

Cette étude repose sur une méthodologie qualitative par théorisation ancrée, particulièrement adaptée à l'exploration des représentations et des pratiques des médecins généralistes.

La diversité des profils des participants, en termes de lieux et de modes d'exercice, a permis de recueillir des expériences variées.

Par ailleurs, la poursuite des entretiens jusqu'à l'obtention d'une saturation théorique des données a permis d'assurer l'exploration approfondie des thématiques explorées.

L'analyse des verbatims selon une approche inductive a également favorisé l'émergence de catégories issues directement du terrain, limitant le risque d'imposer un cadre théorique préexistant.

B. Limites

Cette étude présente toutefois certaines limites.

Les modalités d'inclusion des participants sur la base du volontariat ont pu influencer la composition de l'échantillon, les médecins les plus sensibilisés à la problématique de la maltraitance pouvant être plus enclins à participer.

Par ailleurs, l'interaction entre l'investigatrice et les participants lors des entretiens a pu influencer les discours recueillis. Malgré la retranscription intégrale des entretiens, un travail réflexif continu et la triangulation des données, certaines formulations de relance ou réactions non verbales ont pu orienter les propos des participants.

Une adaptation du discours aux attentes perçues de l'investigatrice ne peut également être exclue, certains participants ayant pu ajuster leurs réponses au regard de la dimension sensible du sujet abordé.

En outre, les situations évoquées reposant sur les souvenirs des participants, certaines expériences marquantes ont pu être davantage mises en avant, tandis que d'autres ont pu être moins précisément rapportées.

Enfin, la réalisation de l'étude dans une région spécifique peut limiter la transférabilité des résultats à d'autres contextes d'exercice.

IV. Bilan et perspectives

A) Implications pour la pratique clinique

Les résultats de cette étude suggèrent que le dépistage des situations de maltraitance en médecine générale repose largement sur le jugement clinique, souvent en l'absence de signes physiques évidents.

Dans ce contexte, l'utilisation d'outils de repérage standardisés pourrait constituer un appui pour les médecins face à des situations jugées incertaines.

Un abord plus systématique des dimensions sociales et environnementales lors du suivi des patients âgés pourrait également favoriser l'identification précoce de situations à risque.

B) Implications organisationnelles

Le repérage apparaît comme dépendant de la mobilisation de relais médico-sociaux. Les difficultés d'accès à ces ressources et le manque de coordination peuvent toutefois limiter l'implication des médecins généralistes. Le renforcement des échanges interprofessionnels en soins primaires pourrait contribuer à sécuriser ces pratiques et à réduire le sentiment d'isolement décisionnel.

C) Implications pour la formation

Les résultats mettent en évidence un besoin de formation concernant le repérage et la gestion des situations de maltraitance.

L'intégration d'un stage de gériatrie au cours de l'internat de médecine générale pourrait constituer un levier d'amélioration des compétences dans ce domaine.

D) Perspectives de recherche

Cette étude ouvre plusieurs perspectives de recherche.

Dans le contexte français, des études interventionnelles pourraient être menées en médecine générale afin d'évaluer l'intérêt de l'intégration d'outils standardisés de repérage dans la pratique quotidienne, ainsi que leur acceptabilité par les praticiens.

Par ailleurs, l'impact de dispositifs de coordination territoriaux, tels que les DAC, sur l'identification et la prise en charge de ces situations pourrait également faire l'objet d'évaluations en soins primaires.

En outre, des recherches complémentaires pourraient également s'intéresser aux représentations sociales de la maltraitance : le contexte territorial de vie influence-t-il l'identification et la verbalisation des situations de maltraitance par les patients âgés ?

Comment les représentations professionnelles des médecins généralistes à l'égard de

certaines populations (notamment rurales) influencent-elles leur perception des situations de maltraitance ?

Enfin, des travaux pourraient s'intéresser à l'influence de la formation initiale sur les pratiques de dépistage, en comparant par exemple les médecins généralistes ayant bénéficié d'un stage en gériatrie au cours de leur internat à ceux n'en ayant pas bénéficié.

5. CONCLUSION

Cette étude montre que le dépistage de la maltraitance des personnes âgées en médecine générale ne relève pas d'un simple réflexe clinique, mais d'un équilibre fragile entre évaluation médicale, contexte de vie du patient et conditions d'exercice.

L'identification de ces situations repose encore largement sur une appréciation individuelle, en l'absence de repères clairement diffusés.

Certaines formes de maltraitance, peu visibles ou non intentionnelles, restent difficiles à nommer. Elles peuvent être relativisées, différées ou ne pas être reconnues comme relevant d'un signal d'alerte.

Les troubles cognitifs, le silence du patient ou la présence de l'entourage modifient les possibilités d'expression et compliquent l'analyse clinique. Le médecin est alors confronté à une incertitude persistante quant à la réalité des faits rapportés, à la volonté du patient et aux conséquences potentielles de son intervention.

Dans ce contexte, engager une démarche de repérage ne constitue pas un acte neutre. L'évocation d'une suspicion peut fragiliser le lien avec le patient ou ses proches. Le signalement est perçu comme une décision lourde, susceptible d'exposer le patient à des répercussions imprévisibles. Cette tension place le médecin dans un arbitrage constant entre protection et continuité de la prise en charge.

De plus, les contraintes de temps, l'exercice isolé et les difficultés d'accès aux relais sociaux limitent les possibilités d'action. Le dépistage apparaît alors comme une activité

située aux frontières du champ médical, pour laquelle les praticiens se sentent parfois insuffisamment légitimes ou outillés.

Ces résultats invitent ainsi à déplacer le regard porté sur le repérage de la maltraitance en soins primaires. Il ne peut reposer sur la seule initiative du médecin généraliste, tenu d'agir dans un contexte d'incertitude, sans cadre partagé ni soutien clairement identifié.

Créer des repères communs et rendre accessibles les relais mobilisables apparaît dès lors comme une condition nécessaire pour transformer une vigilance individuelle en capacité d'action.

En définitive, permettre au médecin généraliste d'intervenir sans rompre le lien de soin ni assumer seul les conséquences de ces décisions, constitue aujourd'hui un enjeu majeur dans la protection des personnes âgées en situation de vulnérabilité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 1 févr 2017;5(2):e147-56. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2 PubMed PMID: 28104184.
2. Kennedy C, Will J. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Int J Nurs Pract*. 1 févr 2021;27(1):e12870. doi:10.1111/ijn.12870
3. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. juin 2015;63(6):1214-38. doi:10.1111/jgs.13454 PubMed PMID: 26096395; PubMed Central PMCID: PMC9958516.
4. Concertation Grand âge et autonomie | vie-publique.fr [Internet]. 2019 [cité 24 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/38637-concertation-grand-age-et-autonomie>
5. Fox AW. Elder abuse. *Med Sci Law*. juill 2012;52(3):128-36. doi:10.1258/msl.2011.011124 PubMed PMID: 22833482.
6. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8). doi:10.1002/14651858.CD010321.pub2
7. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med*. 2005;37(7):481-5. PubMed PMID: 15988632.
8. Rosen T, Platts-Mills TF, Fulmer T. Screening for Elder Mistreatment in Emergency Departments: Current Progress and Recommendations for Next Steps. *J Elder Abuse Negl*. juin 2020;32(3):295-315. doi:10.1080/08946566.2020.1768997 PubMed PMID: 32508284; PubMed Central PMCID: PMC7520626.
9. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med*. 12 nov 2015;373(20):1947-56. doi:10.1056/NEJMra1404688 PubMed PMID: 26559573.
10. 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. doi:10.1503/cmaj.141329 PubMed PMID: 25852037.
11. SCHMEIDEL AN, DALY JM, ROSENBAUM ME, SCHMUCH 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. doi:10.1080/08946566.2011.608044 PubMed PMID: 22206510; PubMed Central PMCID: PMC3298114.
12. Mohd Mydin FH, Othman S. Elder Abuse and Neglect Intervention in the Clinical Setting: Perceptions and Barriers Faced by Primary Care Physicians in Malaysia. *J Interpers Violence*. nov 2020;35(23-24):6041-66. doi:10.1177/0886260517726411 PubMed PMID: 29294874.

13. Roberto KA. The complexities of elder abuse. *Am Psychol.* 2016;71(4):302-11. doi:10.1037/a0040259
14. Goergen T, Beaulieu M. Critical concepts in elder abuse research. *Int Psychogeriatr.* 1 août 2013;25(8):1217-28. doi:10.1017/S1041610213000501 PubMed PMID: 23575191.
15. Dong X. Do the Definitions of Elder Mistreatment Subtypes Matter? Findings From the PINE Study. *J Gerontol Ser A.* 1 nov 2014;69(Suppl_2):S68-75. doi:10.1093/gerona/glu141
16. Article L119-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 19 févr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045135272
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 févr 2026]. 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
18. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl.* 2008;20(3):276-300. doi:10.1080/08946560801973168 PubMed PMID: 18928055.
19. Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and Elder Abuse. *Clin Geriatr Med.* 1 mai 2005;21(2):315-32. doi:10.1016/j.cger.2004.11.002 PubMed PMID: 15804553.
20. Moye J, Karel MJ, Edelstein B, Hicken B, Armesto JC, Gurrera RJ. Assessment of Capacity to Consent to Treatment: Challenges, the "ACCT" Approach, Directions. *Clin Gerontol.* 3 mars 2007;31(3):37-66. doi:10.1080/07317110802072140
21. Hegde S, Ellajosyula R. Capacity issues and decision-making in dementia. *Ann Indian Acad Neurol.* oct 2016;19(Suppl 1):S34. doi:10.4103/0972-2327.192890
22. Barstow C, Shahan B, Roberts M. Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice. *Am Fam Physician.* 1 juill 2018;98(1):40-6.
23. Okonkwo OC, Griffith HR, Belue K, Lanza S, Zamrini EY, Harrell LE, et al. Cognitive models of medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *J Int Neuropsychol Soc.* mars 2008;14(2):297-308. doi:10.1017/S1355617708080338
24. Sugawara N, Yasui-Furukori N, Sumiyoshi T. Competence to Consent and Its Relationship With Cognitive Function in Patients With Schizophrenia. *Front Psychiatry.* 12 avr 2019;10. doi:10.3389/fpsy.2019.00195
25. Ladwig S, Pauls F, Gerke L, Trachsel M, Nestoriuc Y. Capacity to consent to psychotherapy: Reliability of the newly adapted German version of the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment for psychotherapy. *Clin Psychol Psychother.* 22 nov 2023. doi:10.1002/cpp.2935 PubMed PMID: 37993109.

26. Lamont S, Jeon YH, Chiarella M. Assessing patient capacity to consent to treatment: an integrative review of instruments and tools. *J Clin Nurs*. sept 2013;22(17-18):2387-403. doi:10.1111/jocn.12215 PubMed PMID: 23650907.
27. Burnes D, Breckman R, Henderson CR Jr, Lachs MS, Pillemer K. Utilization of Formal Support Services for Elder Abuse: Do Informal Supporters Make a Difference? *The Gerontologist*. 16 juill 2019;59(4):619-24. doi:10.1093/geront/gny074
28. Cooper C, Huzzey L, Livingston G. The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. *Int Psychogeriatr*. 1 sept 2012;24(9):1447-53. doi:10.1017/S1041610212000403
29. 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. PubMed PMID: 16573305; PubMed Central PMCID: PMC2576103.
30. Scott A, Ryan A, James I, Mitchell EA. Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *Int J Older People Nurs*. 2011;6(2):110-22. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x
31. Ferreira M, Santos CL dos, Vieira DN. Detection and Intervention Strategies by Primary Health Care Professionals in Suspected Elder Abuse. *Acta Médica Port*. 7 oct 2015;28(6):687-94. doi:10.20344/amp.6706
32. Koga C, Hanazato M, Tsuji T, Suzuki N, Kondo K. Elder Abuse and Social Capital in Older Adults: The Japan Gerontological Evaluation Study. *Gerontology*. 2020;66(2):149-59. doi:10.1159/000502544
33. Knight BG, Kim S, Rastegar S, Jones S, Jump V, Wong S. Influences on the perception of elder financial abuse among older adults in Southern California. *Int Psychogeriatr*. 1 janv 2016;28(1):163-9. doi:10.1017/S1041610215000587 PubMed PMID: 25937043.
34. Abbey L. Elder abuse and neglect: when home is not safe. *Clin Geriatr Med*. févr 2009;25(1):47-60, vi. doi:10.1016/j.cger.2008.10.003 PubMed PMID: 19217492.
35. 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. doi:10.1080/08946566.2013.827955 PubMed PMID: 24779541.
36. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 22 avr 2011;12(1):24. doi:10.1186/1471-2296-12-24
37. Pochert M, Voigt K, Bortz M, Sattler A, Schübel J, Bergmann A. The workload for home visits by German family practitioners: an analysis of regional variation in a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 4 janv 2019;20(1):3. doi:10.1186/s12875-018-0891-6 PubMed PMID: 30609917; PubMed Central PMCID: PMC6318834.

38. Caciula I, Livingston G, Caciula R, Cooper C. Recognition of elder abuse by home care workers and older people in Romania. *Int Psychogeriatr*. 1 mai 2010;22(3):403-8. doi:10.1017/S104161020999161X PubMed PMID: 20096154.
39. Aira M, Mäntyselkä P, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Occupational isolation among general practitioners in Finland. *Occup Med*. sept 2010;60(6):430-5. doi:10.1093/occmed/kqq082 PubMed PMID: 20571099.
40. Quinn MA, Wilcox A, Orav EJ, Bates DW, Simon SR. The relationship between perceived practice quality and quality improvement activities and physician practice dissatisfaction, professional isolation, and work-life stress. *Med Care*. août 2009;47(8):924-8. doi:10.1097/MLR.0b013e3181a393e4 PubMed PMID: 19543122.
41. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory Reporting of Elder Abuse: Between a Rock and a Hard Place. *Ann Fam Med*. 1 sept 2006;4(5):403-9. doi:10.1370/afm.575 PubMed PMID: 17003139.
42. Touza Garma C. Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: An exploratory systematic review. *Psychosoc Interv*. 1 août 2017;26(2):73-91. doi:10.1016/j.psi.2016.11.001
43. Mazzotti MC, Scarcella E, D'Antone E, Fersini F, Salsi G, Ingravallo F, et al. Italian healthcare professionals' attitude and barriers to mandatory reporting of elder abuse: An exploratory study. *J Forensic Leg Med*. 1 avr 2019;63:26-30. doi:10.1016/j.jflm.2019.02.007
44. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 22 févr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171?utm_source=chatgpt.com

ANNEXES

Annexe 1 : Grille COREQ

La grille COREQ permet de juger de la qualité d'un travail de recherche qualitative. La voici complétée des réponses en lien avec cette étude.

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur /animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	DOULAMI Nawelle
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplaçant en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche

Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Connaissance avec un participant
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Connaissance du thème dans la lettre d'information
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Interne en médecine générale réalisant une thèse sur la maltraitance des personnes âgées

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse s'inspirant de la théorisation ancrée
--	--	---

Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Au fur et à mesure des rencontres pour une diversité
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Courriel
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	3

Contexte

14. Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des médecins généralistes
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf résultats

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide	Oui
-----------------------	---	-----

	d'entretien avait-il été testé au préalable ?	
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui en audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	En moyenne 31 minutes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui. Saturation des données nécessaires avec deux entretiens supplémentaires
23. Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données :

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux et relu par le dicteur de thèse
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant a été utilisé pour gérer les données ?	Excel
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui avec un numéro
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 2 : Guide d'entretien semi dirigé initial

J'aimerais qu'on parle de la maltraitance des personnes âgées, est-ce que vous êtes d'accord ?

Question d'introduction :

Avant de commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter ? Votre âge, début de pratique, votre patientèle, votre activité, votre type d'exercice ?

1. Racontez-moi la dernière situation où vous avez été confronté à une situation de maltraitance de personne âgée ?

En maison de retraite ? Au domicile ? Personne maltraitante ? Maltraitance physique/verbal, négligence ? Patient dément ? Qu'avez-vous ressenti ?

2. Comment définissez-vous la maltraitance à personne âgée ?

Qu'est-ce que pour vous la maltraitance à personne âgée ? Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand on parle de maltraitance de personne âgée ?

Quels sont les signes de maltraitance, les différents types de maltraitance ?

3. De façon générale, lors d'une consultation d'une personne âgée au cabinet, comment évoquez-vous la maltraitance ? (Il y a-t-il des conditions particulières pour que vous y pensiez ? des signes d'alerte ? des facteurs de risque)

4. Dans quel cas êtes-vous en difficulté à dépister la maltraitance ?

Pour quelles raisons ?

(Évoquer les difficultés à l'après dépistage : signalement etc...)

6. Y-a t'il d'autres situations où vous avez été confronté à la maltraitance à personne âgée ? Reposer les mêmes questions mais pour une deuxième situation

7. À partir de ce que vous m'avez dit, selon vous, quels sont les progrès à faire pour un meilleur dépistage ?

Quels sont vos besoins concernant ce sujet ?

Annexe 3 : Guide d'entretien semi dirigé final

J'aimerais qu'on parle de la maltraitance des personnes âgées, est-ce que vous êtes d'accord ?

Question d'introduction :

Avant de commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter ? Votre âge, début de pratique, votre patientèle, votre activité, votre type d'exercice ...?

1. Comment définissez-vous la maltraitance à personne âgée ?

Qu'est-ce que pour vous la maltraitance à personne âgée ? Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand on parle de maltraitance de personne âgée ?

Quels sont les signes de maltraitance, les différents types de maltraitance ?

2. Y a-t-il des éléments qui vous mettent particulièrement en alerte ?

3. Racontez-moi la dernière situation où vous avez été confronté à une situation de maltraitance de personne âgée ?

En maison de retraite ? Au domicile ? Personne maltraitante ? Maltraitance physique/verbal, négligence ? Patient dément ? Qu'avez-vous ressenti ?

3. De façon générale, lors d'une consultation d'une personne âgée au cabinet, comment évoquez-vous la maltraitance ? (Il y a-t-il des conditions particulières pour que vous y pensiez ? des signes d'alerte ? des facteurs de risque)

4. Dans quel cas êtes-vous en difficulté à dépister la maltraitance ?

Pour quelles raisons ? « Qu'est-ce qui vous semble le plus délicat à gérer dans ces situations-là ? »

(Évoquer les difficultés à l'après dépistage : signalement etc...)

5. Y a-t-il des situations où vous avez le sentiment de ne pas aller aussi loin que vous le souhaiteriez ?

6. Qu'est-ce qui, dans votre parcours professionnel, vous a aidé à aborder ces situations ?

7. Pouvez-vous me parler de la place que prend la visite à domicile dans votre pratique auprès des personnes âgées ?

8. Avec le recul, est-ce que votre manière d'aborder ces situations a évolué au fil du temps ?

9 Y a-t-il d'autres situations où vous avez été confronté à la maltraitance à personne âgée ? *Reposer les mêmes questions mais pour une deuxième situation*

10. À partir de ce que vous m'avez dit, selon vous, quels sont les progrès à faire pour un meilleur dépistage ?

Quels sont vos besoins concernant ce sujet ?

Annexe 4 : Intégralité des verbatims

L'intégralité des verbatims et leur analyse se trouve sur le lien ci-dessous :

[Intégralité des verbatims](#)

Annexe 5 : Tableau d'analyse

L'arbre de codage issu de l'analyse qualitative menée dans le cadre de cette étude expose la structuration des données en thèmes, catégories, propriétés, élaborée à partir du codage des entretiens.

[Tableau d'analyse](#)

Annexe 6 : Autorisation CNIL



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Facteurs influençant le dépistage de la maltraitance des personnes âgées par les médecins généralistes
Référence Registre DPO : 2024-210
Responsable scientifique : M. Maurice PONCHANT Interlocuteur (s) : Mme Nawelle DOULAMI

Fait à Lille,

Le 12 novembre 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEURE : Nom : DOULAMI

Prénom : Nawelle

Date de soutenance : 03/04/2026

Titre de la thèse : Facteurs influençant le dépistage de la maltraitance des personnes âgées par les médecins généralistes des Hauts de France

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : « elder abuse », « family physician » « elderly » « general practitioner »

Résumé :

Contexte :

La maltraitance des personnes âgées constitue un enjeu majeur de santé publique, encore largement sous-décelé en soins primaires. Les médecins généralistes, en raison de leur rôle de premier recours et du suivi longitudinal qu'ils assurent auprès des patients âgés, occupent une position privilégiée pour en assurer le repérage. Toutefois, les déterminants de ce repérage restent encore insuffisamment décrits. L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs influençant le dépistage de la maltraitance des personnes âgées par les médecins généralistes.

Méthode :

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés à l'aide d'une grille d'entretien, menés auprès de neuf médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. Les entretiens ont été intégralement retranscrits, puis analysés selon une méthode d'analyse inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats :

Le dépistage de la maltraitance repose principalement sur le jugement clinique des médecins généralistes, en raison d'un recours limité à des repères pourtant existants. Le caractère sensible de ces situations, les troubles cognitifs du patient et la crainte des conséquences du signalement compliquent leur identification et limitent l'engagement dans ces démarches.

Discussion et Conclusion :

Ces résultats suggèrent que le repérage de la maltraitance en médecine générale dépasse le cadre strictement clinique et s'inscrit dans un contexte d'incertitude décisionnelle. Le développement d'outils de repérage standardisés, d'une formation spécifique et de relais identifiés pourrait soutenir les médecins généralistes dans la gestion de ces situations en pratique courante.

Composition du Jury :**Président : Professeure Florence RICHARD****Assesseur : Docteure Judith OLLIVON****Directeur de thèse : Docteur Maurice PONCHANT**