

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Claire CORBILLÉ

Née le 21 octobre 1994 à Nantes (44)

TITRE

**Intervention du médecin confronté à une suspicion de maltraitance
intrafamiliale du sujet âgé : une étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le **15 octobre 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine
- Tours

Docteur Jean ROBERT, Médecine Générale - Tours

Directeur de thèse : Docteur Thomas LEONARD, Psychiatrie, PH, CHU-Tours

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Bertrand Fougère, je vous remercie d'être présent pour présider ce jury. Merci également pour votre engagement dans la déconstruction des préjugés sur notre belle spécialité.

À Madame la Professeure Pauline Saint-Martin, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci de former de nombreux futurs médecins dont je fais partie aux sujets des maltraitances quelles qu'elles soient.

À Monsieur le Docteur Jean Robert, je vous témoigne ma reconnaissance pour l'accompagnement que vous avez offert à ce travail. Merci pour la bienveillance et la pertinence des commentaires que vous avez apportés. Merci également de m'avoir initiée à la méthode qualitative et pour votre curiosité constante au fil des entretiens.

À Monsieur le Docteur Thomas Léonard, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez immédiatement apporté au sujet de ce travail et pour l'accompagnement que vous m'avez proposé durant ces dernières années. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et pour avoir su veiller aux moments où j'avais besoin d'être remotivée.

À mes parents, un merci infini de m'avoir soutenue dans ma volonté de devenir médecin et dans les péripéties qui allaient avec.

Maman, merci de m'avoir appris la persévérance et de m'avoir permis de partager avec toi ton quotidien d'aidante auprès de ceux qui nous sont si chers.

Papa, merci de m'avoir transmis les valeurs de l'engagement. Mes études auraient probablement été plus courtes sans celles-ci mais beaucoup moins belles.

À Juliette, mon incroyable petite sœur. Merci d'être si unique et drôle. Mille mercis d'avoir mis à disposition de ce travail tes pouvoirs magiques de polyglotte. Je serai toujours impatiente de te retrouver où que tu sois dans ce monde.

À mes grands-parents, merci d'avoir accompagné mon enfance et de m'avoir donné tant de souvenirs heureux.

Aux musiciens que j'ai écouté en boucle pendant la réalisation de ce travail, merci.

Aux médecins qui ont accepté de répondre aux entretiens de ce travail, merci.

À *mes amis*, mille mercis pour votre présence pendant toutes ces années, pour tous les moments de rire, tous les RU, tous les Cubrik, toutes les valeurs et les engagements communs.

À *Arthur*, merci de m'avoir un jour invitée à éteindre des lumières qui finalement restées allumées m'ont permis de trouver un chemin jusqu'à Tours.

À *Juliette*, merci pour ta sororité indéfectible. Ta bonne humeur régaloche ma vie tourangelles.

À *Louis*, merci pour tous les rires, toute la malice, toutes les anecdotes phylogénétiques, tous les Roland Garros, puzzles et mots fléchés partagés.

À *Marianne*, merci pour ta gentillesse, pour le prêt de ton oreille attentive à toute épreuve, pour les balades avec Marou et les films de qualité variée aux Studios.

À *Coralie*, merci pour cet internat partagé aux deux extrémités de la vie, pour les aventures orléanaises et pour les sessions de travail qui nous ont permis d'être Docteurs aujourd'hui.

À *Cécile*, merci d'être entrée en chanson dans ma vie, merci pour les quizz.

À *Clément*, merci de nous avoir permis de construire ensemble un bout de nos vies. Merci d'avoir contribué à faire de moi celle que je suis aujourd'hui.

À *Nath*, merci pour tous les succulents repas de ces études.

À *QHI*, merci d'avoir su cultiver les petites révolutions qu'on a menées.

À *Matthieu et Célia*, merci de savoir mener une amitié à distance géographique sans qu'on ait le sentiment de s'être beaucoup séparés à chaque retrouvaille.

À *Ambrou*, merci d'avoir ce caractère si attachant. À *Yoann*, merci de refaire le monde, d'alimenter la politique-fiction et de revenir régulièrement me titiller pour militer.

À *Paul*, merci d'avoir fini de me convaincre de choisir cette spécialité, merci pour les verres en ville avec Benjamin et pour ton grain de folie.

À *mes cointernes de tous les stages*, cet internat n'aurait pas été le même sans vous. Un merci tout particulier à *Cécile* pour avoir été la meilleure cointerne de notre toute petite promo. À *Piotr, Camille et Yannick* merci d'avoir permis notre survie collective au milieu des microbes.

À *Marine et Maxime*, je suis contente de vous avoir aidés à vous acclimater à cette ville.

Aux *soignant.e.s, travailleurs sociaux et médecins qui m'ont formée*, merci de m'avoir permis d'évoluer dans un climat serein et de m'avoir appris les trucs et astuces de la gériatrie. À *Joëlle*, merci de m'avoir confirmé que la gériatrie était un bon choix et de m'avoir transmis ton savoir-faire et savoir être. À *Léa*, merci d'avoir été là comme interne le jour où j'ai fait ce choix puis comme chef de galère du secteur vert. À *M'hammed et à l'EMVMA*, à *Cécile*, merci de m'avoir apporté une vision complémentaire si capitale de ce que peut être la gériatrie.

RÉSUMÉ

Intervention du médecin confronté à une suspicion de maltraitance intrafamiliale du sujet âgé : une étude qualitative

Introduction : La maltraitance concerne environ 15% des personnes de plus de 60 ans dans le monde sur un an et ses auteurs sont fréquemment issus de l'entourage familial. Contrairement à la maltraitance à l'encontre des enfants ou des femmes, il n'existe pas de recommandations de bonne pratique concernant la maltraitance du sujet âgé. Notre étude vise à interroger des médecins de différentes spécialités sur leur intervention lorsqu'ils sont confrontés à une suspicion de maltraitance intrafamiliale du sujet âgé.

Méthode : Une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en Indre-et-Loire auprès de médecins de différentes spécialités jusqu'à obtention de la suffisance des données.

Résultats : 10 entretiens semi-dirigés ont été analysés. L'intervention du médecin comportait une phase d'évaluation de la situation de maltraitance supposée. Puis, il proposait différentes actions d'ordre médico-social à destination du patient et de sa famille en maintenant l'alliance thérapeutique. Il sollicitait plus rarement le système judiciaire en cas de dangerosité pour le patient voire d'échec des alternatives proposées. Le médecin recherchait une discussion collégiale dont les acteurs ne semblaient pas clairement identifiés. Une large majorité des entretiens rapportait des situations en lien avec des troubles cognitifs et soulevait le rôle des aidants familiaux et le risque que leur épuisement puisse induire de la maltraitance.

Conclusion : La maltraitance intrafamiliale du sujet âgé apparaît comme une situation complexe où le médecin apporte des réponses médico-sociales adaptées. Des recommandations de bonne pratique abordant les spécificités des vulnérabilités gériatriques, de la relation aidant-aidé et identifiant des acteurs clés à solliciter pourraient faciliter l'intervention médicale.

Mots-clés : maltraitance du sujet âgé, violence, relations familiales, intervention médicale, recherche qualitative.

ABSTRACT

Intervention of the Physician Faced with Suspected Abuse of Older People within the Family: a Qualitative Study

Introduction: Abuse of older people affects around 15% of people over 60 years of age worldwide over the course of a year and its perpetrators are often family members. Unlike the abuse of children or women, there are no clinical guidelines on the abuse of older people. The aim of our study is to ask physicians from different specialties about their medical response to suspected abuse of older people within the family.

Methods: A qualitative study with an analysis inspired by grounded theory was carried out. Semi-structured interviews were conducted in a French department (Indre-et-Loire) with physicians from different specialties until data sufficiency was obtained.

Results: 10 semi-structured interviews were analyzed. The physician's intervention was made of a first assessment of the suspected abuse situation. Then he suggested different actions to the patient and his family in medical and/or social fields while keeping a therapeutic alliance. More rarely, he would involve the judicial system when the patient was submitted to a dangerous situation or when previous proposed actions were insufficient. The physician was seeking for a collegial discussion whose stakeholders didn't seem clearly identified. A large majority of interviews reported situations related to neurocognitive disorders and exposed the role of family caregivers and the risk that their burden could lead to abuse.

Conclusion: Abuse of older people in the family is a complex situation in which the physician gives adapted medical and/or social responses. Clinical guidelines mentioning the specificities of geriatric vulnerabilities, of caregiver-care receiver relationship and identifying key stakeholders to be involved could facilitate the medical intervention.

Keywords: Abuse of older people, violence, family relations, medical intervention, qualitative research.

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	13
METHODS	13
Population of the Study	14
Data Collection	14
Data Analysis	14
Ethical Aspects of the Research	15
RESULTS	15
The Physician Assesses the Suspected Situation of Abuse of Older People within the Family	16
The Physician Implements Medical and Social Actions	17
The Physician Involves the Judicial System	18
Seeking Collegiality	19
The Goal of Maintaining the Therapeutic Alliance	20
Factors Modulating Assessment and Intervention	21
<i>Perceptions of Abuse</i>	21
<i>Physician's Feelings</i>	21
<i>Physician's Knowledge and Skills</i>	22
<i>Physician's Role in Society</i>	22
<i>Physician's View of the Role of Justice</i>	23
<i>Benefit-risk Balance of Intervention</i>	23
<i>Logistical Barriers</i>	24
DISCUSSION	24
Strengths and Limitations of the Study	25
Assessment Supported by Definitions	26
Identifying Appropriate Interlocutors	27
Specific Situations of Neurocognitive Disorders and the Caregiver-Care Recipient Relationship in the Family	28
CONCLUSION	29
REFERENCES	31
APPENDICES	35
Topic guide of the interview	35
Information and Consent Note	36
Results' Verbatims in their Original French Version	38

INTRODUCTION

Abuse affects approximately 15% of people over 60 years of age worldwide over the course of a year (1) and is associated with an increased risk of mortality (2) and hospitalization (3,4). Abuse of older people is defined by World Health Organization as *“a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust, which causes harm or distress to an older person”*. It includes multiple forms of abuse: *“physical, sexual, psychological and emotional abuse; financial and material abuse; abandonment; neglect; and serious loss of dignity and respect”* (5). This is one of the topics of the Decade of Healthy Ageing 2021-2030 (6,7).

There is no national study on the prevalence of abuse of older people in France. The main data come from calls received by the 3977 Federation, which operates the national helpline dedicated to combating abuse of older people and/or adults with disabilities. These data identify family members as the perpetrators of abuse in almost half of the calls received for older people (8). Unlike the abuse of children or women, there are as yet no national clinical guidelines for older people. As part of the National Strategy to Combat Abuse, work is underway on vulnerable adults (9), which may in some cases include older people, and physicians have been identified as key players in this fight (10). The desire for institutional framing shows the current interest in France in the issues raised by this research.

Abuse of older people in France has been the subject of general medicine thesis only among practitioners in this specialty. Those works highlight general practitioners' lack of training on this subject and their relative isolation when faced with such a problem (11,12). The way in which French physicians act in this situation is not described in the literature. Our study aims to question physicians from different specialties on their intervention when they are faced with a suspicion of abuse of older people within the family.

METHODS

A qualitative study with an analysis inspired by grounded theory (13) was carried out. This method was chosen to understand the interventions proposed by physicians faced with a suspicion of abuse of older people within the family and to explain it with a model formulating a hypothesis about these interventions and the factors influencing them.

Population of the Study

A purposive sample of physicians from different specialties (general medicine, geriatrics, geriatric psychiatry and emergency medicine) was recruited to explore the different visions that may exist of abuse in the care pathway of an older patient. All the participants worked in the same French department (Indre-et-Loire) and took part in the study between August 2023 and May 2024. They were contacted by email or telephone, by prior acquaintance or recommendation. Three interview proposals remained unanswered. There was no explicit refusal.

Socio-demographic characteristics were collected: age, gender, place of practice, number of years of practice, specific training in geriatrics, specific training on abuse.

Data Collection

The participants did not know the precise purpose of the research and were told only that it concerned the care provided to older people in order to encourage spontaneous responses.

Data were collected through individual semi-directed interviews conducted by the study's principal investigator. This type of interview uses open-ended questions allowing participants to express their feelings and representations relatively freely, while seeking to explore the same issues in each interview.

The topic guide (see Appendix 1) was developed based on the initial hypotheses, the preliminary bibliographic research and two meetings with social workers to clarify the research question. It was tested during the first three interviews and then adapted and remained modifiable throughout the study.

The interviews were recorded vocally and then transcribed word for word and anonymized on Word®. The verbatim transcripts were not submitted to the participants for proofreading.

Data Analysis

The interviews were analyzed using Excel® which allowed to extract units of meaning from the verbatim, to assign them a code and to construct properties and categories as the open analysis progressed. This analysis was carried out by the principal investigator and then discussed with the thesis directors who had access to the verbatim as well as to the analysis

in progress.

The constant comparison between the interviews enabled the emergence of links between the categories and the creation of an explanatory model in response to the research question.

The study was conducted until data sufficiency was obtained and recruitment was stopped after a final interview to confirm it.

Ethical Aspects of the Research

Considering French law this study did not require ethical advice. An information note was given to the participants. Their oral and written consent was obtained for the voice recording of the interviews (see Appendix 2).

RESULTS

Ten interviews were conducted with physicians. Data sufficiency was achieved after nine interviews. One interview was conducted by videoconference due to logistical reasons.

Participants ranged in age from 29 to 59 years. There were 5 women and 5 men. One participant had received training on abuse as part of continuing medical education. The characteristics of the interviews and participants are shown in Table 1.

Table 1: Characteristics of Interviews and Participants

Interview reference	E01	E02	E03	E04	E05	E06	E07	E08	E09	E10
Location of interview	Office	Office	Home	Office	VC	Office	Office	Office	Office	Office
Duration (minute)	19	19	31	35	24	20	16	28	20	21
Physician specialty	GM	GM	GM	G	G	G	EM	GPsy	GPsy	GPsy
Duration of practice (year)	1	31	18	4	20	29	5	7	1,5	15
Place of practice	C	C	C	H	H	H	H	Both	Both	Both
Training in geriatrics	No	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes
Training in abuse	No	No	Yes	No	No	No	No	No	No	No

VC: videoconference, GM: general medicine, G: geriatrics, EM: emergency medicine, GPsy: geriatric psychiatry, C: community medicine, H: hospital.

The Physician Assesses the Suspected Situation of Abuse of Older People within the Family

All participants first assessed the situation. They collected the patient's complaint and compared it with the views of family members or professionals involved with the patient. Several participants mentioned the value of an additional assessment at the patient's home.

"People are really very different in their homes, having done a few home visits with the external mobile geriatric team. [...] But it allows us to see in what kind of environment they live, how they interact within their environment, and that's incredibly informative about their lifestyle and ultimately their daily life." E09

Their assessment included consideration of the patient's medical history, focusing mainly on cognitive and psychiatric disorders. These disorders could raise questions about the patient's decision-making autonomy and vulnerability.

"The lady had a neurodegenerative condition, she was, she was probably not able to make decisions for herself huh, at least until proven otherwise, and the daughter who could have been a reference for her mother in this situation, was also, she was also unreliable." E04

The physicians interviewed also reported an analysis of the patient's family dynamics to support their assessment of the situation. Suspected cases of abuse reported by participants could lead to clinical consequences. In most cases these were manifested as geriatric syndromes.

"And besides that, it was leading to delirium, confusion, treatment errors. [...] There was a behavior that was completely out of control, and that was linked to this crisis." E02

At the end of this assessment, some physicians identified a dangerous situation for the patient.

"For me, I considered her to be in danger, clearly." E02

Participants identified difficulties in detecting abuse that could hinder the analysis of situations. Patient testimonies were sometimes difficult to obtain due to cognitive disorders. Abuse manifested through nonspecific clinical signs, and physicians felt they underestimated situations of abuse.

"Older people who are abused may not be seen [...] And it's a form of normalization to see an older person who is altered, who is tired, who is dehydrated, who has bruises, and we normalize it because they are old." E06

The Physician Implements Medical and Social Actions

One of the physician's main actions was to make the patient and his relatives aware of the abuse. The participants implemented strategies to protect the patient. Hospitalization seemed to allow for further analysis of the situation outside the home while ensuring patient protection.

"I think there may be a notion of protection. The hospital is protective, they are under a roof, they are not on the street." E05

Admission to nursing home was sometimes preferred when the patient did not wish to return home or when it was deemed too dangerous by the physician. One way of making the patient's home safer was described as the use of professional caregivers.

"In one particular case, we involved the home hospitalization. Because there were care needs that required it, such as skin care that needed the intervention of home hospitalization, and that... It allowed us to keep an eye on what was happening at home." E06

Most of the participants identified family caregiver burnout as a possible source of abuse. They also proposed actions to reduce the burden on caregivers, such as implementing respite care solutions (day care, temporary admission in nursing home) or participating in support groups. The importance of educating caregivers about neurocognitive disorders was highlighted by several physicians.

"When we change the perspectives and views of caregivers by helping them understand the mechanisms of their relatives' behavior, well, we actually improve the patient's behavior. And at the same time the suffering of the caregiver. And there is probably a very direct link between the suffering of the caregiver and the risk of abuse." E10

Physicians took on the role of mediator between the patient and his family. They encouraged dialogue and helped them find solutions.

"My experience shows that the first thing to do is to address the issues within the entire, the entire family structure. See which members of the family can be involved because sometimes abuse is also due to people living in isolation, without any external intervention." E08

Patients could be reluctant to testify or accept the help. Insufficient collaboration with the family was also identified as a barrier to implementing some solutions.

The Physician Involves the Judicial System

In rarer cases, participants mentioned the use of the judicial system as a possible lever in situations of abuse of older people within the family. Reporting to the Public Prosecutor was mentioned by all participants. It seemed to be done at the end of the assessment when there was a danger to the patient.

"Is it the role of the justice system to be immediate as soon as I see a situation of abuse? It also depends on the situation, on the stage of risk of abuse reached? Is there an immediate risk for the abused person? Is the risk less immediate, in which case do I have time to implement other interventions besides resorting to justice?" E08

Justice involvement was also considered when the previously described actions were insufficient, often perceived by the participants as a last resort solution and associated with a feeling of failure in patient care.

"As a last resort, if I really feel like there's nothing else to be done, then I'll report it." E09

The request for legal protection could be made with the goal of entrusting the patient's interests to an external guardian outside the family system. Some participants mentioned the possibility of patients lodging a complaint.

Seeking Collegiality

The participants consistently mentioned the need to consult with other physicians, health professionals or social workers about suspected cases of abuse of older people within the family.

"I think it's important to have several perspectives in this situation, not only for the patient's care but also for the well-being of the health professionals, to share the difficult situations a bit, to have other points of view, not to be left alone to handle difficult situations that may have implications later on actually." E01

This third-party consultation allowed for a cross-checking of different perspectives to achieve a better assessment of the situation. Physicians relied on these exchanges to make decisions.

The interviews highlighted the need to coordinate the various actors involved with the patient to implement the proposed actions. The Coordination Support System which is a structure coordinating the care pathway for medical and social complex situations was repeatedly mentioned as contributing to this objective in the most complex situations. Their structure includes different professionals as for example nurses, social workers, psychologists.

In some cases, the involvement of third parties was deemed necessary to maintain dialogue with the patient and his relatives. The physicians interviewed also identified a need for guidance on legal matters (necessity of reporting, practical aspects of procedures). They mostly consulted social workers. Some of them had experience collaborating with the Forensic Institute.

"We also get help from the Forensic Institute. They are a great help. And there, in this case, when we consult the Forensic Institute, the response is immediate. Well, it's not a response that is going to provide a solution, but there is a response that will acknowledge the situation and guide us in our steps. [...] We don't work with them enough yet, but it can also help us report violence more effectively." E06

General practitioners and home health professionals appeared to have a better understanding of the patients and their lifestyle.

"We often ask a lot to the general practitioner. Because he is often the one who knows the situation, the family, the environment." E05

Geriatricians, geriatric psychiatrists and mobile teams specializing in these areas were seen as having expertise in the problem of abuse of older people and could carry out a more comprehensive assessment.

"Is it useful to call in a geriatric or geriatric psychiatric mobile team who might have more knowledge about this?" E01

The Goal of Maintaining the Therapeutic Alliance

The participants mentioned a desire to maintain a therapeutic alliance with the alleged victim of abuse, particularly for general practitioners, to ensure the patient's continued access to care. Maintaining the connection with the family and their support for the proposed solutions was also seen as essential to their implementation.

"In fact, we developed a personalized care plan, which included a set of interventions that required the involvement of the family at some point, and we struggled a lot to... to get them to stick to this commitment. [...] So we tried a lot of things beforehand, we tried to, to meet them, to explain, to insist. None of that worked." E08

An intervention perceived as abrupt or misunderstood by the patient or his relatives was seen as likely to cause a rupture in their relationship.

"I considered requesting guardianship. But in fact, it's quite harsh, even for the family. Because afterwards, well, they have to comply with the injunction of an expert evaluation, for example. [...] It's harsh for the family at that point, and if it's harsh, they don't want to cooperate anymore. The usual reaction is avoidance, rupture. So that's it, in the end, who will take care of this lady afterward?" E03

Factors Modulating Assessment and Intervention

Perceptions of Abuse

The interviews highlighted a wide range of abuse situations (financial exploitation, domestic violence, psychological violence, restrictions on freedom...). The physicians' definition of abuse did not appear to be universal. Not all physicians considered neglect to be a form of abuse.

"But of course we don't all have the same, the same definition, the same sensitivity to that, [...] that's why I think it's interesting to have slightly objective definition criteria, but I don't think it's possible." E07

The situations described were often cases of abuse that the physicians considered unintentional, resulting from the burden on the family caregiver or from a poor understanding of the patient's conditions leading to inappropriate behavior. Failure to respect fundamental rights such as dignity, respect for individual choices and freedom was considered to be a form of abuse. Some participants defined abuse in terms of the negative consequences it could have on the victim.

Physician's Feelings

The interviews revealed various emotions and experiences that could interfere with the medical intervention. They reported uncomfortable situations that could sometimes cause anger or irritation.

"And so, I was quite troubled by this situation, which is why, it happens quite rarely, but on several occasions, I got angry myself." E10

They also highlighted the need to deal with uncertainty both in terms of identifying mistreatment and in terms of determining the appropriate actions to be taken, particularly when reporting to the judicial system. This feeling was sometimes accompanied by a sense of lacking control over the situation.

Some participants expressed concern for their patients, which motivated them to intervene.

Physician's Knowledge and Skills

The interviews revealed that the participants were questioning their theoretical knowledge regarding abuse of older people. They also highlighted difficulties in putting this knowledge into practice.

"Once we have identified [the abuse], knowing what resources we have and that are available to us in the event of abuse. And once we've identified the resources, also knowing how to access them." E08

Some participants emphasized certain communication skills that facilitated more fruitful exchanges with the patient and his family.

Abuse situations were described as diverse, requiring the ability to adapt to each case and to innovate in terms of the solutions proposed.

One participant raised more ethical concerns regarding the medical privacy and the risk of intruding into family affairs.

Physician's Role in Society

Detecting abuse was seen as a duty of the physician, especially in complex cases involving multiple pathologies or dependence.

"As a doctor, I can look at it from a medical perspective because I see the consequences of potential actions. [...] I can alert to medical consequences because I have, I have knowledge of, of signs or symptoms, thinking that this could be the result of something, and it's not necessarily an organic pathology. It might be the consequence of trauma or violence, whatever the nature of the violence." E04

The interviews revealed a perceived role for the physician in implementing protection for the victim.

The physicians' interventions had to consider somatic or psychological consequences and could provide alternatives to legal action.

Physician's View of the Role of Justice

The participants mentioned specific areas of competence of the justice system that allow to make decisions that they cannot make themselves, such as deciding where a person should live and protecting property.

The justice system was perceived as inevitably involved in situations of endangerment. The reported drawbacks included the length of the process especially in situations where the patient is very old and do not all have the luxury of time, and the perceived lack of concrete responses provided to the patient.

The lack of contact with the judicial system was sometimes regretted by physicians who mentioned not receiving any feedback after making a report.

"It's still very anxiety-provoking to think, 'Well, we made [the report], but then we don't really know what happens, and it takes a while.'"

E04

Benefit-risk Balance of Intervention

The interviews reflected participants' consideration of the benefit-risk balance of intervention in cases of suspected abuse of older people within the family. The identified risks of intervention for the patient included the rupture of the therapeutic alliance and destabilization of the support relationship when the situation involved family caregivers. Some physicians also mentioned fears of retaliation from families.

"Ultimately, an abusive caregiver is still a caregiver. And if the abusive caregiver is gone, well... what negative consequence will there be for the person if this caregiver is no longer there? Psychologically, is the benefit-risk balance positive in removing this abusive caregiver, or is it

still... is it negative, because in the end the person, the patient, needs this caregiver even if he is abusive?" E09

Logistical Barriers

Abuse situations appeared to be time-consuming in medical practice and difficult to manage, particularly during hospitalization, given the institutional constraints on the length of hospitalization stay.

"As with a short hospitalization period, we're always a bit distracted by the need to make sure things don't go too slowly, and we know very well that if we start a report, it's going to take a long time. [...] So it's not good, but we are aware of it. But we tell ourselves that we're going to put ourselves in a complicated situation regarding a coherent hospitalization duration, for a lack of response." E06

The absence of a clearly identified pathway for addressing suspected cases of abuse of older people made it more difficult to intervene, with procedures that were unfamiliar, particularly when involving the judicial system. Reporting was perceived as generating additional administrative burden. Anticipating these difficulties seemed to hinder the detection of abuse situations that did not initially stand out during patient care.

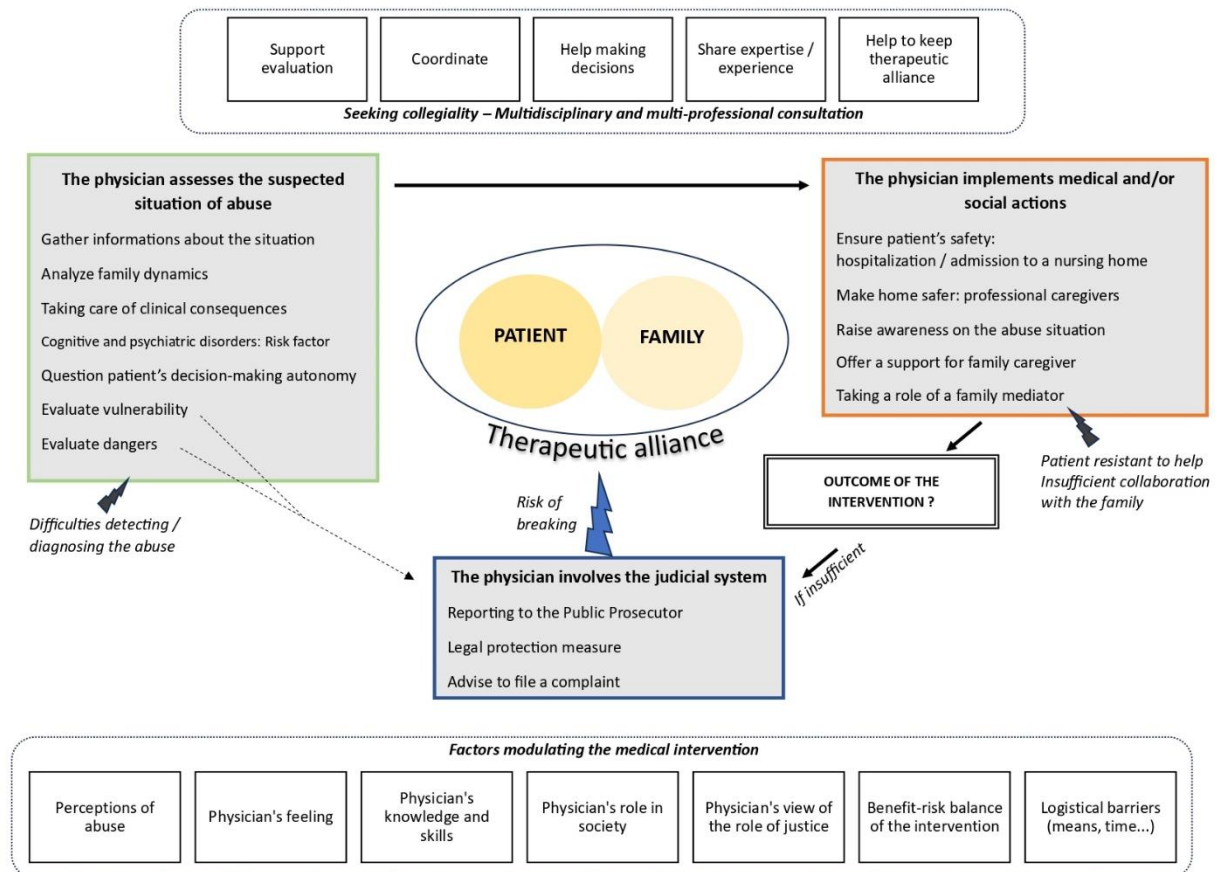
"There are a lot of forms of abuse within the family, I mean, among these older people that we don't see because we don't want to look for them, because clearly, we tell ourselves it's not the job at hand, and we'll try to do something else, and so on." E07

DISCUSSION

When physicians encounter a suspected case of abuse of older people in the family, their intervention typically begins with an initial assessment phase. Following this, they propose various medical and social actions aimed for the patient and his family, all while maintaining the therapeutic alliance. The judicial system is less frequently involved, usually only in cases where there is a significant risk of danger to a vulnerable patient or when alternative solutions have failed. Physicians often seek collegial discussions, though the actors involved in these

discussions are not always clearly identified. These main elements and their interrelations are shown in the explanatory model (see Fig. 1).

Fig. 1: Explanatory model of the physician's intervention facing a situation of abuse of older people within the family



Strengths and Limitations of the Study

To our knowledge, this study is the first to explore how physicians in France intervene when faced with suspected abuse of older people within the family. The participants, who come from a range of medical specialties, provided a comprehensive overview of the actions proposed to patients, whether they were seen in consultations or during hospital stays. The study adhered to qualitative research quality criteria: purposive sampling, data collection, and research ethics. The data analysis was conducted by a single researcher. Nonetheless, after each interview, the verbatim and analysis were reviewed and discussed by the principal investigator and the thesis directors.

The participants predominantly discussed situations involving patients with cognitive disorders, despite the original topic and topic guide not specifically pointing them in this direction. We can assume that these situations raised ethical questions about the patient's decision-making autonomy and vulnerability, potentially leading to involvement of the judicial system as outlined by French law. Nevertheless, our study insufficiently explores medical intervention in cases of abuse involving robust older individuals.

Assessment Supported by Definitions

The physicians interviewed in our study assessed the suspected cases of abuse of older people within the family. They reported difficulties in defining the concept of abuse, making it challenging to label the situations they encountered as such. The Ministry of Solidarity and Health has initiated a consensus approach on these issues (14,15), leading to a legal definition of abuse in the French Social Action and Family Code (16).

In France, there is still no guide designed for physicians on what elements to gather during the assessment of a potential abuse situation. Some physicians in our study expressed a desire for tools to help detect and diagnose abuse of older people. A systematic review of the literature carried out as part of a general medicine thesis identified two tools for potential use in primary care: the Emergency Department Senior Abuse Identification tool and the Elder Abuse Suspicion Index (17). The Emergency Department Senior Abuse Identification tool does not yet have a validated French version. The Elder Abuse Suspicion Index, developed by McGill University and validated in French, is one of the most frequently cited tools in the literature. Its use has been validated in primary care but is only applicable to patients with a Mini-Mental State Examination score above 24 (18). Another study evaluated the French version of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for detecting abuse in a geriatric hospital setting, concluding that this screening tool alone is insufficient for identifying abuse situations (19). All these tools have low diagnostic performance, primarily serving to reinforce or not a physician's suspicion of abuse. Authors attribute these results to the difficulty of defining the phenomenon of abuse. Mark Lachs has questioned the relevance of developing such scales in the context of domestic violence, which is difficult to adapt to the methodological requirements needed to validate screening tools, and instead favors *"old-fashioned clinical*

judgment" (20). These tools may, at best, provide physicians with guidance on how to formulate questions to approach the topic.

The issue of assessing vulnerability is also crucial. French law allows a physician who encounters harm, deprivation, or abuse in a vulnerable adult to report this information to the judicial authority, represented by the Public Prosecutor (21). The "Bien Vieillir" (Healthy Ageing) law, enacted in 2024, established units under the aegis of departmental councils to collect, monitor, and address cases of abuse in vulnerable adults (22). Physicians are also authorized to communicate with these units. Medical privacy allows for the reporting of abuse, provided there is a situation of vulnerability. Age is cited in the law as a potential cause of vulnerability, though no specific age threshold is defined. Physical or mental impairments are also recognized as causes of vulnerability. However, it is still up to the physician to determine whether these criteria are sufficient to prevent the person from protecting herself, thus justifying the involvement of the judicial or administrative system. There is no guide on how to perform this assessment, which raises an ethical dilemma between protecting the individual and respecting his autonomy.

The diagnosis of abuse and vulnerability situations is inherently uncertain. This sense of uncertainty may limit physicians' interventions.

Identifying Appropriate Interlocutors

The participants in our study consistently mentioned the importance of seeking collegiality. However, the professionals chosen for consultation seemed to depend on individual habits and contacts. These discussions did not follow a defined pathway with specific interlocutors.

The concept of multidisciplinary teams specialized in the field of abuse of older people has been described since 1994 (23). These teams are now commonly used strategies to address such situations (24). As an example, United States count many of them, but their compositions, roles, and functioning vary widely. They are not always tied to a hospital structure. To date, no study has demonstrated the effectiveness of these teams in resolving abuse situations. However, they appear to possess expertise that is valued by those who consult them. An American qualitative study was carried out among professionals involved in these teams (25), finding that 60% of participants perceived an impact on abuse victims, and

90% reported a positive impact on their professional development. Unanimously, focus group participants indicated that they would continue referring cases of abuse of older people to the multidisciplinary team.

In New York, the Vulnerable Elder Protection Team can be contacted by emergency services or Adult Protective Services (26). The team is made up of geriatricians, emergency physicians, and social workers who perform an assessment to determine the level of suspicion of abuse and implement interventions in collaboration with social and judicial services. Since its creation, the detection of abuse cases has increased (27). The team also has a research mission to increase knowledge on abuse of older people.

We are not aware of the existence of such teams in France. Pediatrics has recently implemented this type of structure for addressing child abuse (28). The mobile geriatric teams, mentioned several times by the participants in our study, could have a defined role in assessing and proposing interventions for abuse cases. The Coordination Support System could also be a key player in ensuring proper coordination of the medical and social care pathway for victims. The 2023 French National Conference on Abuse recommended incorporating the prevention and fight against abuse into their missions (29).

None of the participants mentioned the 3977 phone number as a possible contact, despite its role in providing support and guidance according to government sources. The operation of this service is also heavily based on confronting visions from professionals of numerous disciplines, with a collegial analysis of the cases reported (30). The absence of any reference to this service in our study may be linked to the lack of a departmental association in Indre-et-Loire that relays information from the national structure. To our knowledge, there are no data on whether French physicians are aware of this number and whether they use it. The role of this hotline in the physician's intervention strategy should be clarified.

Specific Situations of Neurocognitive Disorders and the Caregiver-Care Recipient Relationship in the Family

Most interviews reported situations where the victims had cognitive disorders, raising questions about the behavior of family caregivers and their burnout, which can lead to abuse. Cognitive disorders are identified in the literature as a risk factor for being a victim of abuse

(31,32). Behavioral disorders, such as agitation and aggressive behavior, are also associated with an increased risk of abuse (33,34).

Our study shows that physicians hypothesize a link between abuse and caregiver burnout in the context of neurocognitive disorders. The association between family caregiver burnout and abuse of older people has been demonstrated several times in the literature (35,36).

Preventing, detecting, and addressing family caregiver burnout could be an intervention strategy to prevent certain cases of abuse. Some studies have been carried out on programs for caregivers, with mixed results regarding the reduction of abuse situations. The START program has shown effectiveness in reducing depression and anxiety in caregivers (37). However, this same program, which offers information, psychoeducation on neurocognitive disorders, and training in coping strategies, did not demonstrate a decrease in abusive behaviors reported by caregivers over time (38). A promising pilot study on the COACH program, which aims to reduce abuse of older people and includes similar interventions focused on the caregiver's role and the care recipient's pathologies, showed significantly fewer reports of abuse in the group of caregivers who participated in the program (39). Further studies are needed to determine the best interventions for caregivers and their use in primary or secondary prevention. It seems relevant to include the concept of abuse facilitated by cognitive disorders in caregiver programs to encourage open discussion.

Aging and dependance alter family dynamics and can require the creation of a caregiver-care recipient relationship. In France, more attention has been paid to the situation of caregivers, and there have been recent guidelines on respite solutions (40) that could help alleviate situations of familial isolation conducting to abuse. The actions to prioritize between protecting the care recipient and/or supporting the caregiver can create dilemmas. Physicians have a role in directing caregivers to these services.

CONCLUSION

Abuse of older people in the family emerges as a complex situation in which physicians provide tailored medical and social responses. Clinical guidelines that address the specificities of geriatric vulnerabilities, the caregiver-care recipient relationship, and identify key

stakeholders to be involved could facilitate medical intervention. With recent developments in legislation and measures to combat abuse of older people in France, the role of physicians in these situations may evolve in the coming years.

REFERENCES

1. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017 Feb 1;5(2):e147–56.
2. Lachs M, Williams C, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M. The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*. 1998 Aug 5;280(5):428.
3. Dong X, Simon MA. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Intern Med*. 2013 May 27;173(10):911.
4. Pappadis MR, Wood L, Haas A, Westra J, Kuo YF, Mouton CP. Risk Factors for Post-Discharge Adverse Outcomes Following Hospitalization Among Older Adults Diagnosed With Elder Mistreatment. *J Appl Gerontol*. 2024 Feb;43(2):194–204.
5. World Health Organization. Abuse of older people [Internet]. [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
6. World Health Organization. Tackling Abuse of Older People: Five Priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030) [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356151/9789240052550-eng.pdf?sequence=1>
7. Mikton C, Beaulieu M, Burnes D, Choo WY, Herbst JH, Pillemer K, et al. High time for an intervention accelerator to prevent abuse of older people. *Nat Aging*. 2022 Nov;2(11):973–5.
8. Vincent Le Scornet, Régis Gonthier. Rapport annuel 2023 de la Fédération 3977 contre les maltraitances. Fédération 3977 contre les maltraitances; 2023.
9. Haute Autorité de Santé HAS. Évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité - Note de cadrage [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2023 [cited 2024 May 12]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3428215/fr/evaluation-du-risque-de-maltraitance-intrafamiliale-sur-personnes-majeures-en-situation-de-vulnerabilite-note-de-cadrage
10. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités; 2024 Mar.
11. Meyer Coutelle A. Comportements et connaissances des médecins généralistes lorrains sur le sujet de la maltraitance de la personne âgée dépendante. Université de Lorraine; 2013.
12. Garra L. La maltraitance des personnes âgées, repérage et prévention en contexte de soin primaire : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine. Université de Bordeaux; 2021.

13. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée - 2e éd.: Stratégies pour la recherche qualitative. 2e édition. Malakoff: Armand Colin; 2022. 416 p.
14. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité - Dossier d'Appui et Annexes [Internet]. 2021 Mar [cited 2024 Aug 25]. Available from: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf
15. Casagrande A. Mieux désigner les contraintes inacceptables pour mieux les prévenir : la démarche nationale de consensus sur la maltraitance. Vie sociale. 2021;33(1):183–95.
16. Code de l'action sociale et des familles - Article L119-1 - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045135272
17. Parmilleux O, Delepière J. Revue des outils de dépistage de la maltraitance de la personne âgée et étude de leur faisabilité en médecine générale. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2023.
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)©. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2008 Jun 12;20(3):276–300.
19. Grenier F, Capriz F, Lacroix-Hugues V, Paysant F, Pradier C, Franco A. Evaluation of French version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), a elder abuse screening tool. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2016 Jun 1;14(2):142–50.
20. Lachs MS. Screening for Family Violence: What's an Evidence-Based Doctor To Do? Ann Intern Med. 2004 Mar 2;140(5):399.
21. Code pénal. Article 226-14 - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171
22. Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Article 13. - Légifrance [Internet]. Apr 8, 2024. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000049385912
23. Matlaw JR, Spence DM. The Hospital Elder Assessment Team: A Protocol for Suspected Cases of Elder Abuse and Neglect. Journal of Elder Abuse & Neglect. 1994 Sep 15;6(2):23–38.
24. Rosen T, Elman A, Dion S, Delgado D, Demetres M, Breckman R, et al. Review of Programs to Combat Elder Mistreatment: Focus on Hospitals and Level of Resources Needed. Journal of the American Geriatrics Society. 2019;67(6):1286–94.

25. Morano C, Berical E. Final Report Elder Abuse Intervention and Enhanced Multidisciplinary Teams (E-MDT) [Internet]. State University of New York at Albany: School of Social Welfare & Center for Human Services Research; 2022 [cited 2024 Aug 26]. Available from: <https://scholarsarchive.library.albany.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1025&context=chsr-cfes-reports-and-briefs>
26. Rosen T, Mehta-Naik N, Elman A, Mulcare M, Stern M, Clark S, et al. Improving Quality of Care in Hospitals for Victims of Elder Mistreatment: Development of the Vulnerable Elder Protection Team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2018 Mar;44(3):164–71.
27. Rosen T, Elman A, Clark S, Gogia K, Stern ME, Mulcare MR, et al. Vulnerable Elder Protection Team: Initial experience of an emergency department-based interdisciplinary elder abuse program. *J Am Geriatr Soc*. 2022 Nov;70(11):3260–72.
28. Vabres N, Launay E, Fleury J, Lemesle M, Picherot G, Gras-Le Guen C. Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance. *Archives de Pédiatrie*. 2016 Dec 1;23(12):1219–21.
29. Ministère des Solidarités et des Familles. Rapport de la Concertation, États Généraux des Maltraitements [Internet]. 2023 Oct [cited 2024 Sep 3]. Available from: https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Rapport%20Etats%20g%C3%A9n%C3%A9raux%20des%20maltraitements_oct2023_accessible.pdf
30. Moulias R, Busby F, France A. Une méthodologie de traitement des situations de maltraitance. *Gerontologie et société*. 2010 Sep 20;33 / n° 133(2):89–102.
31. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016 Apr;56(Suppl 2):S194–205.
32. Burnes D, Pillemer K, Rosen T, Lachs MS, McDonald L. Elder abuse prevalence and risk factors: findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Nat Aging*. 2022 Sep 23;2(9):784–95.
33. Wigglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for Abuse and Neglect of People with Dementia. *J American Geriatrics Society*. 2010 Mar;58(3):493–500.
34. Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;21(6):564–71.
35. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*. 2018 Jan 22;18(1):167.
36. Lee M, Kolomer S. Caregiver Burden, Dementia, and Elder Abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2005 Jan 19;17(1):61–74.

37. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2013 Oct 25;347:f6276.
38. Cooper C, Barber J, Griffin M, Rapaport P, Livingston G. Effectiveness of START psychological intervention in reducing abuse by dementia family carers: randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr*. 2016 Jun;28(6):881–7.
39. Gassoumis ZD, Martinez JM, Yonashiro-Cho J, Mosqueda L, Hou A, Han SD, et al. Comprehensive Older Adult and Caregiver Help (COACH): A person-centered caregiver intervention prevents elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2024 Jan 1;72(1):246–57.
40. Haute Autorité de Santé. Le répit des aidants - Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 27]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-06/rbpp_repit_aidants-recommandations.pdf

APPENDIX 1: Topic guide of the interview

Comment le médecin confronté à une suspicion de maltraitance intrafamiliale du sujet âgé intervient-il ?

Exploration des représentations via une situation vécue :

- Pouvez-vous raconter une situation où vous avez été confronté à une suspicion de maltraitance IF du SA ?

Relances si besoin :

Quelles ont été vos réactions face à cette situation ?

Comment avez-vous échangé avec votre patient, ses proches à ce sujet ?

Définition :

- De manière générale, que représente pour vous la maltraitance ?

Type d'intervention effectuée :

- Comment êtes-vous intervenu dans cette situation ? (moyens d'intervention mis en œuvre)
- Quels sont les éléments ayant motivé cette intervention ?
- Quel est votre sentiment sur le résultat apporté par votre intervention dans ce contexte ?

Types d'interventions possibles / envisagées :

- De manière générale, quels autres types de réponses pourriez-vous mettre en œuvre face à une situation de maltraitance intrafamiliale du sujet âgé ? Pourquoi choisir une option ou une autre ?
- Quels freins/difficultés identifiez-vous à une éventuelle intervention ?

Représentations du rôle du médecin (et en fonction de la spécialité) ?

- A votre avis, comment un médecin de votre spécialité peut-il intervenir au mieux face à une situation de maltraitance intrafamiliale du sujet âgé ?
- Comment d'autres spécialistes pourraient intervenir ?

Éléments qu'il faudrait aborder si non abordés antérieurement :

- Connaissance et utilisation / réalisation du procédé de signalement au Procureur de la République dans un contexte de vulnérabilité ?

APPENDIX 2: Information and Consent Note

Directeur de thèse : Dr Thomas Léonard (CHU Tours)

Investigatrice : Claire Corbillé (DES de gériatrie Université de Tours)

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité.e à participer à un travail de thèse d'exercice dans le cadre du DES de Gériatrie de l'Université de Tours portant sur les soins apportés au sujet âgé. Dans le cas où vous acceptez d'y participer, vous serez invité.e à remplir et signer un formulaire de consentement. Votre signature atteste de votre accord à participer. Une copie de ce formulaire vous sera remise.

Votre participation à ce travail est volontaire. Aussi, vous pouvez refuser d'y participer ou vous en retirer à tout instant et sans justification.

Cette note d'information a pour but de vous informer quant au déroulement de cette recherche. L'investigateur reste à votre disposition pour en éclaircir des éléments ou répondre à toute question sur cette note.

A- Modalités de l'étude

Vous serez amené.e à vous entretenir individuellement avec Claire Corbillé, interne de gériatrie et investigatrice de l'étude, au sujet des soins apportés au sujet âgé. La durée de l'entretien n'est pas définie au préalable. Celui-ci s'arrêtera à la fin de la discussion ou à votre demande. Vous choisirez le lieu de cet entretien. Les questions qui vous seront posées n'ont pas de réponse exacte. Elles visent à recueillir vos opinions ou ressentis.

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone afin d'être retranscrit mot à mot avec anonymisation des données.

Cette étude étant anonyme et ne comportant aucune donnée identifiante, elle ne nécessite pas de déclaration auprès de la CNIL.

B- Risque potentiel de l'étude

Cette étude ne présente aucun risque pour les participants.

Vous pouvez demander à interrompre l'entretien à tout moment.

C- Bénéfices potentiels de l'étude

L'objectif de l'étude est de mieux comprendre la manière dont les médecins abordent la problématique des soins apportés au sujet âgé.

D- Participation à l'étude

La participation à l'étude est volontaire. Elle n'est ni rémunérée, ni indemnisée.

E- Confidentialité et utilisation des données recueillies lors de l'entretien

Dans le cadre de la recherche à laquelle nous vous proposons de participer, les données recueillies lors de l'entretien feront l'objet d'un traitement afin de pouvoir être analysées. L'entretien sera retranscrit de manière anonyme et son enregistrement sera détruit après retranscription. Les directeurs de thèse et l'investigatrice menant cette recherche sont soumis au secret professionnel.

Conformément à la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment.

F- Informations complémentaires

L'investigatrice se tient à votre disposition pour toute demande d'information manquante que vous jugerez utile. Vous pouvez la contacter :

- Par e-mail : *[Adresse de contact e-mail]*
- Par téléphone : XX.XX.XX.XX.XX

Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués à son issue si vous le souhaitez.

Si vous acceptez de participer à ce travail de thèse, merci de compléter et signer le formulaire de consentement ci-joint.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné.e ai été sollicité.e pour participer à un travail de thèse d'exercice portant sur les soins apportés au sujet âgé.

J'ai eu un temps de réflexion suffisant quant à ma participation à cette étude. J'ai été informé.e du caractère volontaire de ma participation ainsi que de l'absence de risque particulier qu'elle comporte.

Je peux choisir de me retirer de cette étude à tout instant, sans justification et sans conséquence. Si telle est ma décision, j'en informerai l'investigatrice.

J'ai été informé.e que les données recueillies sont confidentielles et seront seulement accessibles aux directeurs de thèse et à l'investigatrice.

J'accepte l'enregistrement par dictaphone de l'entretien afin qu'il puisse être retranscrit mot à mot de manière anonyme.

J'ai été informé.e de ma possibilité d'accéder à mes données personnelles et d'en demander la modification.

Ce consentement n'exonère pas les organisateurs de cette recherche de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la Loi.

Nom :

Date et lieu :

Signature :

APPENDIX 3: Results' Verbatims in their Original French Version

« Les gens sont vraiment très différents à leur domicile pour avoir fait quelques visites à domicile avec l'équipe mobile extra-hospitalière de gériatrie. [...] Mais on peut se rendre compte du coup dans quel milieu ils vivent, comment ils interagissent au sein de leur milieu et ça c'est hyper informatif sur le mode de vie et sur finalement le quotidien. » E09

« La dame avait sa pathologie neuroévolutive, elle était, elle était pas en en capacité de décider pour elle vraisemblablement hein, jusqu'à preuve du contraire et que la fille qui aurait pu être une référente pour sa mère dans cette situation là elle était aussi, elle était aussi pas pas fiable.» E04

« Et puis à côté de ça, c'était en train d'entraîner des, des troubles, enfin une confusion, des erreurs de traitement. [...] Il y avait un comportement qui déraillait complètement quoi, et qui était lié à cette crise.» E02

« Pour moi, elle, je la considérais comme étant en train d'être mise en danger, clairement. » E02

« Les personnes âgées maltraitées peut être qu'on ne les voit pas assez. [...] Et que c'est une forme de banalisation de voir une personne âgée qui est altérée, qui est fatiguée, qui est déshydratée, qui a des hématomes et on le banalise parce que elle est âgée. » E06

« Je pense que il y a peut-être une notion de protection. L'hôpital est protecteur, ils sont sous un toit, ils sont pas à la rue. » E05

« Il nous est arrivé sur une situation en particulier de faire intervenir l'HAD. Parce que il y avait des soins qui le nécessitaient, des soins cutanés qui nécessitaient l'intervention de l'HAD et ça... Ca nous permettait nous de garder un œil sur ce qui se passait au domicile. » E06

« Quand on change les perspectives et les points de vue des aidants en leur faisant comprendre les mécanismes du comportement de leurs de leurs proches, eh bien, on améliore le comportement du patient en fait. Et parallèlement la souffrance de l'aidant. Et il y a probablement un lien très direct entre la souffrance de l'aidant et le risque de maltraitance. » E10

« Mon expérience me montre que la première chose à faire, c'est déjà d'aborder les choses au sein de toute la, toute la structure familiale. Voir quels sont les membres de la famille qu'on peut impliquer parce que parfois la maltraitance aussi est due au fait que les gens évoluent en vase clos, sans intervention externe » E08

« Est-ce que la place de la justice c'est tout de suite dès que je vois une situation de maltraitance ? Ça va dépendre aussi de la situation de où en est le, le risque de maltraitance ? Est ce qu'il y a un risque immédiat pour la personne qui est maltraitée ? Est-ce que le risque est moins immédiat auquel cas est-ce que j'ai le temps de mettre en place d'autres interventions que la justice ? » E08

« En dernier lieu si j'ai vraiment l'impression qu'il y a rien qui est possible, c'est un signalement en fait. » E09

« Je pense que c'est important d'avoir plusieurs points de vue dans cette situation non seulement pour la prise en charge du patient mais aussi pour le bien-être des soignants, pour partager un peu les situations difficiles, avoir d'autres points de vue, ne pas se retrouver tout seul à gérer des situations difficiles qui peuvent avoir des implications derrière en fait. » E01

« On se fait aussi aider de l'Institut Médico-Légal. Qui est d'un grand secours. Et là, pour le coup, quand on sollicite l'Institut Médico-Légal, la réponse elle est immédiate. Alors c'est pas une réponse qui va apporter une solution, mais il y a une réponse qui va venir acter les choses, qui va nous guider dans nos démarches. [...] On ne travaille pas encore assez avec eux, mais ça peut aussi nous aider à mieux signaler les violences. » E06

« Souvent, on interpelle beaucoup le médecin traitant. Parce que souvent c'est lui qui connaît le terrain, la famille, l'environnement. » E05

« Est-ce que c'est utile de faire appel à une équipe mobile de gériatrie ou de gérontopsy qui auront peut-être plus de connaissance par rapport à ça ? » E01

« En fait, on a fait un PPS, un programme de soins où il y avait un ensemble d'interventions qui devaient certaines passer par un engagement de la famille et on a eu beaucoup de mal à, à les faire accrocher à cet engagement. [...] Donc on a essayé pas mal de choses avant et on a essayé de, d'aller les voir, d'expliquer, de taper du poing sur la table. Rien de ça n'a marché. » E08

« Je me suis posé la question de faire la demande de mise sous tutelle. Mais en fait c'est quand même assez violent, même pour la famille. Parce que après bah il faut quand même répondre à l'injonction de l'expertise par exemple. [...] c'est violent pour la famille à ce moment-là et donc du coup bah si c'est violent ils veulent plus. La réaction habituelle, c'est l'évitement, la rupture. Donc voilà, c'est qui va finalement, qui va s'occuper de cette dame après quoi ? » E03

« Mais c'est sûr qu'on a pas tous la même, la même définition, la même sensibilité à ça, [...] c'est pour ça je pense qu'il faut... c'est intéressant d'avoir des critères de définition un peu objectifs, mais infaisable je pense. » E07

« Et donc j'ai été assez embêté par cette situation, ce qui fait que ça apparaît assez rarement, à plusieurs reprises je me suis moi-même énervé quoi » E10

« Une fois qu'on a identifié [la maltraitance] savoir quelles sont les ressources que nous on a et qui sont disponibles devant une maltraitance. Et une fois qu'on a identifié les ressources, savoir aussi comment accéder à ces ressources. » E08

« En tant que médecin je peux avoir un regard médical parce que je vois des conséquences de potentiels actes. [...]je peux alerter sur des conséquences médicales parce que j'ai, j'ai une connaissance de, de signes ou de sémiologie en me disant ça, ça peut être la conséquence de quelque chose et c'est pas forcément une pathologie organique. C'est peut-être la conséquence de, d'un traumatisme ou d'une violence, quelle que soit la nature de la violence. » E04

« C'est quand même très anxiogène en se disant « Bon, on a fait [le signalement], mais après on sait pas ce qui se passe vraiment et c'est un petit peu long ». » E04

« Finalement, un aidant qui est maltraitant, eh ben ça reste un aidant. Et et si y a plus l'aidant maltraitant bah qu'est-ce qu'il va y avoir comme conséquence négative sur la personne s'il y a plus cet aidant ? Est-ce que psychologiquement finalement la balance bénéfice-risque elle est vraiment positive à enlever cet aidant maltraitant ou est-ce que elle est quand même, enfin est ce qu'elle est négative, parce que finalement la personne, le patient a tellement besoin de cet aidant même s'il est maltraitant » E09

« Comme sur une durée d'hospitalisation courte, on est toujours un petit peu parasité par justement cette nécessité que ça n'aille pas trop lentement et on sait très bien que si on commence à faire un signalement ça va être long.[...] Alors c'est pas bien, mais on en est conscient. Mais on se dit que nous, on va se mettre dans une situation compliquée sur le plan d'une durée d'hospitalisation cohérente, pour une absence de réaction. » E06

« Il y a beaucoup de formes de maltraitance intrafamiliales hein j'entends, chez ces personnes âgées là que nous on voit pas, parce qu'on veut pas les chercher, parce que clairement on se dit c'est pas le boulot du moment et on va essayer de faire autre chose, et cetera. » E07

Vu, le Directeur de Thèse

Dr Thomas Bonitas

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

CORBILLÉ Claire

43 pages – 1 tableau – 1 figure – 3 annexes

Résumé :

Introduction : La maltraitance concerne environ 15% des personnes de plus de 60 ans dans le monde sur un an et ses auteurs sont fréquemment issus de l'entourage familial. Contrairement à la maltraitance à l'encontre des enfants ou des femmes, il n'existe pas de recommandations de bonne pratique concernant la maltraitance du sujet âgé. Notre étude vise à interroger des médecins de différentes spécialités sur leur intervention lorsqu'ils sont confrontés à une suspicion de maltraitance intrafamiliale du sujet âgé.

Méthode : Une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en Indre-et-Loire auprès de médecins de différentes spécialités jusqu'à obtention de la suffisance des données.

Résultats : 10 entretiens semi-dirigés ont été analysés. L'intervention du médecin comportait une phase d'évaluation de la situation de maltraitance supposée. Puis, il proposait différentes actions d'ordre médico-social à destination du patient et de sa famille en maintenant l'alliance thérapeutique. Il sollicitait plus rarement le système judiciaire en cas de dangerosité pour le patient voire d'échec des alternatives proposées. Le médecin recherchait une discussion collégiale dont les acteurs ne semblaient pas clairement identifiés. Une large majorité des entretiens rapportait des situations en lien avec des troubles cognitifs et soulevait le rôle des aidants familiaux et le risque que leur épuisement puisse induire de la maltraitance.

Conclusion : La maltraitance intrafamiliale du sujet âgé apparaît comme une situation complexe où le médecin apporte des réponses médico-sociales adaptées. Des recommandations de bonne pratique abordant les spécificités des vulnérabilités gériatriques, de la relation aidant-aidé et identifiant des acteurs clés à solliciter pourraient faciliter l'intervention médicale.

Mots clés : maltraitance du sujet âgé, violence, relations familiales, intervention médicale, recherche qualitative

Jury :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE

Directeur de thèse : Docteur Thomas LEONARD

Membres du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN
Docteur Jean ROBERT

Date de soutenance : 15/10/2024