

Société Scientifique de Médecine Générale



Recommandations
de Bonne Pratique

**MALTRAITANCE DES
PERSONNES AGEES
À DOMICILE**

Auteurs

Michel Vanhalewyn, médecin généraliste
Anne-Marie Offermans, sociologue spécialisée dans la prévention des violences familiales
Benjamin Fauquert, médecin généraliste
Michel Roland, médecin généraliste

A l'attention des lecteurs de ces recommandations

Les recommandations de bonne pratique ont une valeur de ligne directrice et de cadre de référence lors de la prise de décision diagnostique, thérapeutique et de suivi en médecine générale. Elles tiennent compte de la meilleure preuve scientifique disponible (evidence-based medicine) et proposent une démarche sur laquelle le médecin peut s'appuyer en toute sécurité.

Parallèlement, elles ne peuvent ignorer l'importance du contexte clinique et du point de vue du patient, qui a une place prépondérante dans les situations particulières envisagées. La qualité de la communication et l'information du patient doivent prévoir différentes options. Il est donc parfaitement possible que le médecin et le patient décident, de commun accord et sur base de repères clairement définis, d'attitudes différentes de celles proposées par les recommandations.

Ceci tient lieu de préalable pour l'ensemble de ce document.

Disséminés dans le texte, de petits encarts comme celui-ci proposent une synthèse des idées principales, pour une lecture rapide.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	4
1.1. Constats	5
1.2. Objectifs de la Recommandation	5
1.3. Population-cible de patients	5
2. Questions cliniques	6
3. Définitions	8
4. Epidémiologie	9
5. Recommandations	10
5.1. Détection	10
5.1.1. Quelles sont les situations à haut risque de maltraitements des personnes âgées ?.....	10
5.1.2. Dans quelles autres situations, le médecin généraliste doit-il être plus particulièrement attentif à la maltraitance des personnes âgées ?	11
5.1.3. Le médecin généraliste peut-il poser un diagnostic formel en cas de suspicion de maltraitements ?	11
5.2. Evaluation	13
5.2.1. Comment une situation de maltraitements des personnes âgées doit-elle être évaluée ?	13
5.2.2. Dans le cadre d'une évaluation globale,	
a. Comment évaluer la capacité de la personne âgée à signaler la situation et à prendre des décisions ? Sur base de quels instruments ?	
b. Que peut faire le médecin généraliste en cas de comorbidité (par exemple, la démence et la dépression) de la personne âgée et/ou de l'auteur présumé ?	
c. Comment différencier les situations en fonction de l'urgence, de la gravité, de la sécurité et du pronostic ?.....	13
5.3. Accompagnement	14
5.3.1. Quelles initiatives le médecin généraliste peut-il entreprendre lorsqu'il estime que la personne âgée est victime de maltraitements ?.....	14
5.3.2. Quelle attitude adopter face à un déni ou une minimisation des maltraitements par la personne âgée ?	15
5.3.3. Quelle approche en cas d'absence d'autonomie ?.....	15
5.3.4. Quand la personne âgée doit-elle être orientée (hôpital, maison de repos...) ?	16
5.3.5. Comment le médecin généraliste peut-il gérer les relations familiales en cas de maltraitements de la personnes âgées ?.....	16
5.3.6. Quelles attitudes le médecin généraliste doit-il avoir par rapport à l'auteur présumé de maltraitements lorsqu'il s'agit d'un professionnel de la santé ?.....	17
5.3.7. De quelle manière le médecin généraliste peut-il éviter l'aggravation des maltraitements ou prévenir les récurrences ?	17
5.4. Collaboration multidisciplinaire	18
5.4.1. Quelles sont les ressources existantes dans le domaine ?.....	18
5.4.2. Quelle aide peut être fournie par les services d'aide spécialisée ?	18
5.4.3. Comment le médecin généraliste peut-il collaborer avec les services d'aide spécialisée ?	19

6. Messages-clés.....	20
6.1. Détection et évaluation	20
6.2. Accompagnement et collaboration multidisciplinaire	21
7. Niveau de recommandation et de preuve.....	22
8. Seuils de consensus.....	22
9. Conditions de mise en application.....	22
10. Indications d'implémentation	23
11. Critères d'orientation pour la recherche future	23
12. Elaboration	23
12.1. Auteurs.....	23
12.2. Revue de la littérature	24
12.3. Procédures de consensus	25
12.3.1. Consultations d'experts.....	25
12.3.2. Etude Delphi auprès d'un panel de médecins généralistes	26
12.4. Rédaction par les experts consultés pour les aspects juridiques	28
12.5. Validation	28
12.6. Mise à jour et financement	28
13. Annexes 1 : Eléments de droit	29
13.1. Le cadre juridique et déontologique.....	29
13.1.1. Principes généraux.....	29
13.1.2. Question spéciale : le secret partagé	33
13.2. L'administration provisoire de biens.....	34
13.2.1. Principes généraux.....	34
13.2.2. Qui peut introduire la procédure ?.....	35
13.2.3. Comment introduire la procédure ?.....	35
13.2.4. Fin de l'administration de biens	36
14. Annexes 2 : Aspects relatifs au dossier et certificat médical.....	37
14.1. Dossier médical	37
14.2. Certificat médical en cas de coups et de blessures	38
14.3. Certificat médical circonstancié en vue de la protection des biens d'une personne	41
14.4. Requête en vue de la protection des biens d'une personne	45
15. Notes.....	46

I. Introduction

I.1. CONSTATS

La maltraitance à l'égard des personnes âgées à domicile est un phénomène généralement sous-estimé¹. Selon la dernière revue systématique², une personne âgée sur quatre est à risque de maltraitances, seule une infime partie est identifiée. Une approche systématisée de ce problème à dimension éthique et sociétale est utile, voire indispensable, notamment afin que l'intervention du médecin généraliste y trouve toute son efficacité.

Plusieurs constats sont avancés dans la littérature : cette maltraitance est suffisamment prévalente³ pour que les équipes médicales de première ligne y prêtent attention. Elle risque de s'accroître au vu du vieillissement rapide de la population. Elle peut conduire à de graves traumatismes physiques et avoir des conséquences psychologiques parfois durables, parmi lesquelles figurent la dépression et la détresse psychologique⁴. Par ailleurs, les personnes âgées font indiscutablement partie des groupes à risque face aux violences à domicile⁵.

Compte tenu des impacts non négligeables sur la santé, il est essentiel que la démarche du médecin généraliste soit appropriée. En outre, certaines recherches soulignent qu'au-delà de la sphère privée, le médecin apparaît comme un interlocuteur privilégié dans ces situations⁶.

I.2. OBJECTIFS DE LA RECOMMANDATION

La Recommandation de Bonne Pratique propose un cadre de référence aux médecins généralistes en matière de détection, d'évaluation, d'accompagnement et d'approche multidisciplinaire de la maltraitance des personnes âgées à domicile.

Cette Recommandation se base à la fois sur une revue systématique de la littérature et sur des procédures de consensus organisées avec des experts de terrain et un panel de médecins généralistes. Elle a été formulée, à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, dans le cadre du Plan d'Action National belge contre les violences intrafamiliales (P.A.N.)⁷.

I.3. POPULATION-CIBLE DE PATIENTS

La Recommandation concerne les personnes âgées de 65 ans et plus et se focalise, pour des raisons pratiques, sur la maltraitance en milieu familial, à domicile. L'auto-négligence n'est pas incluse dans le sujet de cette RBP. Les violences au sein du couple et à l'égard des enfants font l'objet d'autres publications⁸.

2. Questions cliniques

La Recommandation apporte une réponse aux questions cliniques suivantes :

DEFINITION - EPIDEMIOLOGIE

1. Que recouvre la maltraitance des personnes âgées, quelle est sa fréquence, plus particulièrement en Belgique ?

DETECTION

1. Comment un médecin généraliste peut-il être amené à détecter et diagnostiquer la maltraitance des personnes âgées ?
 - a. Quelles sont les situations à haut risque de maltraitements des personnes âgées ?
 - b. Dans quelles autres situations, le médecin généraliste doit-il être plus particulièrement attentif à la maltraitance des personnes âgées ?
 - c. Le médecin généraliste peut-il poser un diagnostic formel en cas de suspicion de maltraitements ?

EVALUATION

1. Comment une situation de maltraitements des personnes âgées doit-elle être évaluée ?
2. Dans le cadre d'une évaluation globale,
 - a. Comment évaluer la capacité de la personne âgée à signaler la situation et à prendre des décisions ? Sur base de quels instruments ?
 - b. Que peut faire le médecin généraliste en cas de comorbidité (par exemple, la démence et la dépression) de la personne âgée et/ou de l'auteur présumé ?
 - c. Comment différencier les situations en fonction de l'urgence, de la gravité, de la sécurité et du pronostic ?

ACCOMPAGNEMENT

1. Quelles initiatives le médecin généraliste peut-il entreprendre lorsqu'il estime que la personne âgée est victime de maltraitements ?
2. Quelle attitude adopter face à un déni ou une minimisation des maltraitements par la personne âgée ?
3. Quelle approche en cas d'absence d'autonomie ?
4. Quand la personne âgée doit-elle être orientée (hôpital, maison de repos...) ?
5. Comment le médecin généraliste peut-il gérer les relations familiales en cas de maltraitements de personne âgée ?
6. Quelles attitudes le médecin généraliste doit-il avoir par rapport à l'auteur présumé de maltraitements lorsqu'il s'agit d'un professionnel de la santé ?
7. De quelle manière le médecin généraliste peut-il éviter l'aggravation des maltraitements ou prévenir les récurrences ?

COLLABORATION MULTIDISCIPLINAIRE

1. A quels services d'aide le médecin généraliste peut-il faire appel en cas de maltraitances des personnes âgées ?
 - a. Quelles sont les ressources existantes dans le domaine ?
 - b. Quelle aide peut être fournie par les services d'aide spécialisée ?
 - c. Comment le médecin généraliste peut-il collaborer avec les services d'aide spécialisée ?

CADRE JURIDIQUE ET DEONTOLOGIQUE

1. Quand et comment les services judiciaires et policiers doivent-ils être impliqués par le médecin généraliste afin de garantir la sécurité de la personne âgée ?
2. Dans quelles conditions des informations doivent-elles être communiquées à la famille, à l'entourage de la personne âgée, à d'autres soignants, aux services policiers et à l'appareil judiciaire ?
3. Quel est le rôle du médecin généraliste dans la désignation d'un administrateur provisoire de biens ?

ASPECTS RELATIFS AU DOSSIER ET CERTIFICAT MEDICAL

4. Certaines données sont-elles importantes en cas de maltraitances des personnes âgées ?
 - a. Données à enregistrer dans le dossier médical ?
 - b. Données à mentionner dans le certificat médical délivré à la personne âgée et selon quelles modalités ?
-

3. Définitions

La définition de la maltraitance des personnes âgées varie en fonction des pays et des cultures⁹. Son contenu fluctue en fonction des objectifs poursuivis et du cadre conceptuel dans lequel la maltraitance s'inscrit.

Selon l'OMS¹⁰, la maltraitance consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime.

En Belgique, sur le plan législatif et judiciaire¹¹, les éléments suivants sont relevés :

- ce ou ces actes peuvent être le fait d'une personne ou d'un groupe de personnes au sein d'une relation personnelle ou professionnelle ;
- ce ou ces actes portent ou pourraient porter atteinte physiquement, moralement ou matériellement à la personne âgée ;
- ce ou ces actes peuvent être commis de manière intentionnelle ou non.

Classiquement, la littérature distingue différentes formes ou types de maltraitance¹², à savoir :

- **Physique** – infliger des douleurs ou des blessures, utiliser la contrainte physique ou recourir à des moyens de contention physiques ou médicamenteux.
Ex : gifler, bousculer, donner des coups de poing, attacher.
- **Psychologique ou morale** – infliger des souffrances morales.
Ex : humiliations, injures, indifférence affective, dénigrement, menaces de rejet, rétorsions diverses.
- **Financière ou matérielle** – exploiter ou utiliser de manière illégale ou improprie les fonds ou les ressources d'une personne âgée.
Ex : malversations financières, gestion financière trouble, vol ou spoliation de biens.
- **Sexuelle** – contact sexuel non consensuel avec une personne âgée.
Ex : attouchements, viol, autres types de coercition sexuelle.
- **Négligence** – refuser de s'acquitter d'une obligation de soins ou ne pas s'en acquitter.
Ex : privation de nourriture ou de boissons, refus de subvenir aux besoins pour les activités quotidiennes, inadéquation des soins eu égard l'état de santé de la personne.
- **Civique** - nier la dignité de la personne et l'empêcher d'exercer ses droits, l'exclure socialement, l'empêcher d'avoir des contacts familiaux.
Ex : détournement ou empêchement du droit de vote, isolement.

4. Épidémiologie

L'ampleur des situations de maltraitements n'est que sommairement appréhendée par les statistiques administratives. Par ailleurs, les données d'enquête sont difficilement comparables car les études ne s'appuient pas sur la même définition, n'adoptent pas le même seuil d'âge et utilisent des instruments de mesure différents.

En Belgique, deux études récentes sont disponibles et donnent un éclairage encore parcellaire de l'importance de la problématique de la maltraitance.

-
- Selon l'enquête réalisée en face-à-face auprès d'un échantillon de personnes de plus de 70 ans résidant en Wallonie¹³, 28,19 % d'entre elles rapportent une situation de maltraitance après l'âge de 70 ans. Ce sont les négligences (21,41%) et les violences psychologiques (18,11%) qui sont les plus souvent citées. Suivent les violences financières (7,88%), les violences physiques (6,38%) et dans une moindre mesure, les violences sexuelles (1,20%). Remarquons que 6,71% signalent plus d'une maltraitance (le plus souvent, c'est la maltraitance psychologique qui accompagne un autre type de maltraitance) et que 5,78% en déclarent trois ou davantage.
 - Selon l'enquête réalisée par courrier postal et en face-à-face auprès d'un échantillon de femmes âgées d'au moins 60 ans résidant en Flandre¹⁴, 32% d'entre elles ont déclaré une forme de maltraitance sur l'année écoulée. Les maltraitements les plus fréquentes sont d'ordre psychologique (27,5%). Viennent ensuite les violences financières (5,8%), les négligences (5,6%) et dans une moindre mesure les violences sexuelles (2,4%) et les violences physiques (2,2%). Ajoutons que 4,9% des femmes ont vécu une situation de maltraitements très grave.

D'autres caractéristiques se dégagent de ces deux études : le plus fréquemment, les auteurs de maltraitements appartiennent au cercle familial. Il s'agit des conjoints ou partenaires, pour les maltraitements psychologiques, physiques, civiques et médicamenteuses, et des enfants (fille ou fils) lors de négligences et de maltraitements financiers. En parler reste un sujet délicat. Ainsi, dans 46 % des situations, les personnes âgées n'en ont pas parlé avec l'auteur des faits et lorsqu'elles ont tenté de le faire, dans la majorité des cas, aucune conséquence bénéfique n'en a résulté. Au contraire, la situation a empiré lors de maltraitements financiers et civiques. La parole apparaît toutefois plus aisée avec un membre de la famille autre que l'auteur ou avec un ami. Selon ces enquêtes, de 52 % à 68% de personnes se sont confiées et presque toutes estiment qu'elles en ont été soulagées.

-
- Selon la dernière revue systématique, la maltraitance à l'égard des personnes âgées est associée à une mortalité plus élevée¹⁵. Elle augmente le risque d'hospitalisation¹⁶.
-

5. Recommandations

Il est important de considérer la maltraitance à l'égard de la personne âgée dans une dimension systémique. La théorie systémique considère le système comme un ensemble d'éléments en relation, un système ouvert vers l'extérieur qui transcende la somme de ses éléments constitutifs¹⁷.

La maltraitance¹⁸ est le plus souvent le résultat d'un long processus dans lequel trois éléments interagissent :

- la personne âgée,
 - l'auteur présumé,
 - l'environnement et le contexte dans lequel la personne âgée et l'auteur se côtoient et interagissent tant au niveau familial que social.
-

5.1. DETECTION

Les organisations de santé internationales s'accordent à affirmer que la maltraitance chez les personnes âgées est suffisamment prévalente pour que les équipes médicales de première ligne y prêtent attention et la détectent au cas par cas¹⁹. La Recommandation vise à envisager dans quelles conditions le médecin généraliste peut être amené à détecter et diagnostiquer la maltraitance des personnes âgées.

5.1.1. Quelles sont les situations à haut risque de maltraitements des personnes âgées ?

Les situations à haut risque se retrouvent lorsque sont intriqués différents facteurs individuels, relationnels communautaires et sociétaux.

Recommandation forte – GRADE 1C

- La présence d'un seul facteur de risque ne suffit pas, mais l'accumulation de plusieurs facteurs devrait éveiller l'attention du clinicien²⁰.
-

Différents facteurs de risque chez la personne âgée et chez l'auteur présumé ont été retenus par le consensus d'experts dans le cadre de cette Recommandation.

Tableau I : Facteurs de risque* liés à la maltraitance^{21,22,23,24}

Chez la personne âgée	Chez l'auteur présumé
<ul style="list-style-type: none">- Dépression- Démence- Déficit de communication (famille, amis, aidants)- Peu de soutien/contact social (longues périodes d'isolement, pas d'information en provenance de l'extérieur)- Dépendance (pour les déplacements, pour la continence, pour l'alimentation, pour l'hygiène, pour la gestion de l'argent...)- Difficultés financières	<ul style="list-style-type: none">- Alcoolisme chronique- Dépression- Degré de dépendance par rapport à la personne âgée

*Il ne s'agit pas de facteurs de risque au sens strict du terme car seule une association statistique a été démontrée sans preuve de causalité.

Les attitudes recommandées en matière de détection sont les suivantes.

Recommandation forte – GRADE 1C

- Etre attentif et prendre en compte, pour la personne âgée, la présence et l'accumulation des facteurs de risque repris ci-dessus.

Recommandation faible – GRADE 2C

- Etre attentif et prendre en compte pour l'auteur présumé de violences la présence et l'accumulation des facteurs de risque décrits ci-dessus*²⁵.
-

5.1.2. Dans quelles autres situations, le médecin généraliste doit-il être plus particulièrement attentif à la maltraitance des personnes âgées ?

Dans la littérature, d'autres signes d'appel sont cités mais n'ont pas été retenus par le consensus d'experts. Il s'agit, par exemple, de vêtements négligés, de chutes et de blessures inexpliquées, de malnutrition, de déclin fonctionnel²⁶, de comportements de la personne âgée (attitude de retrait) ou de manifestations importantes de stress de la part de l'entourage^{27,28}. D'autre part, des maladies chroniques²⁹ en relation avec la maltraitance sont à l'origine de consultations plus fréquentes chez le médecin généraliste ce qui facilite la détection. Signalons entre autres les tentatives de suicides répétées³⁰.

Ces signes d'appel doivent éveiller l'attention du médecin généraliste sur l'éventualité d'une maltraitance, surtout lorsqu'ils se cumulent.

5.1.3. Le médecin généraliste peut-il poser un diagnostic formel en cas de suspicion de maltraitances ?

Il n'existe pas de démarche formalisée permettant d'établir un diagnostic de maltraitances. Une échelle validée de suspicion³¹ est actuellement disponible pour les médecins généralistes. Il s'agit de l'Elder Abuse Suspicion Index (EASI), outil comportant cependant certaines limites : une sensibilité de 47% et une spécificité de 75 %³². Vu sa sensibilité relativement faible, ce test doit être complété par une évaluation plus approfondie par des services spécialisés.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- Utiliser l'outil de suspicion « Elder Abuse Suspicion Index » (EASI)* validé uniquement pour des personnes non démentes (avec un MMSE \geq 24) :

Q 1-5 doivent être posées au patient(e); Q 6 est complétée par le médecin.

Au cours des 12 derniers mois :

1. Avez-vous été dépendant(e) de quelqu'un pour une des situations suivantes : prendre votre bain ou votre douche, vous habiller, faire vos courses, faire vos transactions bancaires ou préparer vos repas ? Oui Non N'a pas répondu
2. Quelqu'un vous a-t-il empêché(e) de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, un appareil auditif, de l'aide médicale ou encore de rencontrer des personnes que vous vouliez voir ? Oui Non N'a pas répondu

3. Vous êtes-vous déjà senti(e) honteux(se) ou menacé(e) par les paroles de quelqu'un ?
Oui Non N'a pas répondu
4. Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté ? Oui Non N'a pas répondu
5. Quelqu'un vous a-t-il fait peur, vous a touché d'une manière que vous ne vouliez pas ou encore vous a fait mal physiquement ? Oui Non N'a pas répondu

Médecin : La maltraitance envers une personne âgée peut être associée à des manifestations telles que difficulté à maintenir un contact visuel, attitude de retrait, malnutrition, problèmes d'hygiène, coupures, ecchymoses, vêtements inappropriés ou problèmes de compliance aux ordonnances

6. Avez-vous remarqué de telles manifestations aujourd'hui ou au cours des 12 derniers mois ?
Oui Non N'a pas répondu

Pour les questions de 2 à 6, si la réponse est « oui » à une ou plusieurs de ces questions, cela peut suggérer un problème éventuel de maltraitances.

- Certaines conditions s'imposent : la personne âgée est, dans une relation de confiance, non accompagnée. Le médecin généraliste a le temps disponible et pose toutes les questions dans l'ordre d'apparition.

Concernant les instruments de détection, dont l'EASI, il est important de prendre en considération les éléments suivants :

- Les instruments de détection nécessitent une confirmation secondaire par une équipe spécialisée³³.
- Une certaine prudence est de rigueur car les tests de détection ont des effets secondaires potentiels qui ont été peu étudiés (honte, culpabilité, auto-accusation, détérioration de la relation voire peur de représailles de la part de l'auteur présumé)³⁴.
- Il n'y a pas de preuve suffisante pour recommander un dépistage systématique (screening) de la maltraitance des personnes âgées en première ligne de soins³⁵.

Le médecin généraliste s'inscrit dans la continuité, ce qui lui permet d'aborder de manière répétée une problématique qui reste pour lui une préoccupation. Il peut revenir sur les mêmes questions dans d'autres circonstances. La personne âgée elle-même a dès lors l'occasion d'évoluer dans sa réflexion.

*** Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité**

L'application de cette recommandation a parfois été considérée comme difficile à réaliser dans la pratique quotidienne³⁶.

Réponse - Conférence de consensus

La mise en pratique de l'échelle validée EASI requiert moins de 2 minutes et le vocabulaire utilisé est bien adapté à la médecine générale.

5.2. EVALUATION

5.2.1. Comment une situation de maltraitements des personnes âgées doit-elle être évaluée ?

Il est important d'évaluer chaque situation dans sa globalité et de prendre en compte les différents facteurs qui peuvent intervenir. Le but sera de définir les modalités d'aide et de protection adéquates. L'évaluation repose sur trois principes de base qui guideront toute l'intervention du médecin généraliste.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- Réaliser l'évaluation en étroite collaboration avec la personne âgée : elle est au centre de l'évaluation.
- Mener la consultation en considérant que la personne âgée a la capacité de prendre des décisions malgré ses déficiences.
- Être dans le non-jugement, la bienveillance et la confiance.

5.2.2. Dans le cadre d'une évaluation globale,

- a. Comment évaluer la capacité d'une personne victime à signaler la situation et à prendre des décisions ? Sur base de quels instruments ?
- b. Que peut faire le médecin généraliste en cas de comorbidité (par exemple, la démence et la dépression) de la personne victime et/ou de l'auteur ?
- c. Comment différencier les situations en fonction de l'urgence, de la gravité, de la sécurité et du pronostic ?

L'évaluation vise à mieux comprendre la situation, sa genèse et à identifier clairement l'ensemble des facteurs en jeu (familiaux, sociaux, financiers...). Elle permet entre autres de transmettre des éléments plus élaborés aux services spécialisés.

Il est important de prendre en considération que le diagnostic de certitude demande du temps et de l'expérience : il est souvent réalisé en seconde ligne de soins par des infirmiers (-ères) ou travailleurs sociaux spécialisés bénéficiant de plusieurs instruments et approches spécifiques³⁷.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- Décoder la plainte : qui se plaint ? - de quoi ? (type de maltraitements) - depuis quand ? - dans quel contexte ?
- Évaluer l'état de la personne âgée : physique, somatique, cognitif, comorbidité, (psychopathologie ; alcool ; dépression ; démence).
- Analyser le degré de l'autonomie (dépendance affective, sociale, financière, capacité à faire appel en cas de problème...).
- Entendre les besoins et les souhaits de la personne âgée.
- Contacter les autres professionnels intervenants (kinésithérapeute, infirmière, assistante sociale...) pour confronter les avis.
- Prendre contact avec les services d'aide spécialisée reconnus et subsidiés pour être soutenu dans la démarche d'évaluation de la situation*³⁸ – voir à ce sujet le chapitre « Collaboration multidisciplinaire ».

Recommandations faibles – GRADE 2C

- **Analyser la perception du danger par la personne âgée*³⁹.**
 - **L'évaluation initiale sera complétée au cours de l'accompagnement de la personne âgée.**
-

Il est important de considérer les deux éléments suivants :

- Face aux maltraitances, un certain nombre de personnes âgées peuvent être dans la banalisation, la minimisation voire le déni de la situation. La présence du médecin généraliste est une ressource pour qu'elle puisse prendre conscience du risque encouru.
- Respecter l'échelle de valeur de la personne âgée en ce qui concerne l'urgence et la gravité de la situation.

L'évaluation, tout comme la détection, s'inscrit dans un processus au long cours qui consiste à garder l'attention ouverte, à revenir sur certaines questions déjà posées, à ne pas se laisser aveugler par la routine de la chronicité et la connaissance a priori de la famille.

5.3. ACCOMPAGNEMENT

5.3.1. Quelles initiatives le médecin généraliste peut-il entreprendre lorsqu'il estime que la personne âgée est victime de maltraitances ?

Lorsque le diagnostic de maltraitance est établi et confirmé, la démarche du médecin généraliste pour l'accompagnement et le suivi de la personne âgée se concentre sur certains points spécifiques.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- **Envisager avec la personne âgée ce qu'elle souhaite comme aide et comme soutien.**
- **Reformuler ce qu'elle dit en s'assurant d'avoir bien intégré toutes les dimensions de ce qu'elle exprime sans jugement.**
- **L'informer sur les services adaptés à sa situation.**
- **Encourager la personne âgée et soutenir sa démarche de prendre contact elle-même avec les services d'aide spécialisée reconnus et subsidiés – voir à ce sujet le chapitre « Collaboration multidisciplinaire ».**
- **Obtenir le consentement de la personne âgée, ne rien faire sans son accord à l'exception de la faculté d'informer le procureur du Roi selon les cas limitativement prévus par la loi – voir à ce propos l'annexe 1 de la RBP « Eléments de droit ».**
- **Favoriser les aides extérieures, multiplier les tiers et donc les regards sur la situation : l'existence d'une position de tiers permet un éclairage différent.**
- **Contacter les services d'aide spécialisée reconnus et subsidiés pour prendre avis en vue de bénéficier de leur expertise pour un accompagnement adéquat*⁴⁰ – voir à ce sujet le chapitre « Collaboration multidisciplinaire ».**
- **Acter au dossier – voir à ce propos l'annexe 2 de la RBP « Aspects relatifs au dossier et au certificat médical ».**
- **Rédiger un constat de coups et blessures – voir à ce propos l'annexe 2 de la RBP « Aspects relatifs au dossier et au certificat médical ».**

Recommandation faible – GRADE 2C

- **Parler avec la personne âgée de ses perceptions en tant que médecin généraliste tout en restant dans le non-jugement et la bienveillance.**
-

Il est important de prendre en considération les deux éléments suivants :

- Indiquer clairement à la personne âgée que la situation qu'elle vit n'est pas acceptable.
- Identifier des mesures préventives en fonction des circonstances.

5.3.2. Quelle attitude adopter face à un déni ou une minimisation des maltraitances par la personne âgée ?

Dans un certain nombre de situations, la personne âgée peut être dans le déni ou la minimisation de la maltraitance et ce pour diverses raisons. Il est important de respecter toutes les dimensions de cette étape. La personne âgée a le droit de vouloir continuer à vivre avec la situation présente.

Les attitudes recommandées sont les suivantes.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- **Ré-envisager régulièrement la problématique : tendre des perches, revenir à certaines questions.**
- **Prendre contact avec le réseau de professionnels intervenants pour confronter les avis*** – voir à ce propos le chapitre « Collaboration multidisciplinaire ».
- **S'adresser aux services d'aide spécialisée reconnus et subsidiés*⁴¹** – voir à ce propos le chapitre « Collaboration multidisciplinaire ».

Recommandation faible – GRADE 2C

- **Tenir compte des bénéfices secondaires que la personne âgée peut avoir dans sa relation avec l'auteur ou les auteurs présumés.**
-

5.3.3. Quelle approche en cas d'absence d'autonomie ?

L'absence d'autonomie peut se rencontrer suite à des problèmes moteurs, physiques et/ou à des problèmes cognitifs. Il ne semble pas possible d'envisager de manière uniforme les particularités de toutes les situations. Néanmoins, l'approche de la maltraitance se base sur des recommandations spécifiques.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- **Adapter le suivi en fonction du type de perte d'autonomie : par exemple, favoriser les aides extérieures et les soins à domicile coordonnés, orienter vers un lieu de vie différent, si nécessaire, envisager la procédure de l'administration de biens** – voir à ce propos l'annexe 1 de la RBP « Eléments de droit ».
- **Potentialiser l'autonomie résiduelle.**

Recommandation faible – GRADE 2C

- **Anticiper la perte d'autonomie*⁴².**
-

5.3.4. Quand la personne âgée doit-elle être orientée (hôpital, maison de repos...) ?

C'est en fonction de la complexité de la situation et de ses différentes dimensions que le médecin proposera une orientation. Les critères permettant de prendre une décision pour orienter ou non la personne âgée sont présentés ci-dessous.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- Orienter en fonction de l'état de santé de la personne âgée.
- Orienter de préférence en dehors de l'urgence.
- Orienter en fonction de la dangerosité de la situation : éloigner si nécessaire la personne âgée de son milieu, par exemple, par une hospitalisation à caractère social pour réaliser une évaluation et confirmer le diagnostic.

Recommandations fortes - GRADE 1C

- Intégrer la personne âgée dans la réflexion d'un lieu de vie différent : s'informer des attentes de la personne âgée et l'orienter vers les services adaptés et disponibles.

Il est important de prendre en considération la remarque suivante :

- La personne âgée reste au centre de la décision finale pour autant que sa capacité de discernement le lui permette – cf. La loi sur les droits du patient, voir à ce propos l'annexe 1 de la RBP « Eléments de droit ».

5.3.5. Comment le médecin généraliste peut-il gérer les relations familiales en cas de maltraitances de la personne âgée ?

Le médecin généraliste, étant par définition lié non seulement à un patient mais à toute la dimension systémique de la famille, son rôle est bien évidemment d'intervenir quand l'équilibre relationnel est perturbé.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- Ne pas se laisser emporter par les tensions liées à la situation (familiales...), rester neutre et objectif.
- Agir avec l'accord de la personne âgée*.

* *Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité*

L'application de cette dernière recommandation a parfois été considérée comme difficile à réaliser dans la pratique quotidienne.

Réponse - Conférence de consensus

De toute évidence, aucune intervention ne peut être envisagée sans l'accord de la personne. Ceci n'est pas spécifique d'ailleurs à la situation traitée dans cette RBP.

Chaque situation est singulière et requiert une solution adaptée en fonction des caractéristiques du système maltraitant. Différentes pistes d'action peuvent être envisagées. Elles sont décrites ci-après.

Recommandations faibles – GRADE 2C

- **Ecouter et reconnaître la souffrance de l'auteur présumé*⁴³.**
- **L'informer sur l'attitude à avoir pour soigner la personne âgée.**
- **L'informer de toutes les possibilités d'aide à son égard*⁴⁴.**
- **Favoriser la médiation en sachant que la médiation ne doit pas être réalisée par le médecin généraliste.**
- **Dans certaines situations, envisager de ne pas rester le médecin de l'ensemble de la famille.**

Dans chaque situation, le médecin généraliste évaluera ce qui lui semble le plus adéquat. Par ailleurs, il peut être utile de recourir à une aide spécialisée pour demander un avis sur la ou les solutions à proposer – voir à ce propos le chapitre « Collaboration multidisciplinaire ».

5.3.6. Quelles attitudes le médecin généraliste doit-il avoir par rapport à l'auteur présumé de maltraitances lorsqu'il s'agit d'un professionnel de la santé ?

Les attitudes recommandées à l'égard d'un professionnel de la santé sont les suivantes.

Recommandations fortes* – GRADE 1C

- **Oser le dire : éviter la conformité par rapport au groupe.**
- **Mettre en place des actions en fonction du contexte local, à savoir par exemple, favoriser les interventions, proposer de la formation ou de la supervision, demander l'écartement du professionnel de soins.**

*** Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité**

Ces recommandations peuvent parfois être considérées comme difficiles à envisager dans la pratique⁴⁵.

Réponse - Conférence de consensus

Elles sont cependant de plus en plus à proposer. Il est important de rappeler la bienfaisance à l'égard du patient. Valeur éthique à privilégier en priorité.

5.3.7 De quelle manière le médecin généraliste peut-il éviter l'aggravation des maltraitances ou prévenir les récives ?

Une démarche proactive en matière de détection, une évaluation globale de la situation et un accompagnement adéquat de celle-ci devraient permettre d'avoir un impact, notamment en évitant l'aggravation et en prévenant les récives. De toute évidence, le travail en réseau prend ici tout son sens.

5.4. COLLABORATION MULTIDISCIPLINAIRE

Dans une longue histoire de colloque singulier, le médecin généraliste est le premier concerné par le vécu de la personne âgée. Reconnaissant la complexité de la situation, il doit être aidé dans une fonction qu'il ne peut assurer seul dans un contexte d'insuffisance de moyens. Quels sont dès lors, en cas de maltraitances, les services d'aide auxquels il peut faire appel ?

5.4.1. Quelles sont les ressources existantes dans le domaine ?

Différentes structures peuvent aider le médecin généraliste dans ce problème aux multiples dimensions (médicale, psychologique, sociale et parfois même économique). Ces structures existent et travaillent mutuellement en étroite collaboration. Le médecin généraliste doit se rappeler dans une situation concrète qu'elles sont disponibles. Elles sont citées ci-après.

Recommandations fortes – GRADE 1C

- Les services relevant de la coordination de soins à domicile.
- Respect Seniors, service d'aide spécialisée reconnu et subsidié en Wallonie - 0800 30 330
- SEPAM, service d'aide spécialisée reconnu et subsidié à Bruxelles - 02 223 13 43

5.4.2. Quelle aide peut être fournie par les services d'aide spécialisée ?

Les services d'aide spécialisée s'adressent à la personne âgée elle-même, à ses proches (conjoint, enfant, autre parent, ami, voisin...) et aux professionnels (médecin traitant, service d'aide à domicile, membre du personnel d'une maison de repos...).

Ils proposent les aides suivantes :

- une écoute téléphonique dans le respect de l'anonymat. Si la personne le souhaite, l'écoute peut s'assortir de conseils, d'éléments d'explication, voire de pistes d'action ;
- un accompagnement psychologique et social : cet accompagnement peut se faire à domicile ou en ambulatoire et, selon les services, en collaboration avec un réseau de professionnels de la santé mentale, spécialisés en gérontologie.
- selon les services, une senior-médiation avec l'aide de médiateurs agréés qui interviennent à la demande de la personne âgée.

Dans des situations complexes caractérisées par une multiplicité d'intervenants professionnels, ces services peuvent être amenés à assurer **la coordination** des interventions de ces divers professionnels et ce, en accord avec la personne âgée concernée.

Outre ces activités qui s'articulent autour de la réponse téléphonique aux appels reçus, ils interviennent également pour assurer des **séances d'information, de sensibilisation et de formation** auprès du grand public comme auprès des professionnels.

5.4.3. Comment le médecin généraliste peut-il collaborer avec ces services d'aide spécialisée ?

Les situations pouvant amener le médecin généraliste à collaborer avec ces services se situent à différentes étapes de l'intervention. Des recommandations sont reprises ci-dessous.

Recommandations fortes* – GRADE 1C

- Encourager et soutenir la personne âgée à faire appel à ces services d'aide.
- Se situer comme partenaire dans l'évaluation de la situation (soutien, confrontation des avis).
- Demander un avis à ces services lors de l'accompagnement de la personne âgée.

Il est important de rappeler la notion de secret professionnel partagé, développé dans l'annexe 1 de la RBP « Eléments de droit ».

* *Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité*

L'application de ces recommandations a parfois été considérée comme difficile à réaliser dans la pratique quotidienne⁴⁶.

Réponse - Conférence de consensus

Le travail en réseau est dans cette problématique une valeur incontournable. Le bénéfice de la collaboration avec les services d'aide existants représente une approche multidisciplinaire dans laquelle le soutien apporté par des compétences et une expérience adéquate est indéniable.

6. Messages-clés

6.1. DETECTION ET EVALUATION

- Etre attentif et prendre en compte, pour la personne âgée, la présence et l'accumulation des facteurs de risque repris dans le cadre de cette recommandation – voir à ce sujet le chapitre « Détection » (1C).
- Utiliser l'outil de suspicion « Elder Abuse Suspicion Index » (EASI)*⁴⁷ validé uniquement pour des personnes non démentes (avec un MMSE \geq 24) en tenant compte des conditions suivantes : la personne âgée est, dans une relation de confiance, non accompagnée. Le médecin généraliste a le temps disponible et pose toutes les questions dans l'ordre d'apparition (1C).
- Réaliser l'évaluation en étroite collaboration avec la personne âgée (1C).
- Mener la consultation en considérant que la personne âgée a la capacité de prendre des décisions malgré ses déficiences (1C).
- Etre dans le non-jugement, la bienveillance et la confiance (1C).
- Décoder la plainte : qui se plaint ? – de quoi ? (type de maltraitances) – depuis quand ? – dans quel contexte ? (1C).
- Evaluer l'état de la personne âgée : physique, somatique, cognitif, comorbidité, (psychopathologie ; alcool ; dépression ; démence) (1C).
- Analyser le degré de l'autonomie (dépendance affective, sociale, financière, capacité à faire appel en cas de problème...) (1C).
- Entendre les besoins et les souhaits de la personne âgée (1C).
- Ne pas rester seul : collaborer avec d'autres professionnels intervenants et les services d'aide spécialisée reconnus et subsidiés pour être soutenu dans la démarche d'évaluation de la situation*⁴⁸ – voir à ce sujet le chapitre « Collaboration multidisciplinaire » (1C).
- Revenir régulièrement à certaines questions importantes (2C).

6.2.ACCOMPAGNEMENT ET COLLABORATION MULTIDISCIPLINAIRE

- Envisager avec la personne âgée ce qu'elle souhaite comme aide et comme soutien (1C).
- Reformuler ce qu'elle dit en s'assurant d'avoir bien intégré toutes les dimensions de ce qu'elle exprime sans jugement (1C).
- L'informer sur les services adaptés à sa situation (1C).
- Encourager la personne âgée et soutenir sa démarche de prendre contact elle-même avec les services d'aide spécialisée reconnus et subsidiés – voir à ce sujet le chapitre « Collaboration multidisciplinaire » (1C).
- Acter au dossier – voir à ce propos l'annexe 2 de la RBP « Aspects relatifs au dossier et au certificat médical » (1C).
- Rédiger un constat de coups et blessures – voir à ce propos l'annexe 2 de la RBP « Aspects relatifs au dossier et au certificat médical » (1C).
- Agir avec l'accord de la personne âgée à l'exception de la faculté d'informer le procureur du Roi selon les cas limitativement prévus par la loi – voir à ce propos l'annexe 1 de la RBP « Eléments de droit » (1C).
- Favoriser les aides extérieures, multiplier les tiers et donc les regards sur la situation : l'existence d'une position de tiers permet un éclairage différent (1C).
- Prendre en considération la sécurité : parler avec la personne âgée de ses perceptions en tant que médecin généraliste tout en restant dans le non-jugement et la bienveillance ; analyser la perception du danger par la personne âgée (2C).
- Contacter les services d'aide spécialisée reconnus et subsidiés pour prendre avis en vue de bénéficier de leur expertise pour un accompagnement adéquat*⁴⁹ (1C).

7. Niveaux de recommandation et de preuve

Dans la Recommandation, l'équipe de recherche a utilisé la classification GRADE⁵⁰. Ainsi, on parle de Forte recommandation, lorsque les avantages à recommander la proposition dépassent clairement les désavantages ou les risques ou les coûts, dans ce cas, le chiffre 1 est attribué. L'on peut être sûr que le respect de cette proposition aura un impact davantage positif que négatif. Par contre, lorsqu'il existe un doute sur la balance entre avantages et inconvénients ou risques ou coûts et donc à recommander la proposition, il s'agit alors d'une faible recommandation et le chiffre 2 est attribué. Par ailleurs, en fonction de la qualité et des caractéristiques des études qui étaient la recommandation, une lettre A, B ou C est apposée.

A titre d'exemples :

- 1A signifie que les avantages dépassent clairement les désavantages ou les risques et que la recommandation repose sur des RCT de bonne qualité ou des études d'observation convaincantes ;
- 2 C signifie qu'il existe des incertitudes quant aux avantages et inconvénients et que la recommandation se base sur des articles bénéficiant d'une méthodologie rigoureuse (autres que méta-analyses et études randomisées et contrôlées) ainsi que sur des opinions d'experts fondées sur l'expérience clinique, des études descriptives, des rapports de comité d'experts ou des méthodes de décision par consensus.

8. Seuils de consensus

La définition des seuils de consensus présentée dans le tableau ci-dessous se base sur les règles d'analyse des réponses proposées par la HAS⁵¹.

Tableau 2 : Conditions d'obtention d'un accord selon la répartition des cotations prises en compte et la valeur de la médiane

Accord Fort

Toutes les réponses obtenues se situent entre 7 et 9 sur une échelle de cotation

Accord relatif

Toutes les réponses obtenues se situent entre 5 et 9 sur une échelle de cotation allant de 1 (pas du tout) à 9 (tout à fait), avec une médiane \geq à 7

Rejet

Toutes les réponses obtenues se situent entre 1 et 5 sur une échelle de cotation allant de 1 (pas du tout) à 9 (tout à fait), avec une médiane \leq à 3,5

Absence de consensus

Toutes les autres situations

9. Conditions de mise en application

1. Une sensibilisation et/ou une formation des médecins généralistes à la problématique des maltraitances.
2. La présentation et la mise à disposition - lors de la sensibilisation et la formation - d'outils d'aide à la décision comme l'EASI, EN MAINS - Enjeux éthiques, Maltraitance, Aînés, Intervention, Scénarios -, le Photogramme, la Grille de ZARIT d'évaluation du fardeau de l'aidant.
3. La mise à disposition de supports de communication relatifs aux services d'aide spécialisée, à savoir folders d'information et affiches pour la salle d'attente.
4. Le suivi des pratiques répondant aux normes de soins de qualité en médecine générale tel que l'enregistrement dans le dossier médical, le travail en réseau...

5. L'accès à la Recommandation dans les outils de qualité des soins et d'aide à la décision dans les dossiers informatisés labellisés (Evidence Linker et EBMed) ainsi que dans la base de connaissance EBMPPracticeNet. Notons que pour l'Evidence Linker, les codes d'indexation ICPC-2 sont Z20 (problème relation autre parent/famille), Z21 (problème comportement autre parent/famille) et Z25 (agression/événement nocif).
6. La définition d'accords précis avec la personne âgée et les autres intervenants quant à l'échange d'informations.

10. Indications d'implémentation

Les éléments ci-après peuvent être utilisés en vue d'évaluer l'application et le suivi de cette Recommandation :

- le nombre de patients répertoriés comme victimes de maltraitance dans la liste des éléments de santé du DMG via le DMI ;
- le nombre de patients dépistés via le DMG+ dans l'hypothèse où le CPNQ ajouterait le dépistage de la maltraitance à la liste des items du DMG+ ;
- le nombre de patients ayant fait appel aux réseaux d'aide spécialisée.

11. Critères d'orientation pour la recherche future

- Des recherches complémentaires en matière de conséquences graves chez les personnes âgées sont indispensables.
- Des études sur le dépistage des maltraitances en médecine générale et sur l'approche du problème par questions directes sont encore nécessaires. Elles doivent documenter les résultats, notamment les inconvénients potentiels.
- D'autres études s'imposent pour la prévention des maltraitances.
- Des protocoles d'étude doivent être mis au point en vue de documenter l'impact de la prise en charge de ces violences par les médecins généralistes, y compris les éventuels effets qu'elle peut induire.
- Il convient de prendre en considération les modalités de prévention de victimisation secondaire par les soignants.
- Il convient d'accorder une attention particulière aux dispositions légales notamment en matière d'administration des biens et de la personne.

12. Elaboration

12.1. AUTEURS

Les auteurs de cette recommandation font partie de l'équipe de recherche SSMG/CUMG de l'ULB constituée dans le cadre du projet relatif au soutien scientifique des médecins généralistes à la mise en œuvre du plan national de lutte contre les violences intrafamiliales. Il s'agit du Dr Michel Vanhalewyn (médecin généraliste – SSMG), d'Anne-Marie Offermans (sociologue, collaboratrice scientifique), du Dr Michel Roland (médecin généraliste, professeur de médecine générale et de médecine sociale – ULB) et du Dr Benjamin Fauquert (médecin généraliste). Ils sont formés à la prévention des violences familiales, déjà documentée dans une Recommandation antérieure sur les violences conjugales.

Un groupe multidisciplinaire d'experts a accompagné ces auteurs au travers d'une procédure de consensus visant à valider la recommandation sur le plan de la pertinence et de la faisabilité.

La rédaction des annexes de la Recommandation a été assurée par François-Joseph Warlet (magistrat – Seneffe) et en partie, par le Docteur Corentin Duyver (médecin généraliste, chargé de cours invité à l'UCL).

12.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans la première phase du projet (de juin 2009 à septembre 2009) en collaboration avec le Dr Lutgart De Deken (médecin généraliste - Domus Medica), l'équipe de recherche a défini une liste de questions cliniques à envisager dans la présente recommandation. Ces questions ont été revues et adaptées en fonction des remarques des experts suivants : par ordre alphabétique, Dr Nicolas Berg (médecin gériatre, CHR La Citadelle, président de Respect Seniors – Liège), Ph D. Micheline Gobert (infirmière spécialisée, docteur en santé publique, co-directrice du pôle PRISCI, chargée de cours invitée à l'UCL), Olivier Vögeli (sociologue, Département de Médecine Générale – ULg) et Geertrui Provinciael (adviser intrafamiliaal geweld en ouderenmis(be)handeling bij de Dienst Welzijn en Gezondheid – province Antwerpen). Sur la base des mots-clés « Domestic violence » [Mesh], « Family violence » [Mesh], « Elder abuse » [Mesh], en association avec d'autres mots-clés dont « Primary health care » [Mesh], « General practitioners » [Mesh], « Physicians family » [Mesh], « Family practice » [Mesh], « Emergency medical service » [Mesh], cette équipe a recherché depuis 1999 des directives, des consensus établis sur base d'une méthodologie adéquate, des systematic reviews et des RCT dans les bases de données et sources en ligne suivantes : Cinahl, Cochrane/DARE, Clearing houses, MEDLINE via Ovid (accès CEBAM), MEDLINE via Pubmed, EMBASE, Psycinfo. La sélection des articles a été effectuée, sur base du titre et de l'abstract (résumé), par deux lecteurs travaillant de manière indépendante avec l'aide éventuelle d'un troisième lecteur en cas de désaccord.

Dans la seconde phase du projet (2010-2011), l'évaluation et la cotation des articles ainsi retenus ont été réalisées par deux membres de l'équipe de recherche à l'aide des grilles suivantes : AGREE pour les guidelines et les consensus d'experts, SIGN50 pour les revues systématiques, « Adapted CASP » pour les études qualitatives et QUADAS pour les études portant sur la validation d'un test de dépistage. Une matrice Excel a été constituée reprenant les résultats des scores des articles sélectionnés ainsi que les réponses détaillées aux différentes questions de recherche.

Au final, après discussion, l'équipe de recherche a retenu de commun accord un nombre limité d'articles dont neuf documents avec un score majeur⁵², à savoir :

- Cooper C., Selwood A., Livingston G., The prevalence of elder abuse and neglect : A systematic review. *Age Ageing* 2008, 37, p.151.
- Erlingsson C.L., Searching for elder abuse : A systematic review of database citations. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, Vol. 2007, 59-78.
- Glasgow K., Fanslow J.L., Family Violence Intervention Guidelines : Elder abuse and neglect, Ministry of Health., New Zealand, 2007.
- Lachs M.S., Pillemer K., Elder abuse, *Lancet* 364, n° 9441 (Octobre 2, 2004), p. 1263-1272.
- Nelson H.D., Nygren P., McInerney Y., Klein J., Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence : a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004, 140 : 387-396.
- Preventive Services Task Force US, Screening for family and intimate partner violence : recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 140 (5) : 382 -6, 2004.
- Schofield M.J., Mishra G.D., Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse : women's health Australia. *Quality of Life Research* 13(6) : 1043 -52, 2004.
- WHO, A Global Response to Elder Abuse and Neglect : Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide. Main Report. 2008.
- Yaffe M.J., Wolfson C., Lithwick M., Weiss D., Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse : the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl* 2008, 20 : 276-300.

Durant la dernière phase du projet (2012), des documents référencés par le groupe d'experts ont été intégrés à celle-ci. Suite à l'actualisation de la recherche documentaire, deux documents avec un score majeur⁵³ ont également été pris en considération :

- Mouton CH.P., Rodabough R. J., Rovi S. L. D., Brzyski R. G., Katerndahl D. A., Psychosocial Effects of Physical and Verbal Abuse in Postmenopausal Women. *Annals of Family Medicine* 8, no 3 (juin 2010) – 206 - 213.
- la mise à jour de l'USPSTF - Nelson H.D., Bougatsos Ch., Blazina I., Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse : Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2012.

Le sujet reste peu étudié, les directives relevées dans la littérature et établies dans des cadres culturels divers sont fondées sur le consensus. Par ailleurs, le niveau de preuve atteint n'est pas suffisant pour prétendre répondre à l'ensemble des questions cliniques, plus particulièrement celles ayant trait à la prise en charge des situations de maltraitance à domicile.

La méthodologie et les résultats détaillés de la revue de la littérature sont décrits dans le rapport de recherche SPF Santé Publique disponible sur demande.

12.3. PROCÉDURES DE CONSENSUS

Vu le manque de preuves suffisantes relevé dans la littérature et de réponses à certaines questions cliniques, un protocole de recherche basé sur une méthodologie de type consensus a été élaboré par l'équipe de recherche en décembre 2011 en référence au rapport rédigé par le groupe de Recommandation de Bonne Pratique sur ce sujet⁵⁴ (voir figure 3 : déroulement de l'étude).

12.3.1. CONSULTATION D'EXPERTS

L'équipe de recherche a établi une liste d'experts identifiés sur base de leur participation à la première phase du projet ou sur base de leurs publications et/ou expériences dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées ou encore de leur connaissance du terrain. Lors du recrutement, il leur a été demandé de compléter et de valider la composition du groupe d'experts. Le groupe final se compose de 13 personnes émanant de structures différentes et présentant des formations et des parcours variés : par ordre alphabétique, Catherine Ballant (licenciée en gestion des ressources humaines, directrice Soins Chez Soi – Bruxelles), Myriam Bodart (juriste, coordinatrice du SEPAM - Bruxelles), Dr Nicolas Berg (médecin gériatre, CHR La Citadelle, président de Respect Seniors – Liège), Claude Decuyper (infirmier - licence en gestion hospitalière, directeur Coordination des soins à domicile – Charleroi), Dr Christophe Dumont (médecin gériatre, GHdC – Montignies-sur-Sambre), Dr Didier Giet (médecin généraliste, professeur, président du Département de Médecine Générale – ULg), Dominique Langhendries (ergothérapeute - licence en gestion hospitalière et financière, directeur de Respect Seniors – Namur), Dr François Lesuisse (médecin généraliste, coordinateur en MRS – Paliseul), Dr Gérard Marin (médecin généraliste, coordinateur en MRS – Soignies), Vera Likaj (psychologue, SSM Champ de la couronne – Bruxelles), Laurent Nissen (sociologue, maître de conférence, Panel de Démographie Familiale – ULg), Dr Sabine Wauthier (médecin psychiatre, en pratique privée et au centre SSM Avec nos Aînés – Namur), Marie-Paule Willame (assistante sociale, Respect Seniors – Antenne de Charleroi).

En fonction des objectifs visés, trois étapes successives ont été réalisées par l'équipe de recherche de mars à décembre 2012, chacune grâce à une méthode de travail spécifique :

1. une consultation via questionnaires électroniques successifs selon la méthode de cotation et d'analyse des réponses inspirée de « Recommandation par consensus formalisé de la Haute Autorité de Santé (HAS) »⁵⁵ en vue d'évaluer et prioriser les propositions issues de la littérature en termes de définition, d'épidémiologie et de détection de la maltraitance à l'égard de la personne âgée à domicile (questions cliniques de 1 à 4) ;
2. un workshop organisé selon la Technique du Groupe Nominal (TGN)⁵⁶, suivi d'une consultation via questionnaires électroniques successifs en vue d'élaborer, évaluer et prioriser des initiatives ou pistes d'action en matière de prise en charge de cette maltraitance (questions cliniques de 5 à 10) ;
3. une conférence de consensus⁵⁷ réunissant l'équipe de recherche et le groupe d'experts en vue de déterminer la liste finale des recommandations et de rédiger un premier canevas de la Recommandation.

12.3.2. ETUDE DELPHI AUPRES D'UN PANEL DE MEDECINS GENERALISTES

Le recrutement des médecins généralistes a été opéré par voie électronique via un appel à participation lancé par la SSMG à ses membres adhérents ainsi qu'aux médecins ayant déjà suivi une sensibilisation ou une formation à la problématique des violences familiales.

La constitution du panel de médecins généralistes repose sur deux critères :

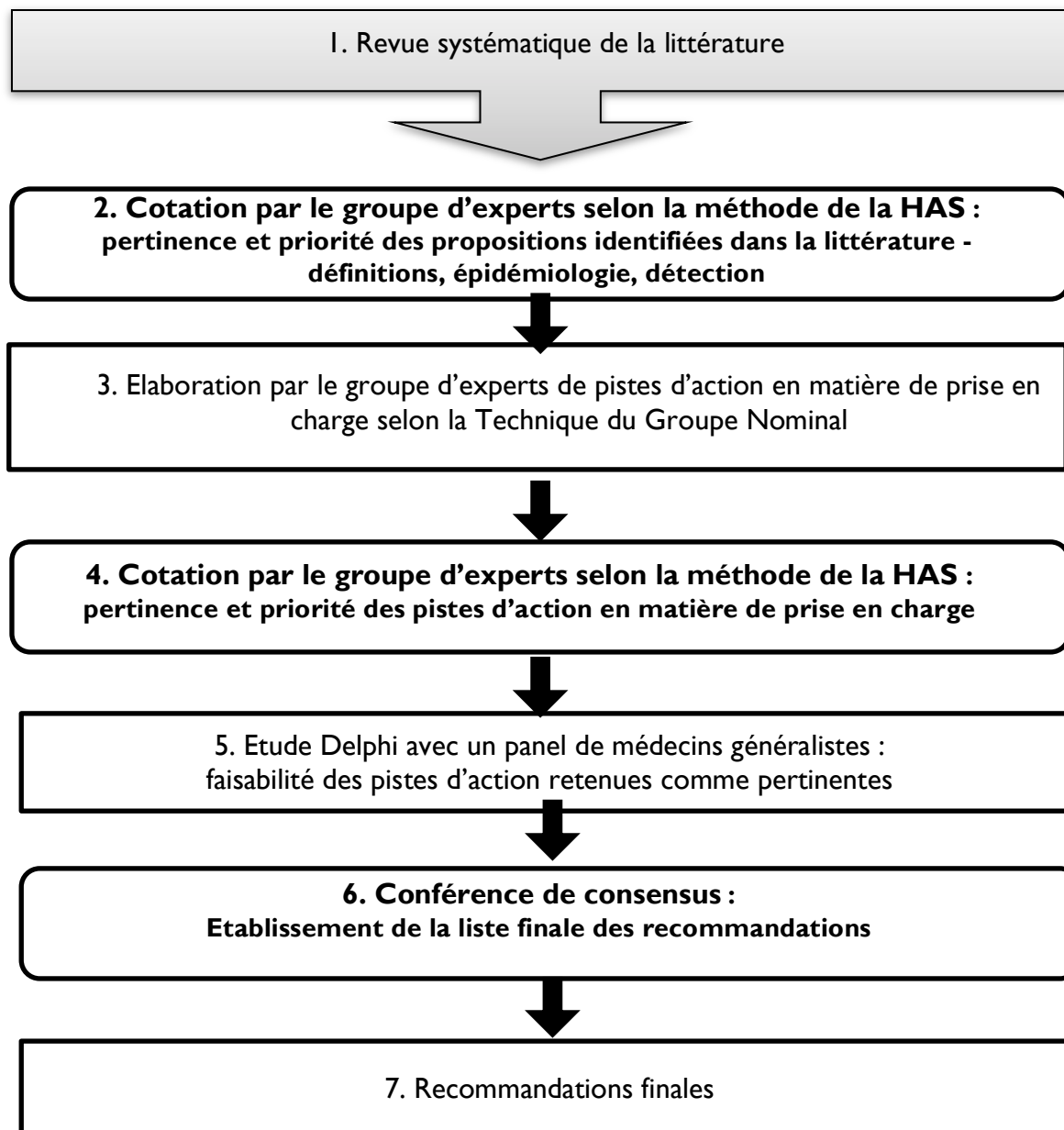
- leur sensibilisation/formation à la problématique de la maltraitance des personnes âgées et/ou des violences familiales,
- la répartition géographique par province.

Un tirage aléatoire a été effectué parmi les candidats non sensibilisés à la problématique en veillant à conserver la même répartition géographique que celle observée au niveau des candidats sensibilisés/formés à celle-ci. L'échantillon final comporte 26 médecins généralistes dont 14 médecins sensibilisés à la problématique et 12 médecins non-sensibilisés avec une répartition quasi-identique entre les femmes et les hommes. Les répondants sont issus des différentes provinces wallonnes et de Bruxelles-Capitale.

L'étude Delphi auprès du panel de médecins généralistes a pour objectif de dégager, parmi les initiatives ou les pistes d'actions retenues comme pertinentes lors de la consultation d'experts, celles qu'ils considèrent comme faisables, c'est-à-dire compatibles avec la pratique clinique quotidienne en médecine générale en termes de détection et de prise en charge de la maltraitance des personnes âgées à domicile.

Elle s'est déroulée de septembre à novembre 2012 via questionnaires électroniques successifs. Pour favoriser le taux de réponse à l'étude, une procédure de rappel a été mise en œuvre : elle consistait à contacter par courriel ou par téléphone les médecins n'ayant pas encore complété leur questionnaire.

Figure 1 : Déroulement du projet



Les choix en matière de méthodologie et les résultats détaillés des procédures de consensus sont présentés dans le rapport de recherche SPF Santé Publique, disponible sur demande.

12.4. REDACTION PAR LES EXPERTS CONSULTES POUR LES ASPECTS JURIDIQUES

Les auteurs ont fait appel à des experts sélectionnés sur base de leurs publications pour répondre aux questions cliniques portant sur le cadre juridique et déontologique ainsi que sur la protection juridique de la personne âgée. Il s'agit de François-Joseph Warlet (magistrat – Seneffe)⁵⁸ et du Docteur Corentin Duyver⁵⁹ (médecin généraliste, chargé de cours invité à l'UCL). Ces derniers ont fait une proposition de texte qui a été relue et modifiée en fonction des remarques de l'équipe de recherche. La version finalisée a été soumise au Conseil National de l'Ordre des médecins pour validation en septembre 2013.

Notons que, pour les aspects relatifs au dossier et certificat médical, les auteurs ont repris intégralement le texte déjà validé par l'Ordre des médecins, publié dans le cadre de la Recommandation de Bonne Pratique sur les violences conjugales.

12.5. VALIDATION

L'équipe de recherche a procédé à la rédaction d'un projet de Recommandation sur base de la version établie au terme de la conférence de consensus. Ce projet de Recommandation a alors fait l'objet de relectures et d'adaptations successives par l'équipe de recherche. Il a été soumis au Centre belge d'Evidence-based Medicine (CEBAM) en vue de sa validation. Il a été traduit et adapté en fonction des ressources régionales par Domus Medica.

12.6. MISE A JOUR ET FINANCEMENT

La recherche documentaire et l'analyse de la littérature ont été réalisées de 1999 jusqu'en avril 2013. Le texte de la Recommandation sera mis à jour chaque année et revu dans son intégralité au plus tard après cinq ans. Le suivi annuel visera uniquement l'approche juridique.

Les auteurs, les experts et les médecins généralistes consultés dans le cadre de ce projet n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ou d'autres groupes d'intérêt. Aucun conflit d'intérêt n'est connu.

Cette Recommandation n'a pas été influencée par les conceptions ou les intérêts de l'instance à l'origine de son financement : le Service Public Fédéral de la Santé publique, de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement.

13. Annexes I : Eléments de droit

13.1. LE CADRE DÉONTOLOGIQUE ET JURIDIQUE⁶⁰

D'emblée il convient de relever que le législateur a pris la mesure du problème posé notamment par la maltraitance à l'égard de la personne âgée, même si les solutions apportées ne pourront jamais être à la mesure des ambitions, chaque situation justifiant une approche spécifique qui soit respectueuse de chacun.

Par des lois successives, d'importantes modifications de fond ont ainsi été apportées quant aux limites que peut connaître le secret professionnel car, emboîtant le pas à la jurisprudence, le législateur a à nouveau modifié l'article 458bis du Code pénal par les lois des 30 novembre 2011⁶¹ et 23 février 2012⁶², prévoyant expressément la faculté pour quiconque est tenu au secret professionnel, d'informer le procureur du Roi lorsque de ce fait il a connaissance d'une infraction (physique ou sexuelle) commise sur un mineur ou sur une personne vulnérable.

En droit civil, d'importantes modifications viennent d'être apportées par une loi du 17 mars 2013 (M.B. 14.06.2013) à la matière relative à la protection juridique des personnes vulnérables, dont les dispositions doivent entrer en vigueur le 1^{er} juin 2014. Tous les régimes de protection existant étant abrogés à partir de cette date (minorité prolongée, interdiction, administration provisoire, conseil judiciaire), la nouvelle loi a essentiellement pour objet de limiter désormais à deux grands axes, les protections judiciaires qui peuvent être mises en œuvre pour les personnes vulnérables : l'administration de la personne et l'administration des biens. Les dispositions transitoires de la loi prévoient un délai d'adaptation des régimes anciens s'étalant de deux à cinq ans selon les hypothèses rencontrées.

Cette matière complexe fera ultérieurement l'objet d'un examen plus approfondi mais il faut dès à présent en retenir que la forme et le contenu du certificat médical circonstancié, obligatoire pour la mise en œuvre de la mesure de protection, seront fondamentalement modifiés. Un modèle-type de certificat médical sera imposé par arrêté royal (non encore publié). Il y sera notamment fait référence à la C.I.F. (adoptée le 22 mai 2001 par l'A.M.S.).

En pratique, sans doute informations et réflexions permettront-elles de sous-tendre les attitudes adéquates en cas de difficultés. Mais aucune recette miracle n'existe; tout est affaire de responsabilité bien comprise.

13.1.1. Principes généraux

En cas de découverte ou de suspicion de maltraitance⁶³, le comportement à adopter peut s'articuler autour de **trois grands axes** :

- les références normatives
- l'information reçue et recueillie
- une bonne connaissance des implications du secret professionnel

I. Les références normatives

Il convient de rappeler que nul n'est censé ignorer la loi et bien sûr pas davantage un médecin que quiconque, ce qui implique l'on ne peut arguer de son ignorance de la loi pour s'exonérer de sa faute et par voie de conséquence de sa responsabilité.

Le secret professionnel, pilier de la matière, est consacré par l'**article 458 du Code pénal**:

Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros.

Les **articles 55 à 57 du Code de déontologie médicale** renvoient d'ailleurs à cette disposition:

Art. 55 *Le secret professionnel auquel le médecin est tenu est d'ordre public. Il s'impose dans quelque circonstance que ce soit aux praticiens consultés par un patient ou amenés à lui donner des soins ou des avis.*

Art. 56 *Le secret professionnel du médecin comprend aussi bien ce que le patient lui a dit ou confié que tout ce que le médecin pourra connaître ou découvrir à la suite d'examens ou d'investigations auxquels il procède ou fait procéder.*

Art. 57 *Le secret professionnel s'étend à tout ce que le médecin a vu, connu, appris, constaté, découvert ou surpris dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession.*

Enfin, il s'impose aussi de citer les exceptions à cette règle d'ordre public, qu'énonce l'**article 458bis du Code pénal** (cette disposition sera commentée ci-après : p. 32).

Et, rédigés dans la droite ligne de l'article 458bis du Code pénal, les **articles 58 à 70 du Code de déontologie médicale** (consultables sur www.ordomedic.be/fr/code/contenu).

Le devoir de discrétion et de réserve qu'évoque particulièrement l'article 31 du Code de déontologie médicale:

Librement choisi par le patient ou imposé à celui-ci en vertu d'une loi, d'un règlement administratif ou des circonstances, le médecin agit toujours avec correction et compréhension; il s'abstient, sauf incidences thérapeutiques formelles, de toute intrusion dans les affaires de familles; il s'interdit de heurter les convictions philosophiques, religieuses ou politiques.

L'assistance à personne en danger dont l'abstention est sanctionnée par l'**article 422bis du Code pénal**:

Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un an et d'une amende de 50 à 500 euros ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'abstenant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'abstenant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques. La peine prévue à l'alinéa 1^{er} est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge ou est une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits.

Les droits du patient, consacrés par la **loi du 22 août 2002**⁶⁴, dont nous soulignerons:

Art. 7 §2 ... *A la demande écrite du patient, les informations peuvent être communiquées à la personne de confiance⁶⁵ qu'il a désignée...*

Art. 14 §1 *Les droits ... d'un patient majeur ... sont exercés par la personne que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même.*

Art. 15 §2 *Dans l'intérêt du patient, et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel ... déroge à la décision prise par la personne [désignée]...*

Les droits du médecin aussi, dont nous nous limiterons à évoquer les **articles 28 et 29 al. 2 du Code de déontologie médicale** qui permettent dans certaines situations au médecin de refuser de prodiguer ses soins ou de se dégager de sa mission.

Art. 28 *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.*

De même, le médecin peut se dégager de sa mission à condition d'en avertir le patient ou son entourage, d'assurer la continuité des soins, et de fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède.

Art. 29 al. 2: ... *Si le malade refuse un examen ou un traitement proposé, le médecin peut se dégager de sa mission dans les conditions prévues à l'alinéa 2 de l'article 28.*

2. L'information reçue et recueillie

Le médecin doit satisfaire à une obligation de moyens.

Dès lors, outre l'information scientifique propre à sa pratique de l'art de guérir, il convient que le médecin conserve de manière permanente son ouverture à toute information générale théorique et pratique qui sera de nature à lui permettre d'apporter les réponses adéquates et actuelles aux difficultés auxquelles il peut être confronté à tout moment dans le domaine spécifique de la maltraitance.

Au-delà de la connaissance acquise et maîtrisée, des références normatives qui jalonnent l'exercice de sa profession, **le médecin généraliste doit veiller à maintenir à jour sa connaissance des ressources sociales utiles afin d'être en mesure d'orienter ses patients vers les services appropriés.**

Nous citerons à titre d'exemples de services compétents : "Respect Seniors" - contact@respectseniors.be, "SEPAM" - sepam@inforhomes-asbl.be.

3. Le secret professionnel

Chaque professionnel de la santé connaît le principe mais il n'est sans doute pas inutile d'en rappeler la formulation dans le code pénal:

" Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros."

"Le respect du secret professionnel, pour ceux qui y sont tenus, est un devoir dont la violation est sanctionnée pénalement. On n'est donc pas en présence d'un droit de se taire mais bien d'une interdiction de parler, d'une obligation de se taire"⁶⁶.

Plus encore : la circonstance que le patient exprimerait délier le médecin de son obligation au secret professionnel est inopérante pour permettre cette divulgation⁶⁷.

Toutefois, **l'article 458 du Code pénal** contient en lui-même deux exceptions au principe qu'il consacre:

1. Le témoignage en justice

Il ne peut être question ici que de déposer un témoignage devant un juge et non point devant un procureur du Roi et encore moins devant un policier (indépendamment du fait que ces personnes soient également tenues au secret professionnel).

Il convient également d'être particulièrement prudent, dans le cadre de ces témoignages en justice, au regard de l'intérêt du patient⁶⁸.

Maltraitance à l'égard des personnes âgées à domicile

2. Les cas où la loi "oblige" à faire connaître un secret

Sont visées essentiellement les situations particulières de dénonciations obligatoires⁶⁹.

Par ailleurs, le contenu même des normes, et surtout la combinaison des unes avec les autres, renferme un certain nombre de difficultés pratiques, sinon parfois de contradictions, au moment de leur mise en œuvre.

Ainsi, peut se poser la question de la prééminence de l'obligation du secret professionnel par rapport à un danger grave et imminent. Comment définir celui-ci ?... D'autant que tout est question de point de vue, parfois de vécu personnel. Ce qui est important pour l'un peut paraître dérisoire pour un autre. Pour autant, "celui qui est lié par le secret professionnel n'est pas libre d'apprécier selon ses propres critères dans quels cas il garde le secret ou parle"⁷⁰.

Assurément, le médecin généraliste ne peut faire l'économie de la réflexion sur ce que sont (et non pas sans doute ce que devraient être) les valeurs d'une société, ou de la société dans laquelle évolue le patient.

Depuis longtemps, la jurisprudence tend à consacrer le principe qu'il est possible de révéler certains éléments couverts par le secret professionnel dans la mesure où la révélation du secret reçu peut éviter la survenance imminente d'un mal important et irréparable. Autrement dit, selon la jurisprudence, la divulgation d'un secret professionnel n'est admise que si, à défaut de le faire, une valeur ou un droit supérieur serait lui-même violé.

Cette question étant souvent très délicate, et l'opportunité d'une dénonciation n'étant appréciée qu'a posteriori par le juge de fond⁷¹, **le législateur est intervenu récemment⁷² pour mieux circonscrire cette faculté de révéler des faits couverts par le secret professionnel lorsqu'est mise en danger la sécurité physique ou psychique de certaines personnes présumées a priori vulnérables.**

L'article 458bis du Code pénal⁷³ peut ainsi être présenté comme suit :

➤ *Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets*

➤ *qui a de ce fait connaissance d'une infraction...*

...prévue aux articles du Code pénal nos

- 372 à 377 (attentat à la pudeur, pédophilie),
- 392 à 394 (meurtre et assassinat),
- 396 à 405ter (homicide, lésions corporelles volontaires),
- 409 (mutilation sexuelle féminine),
- 423 ("délaissement"),
- 425 et 426 (privation d'aliments ou de soins)

➤ *commise sur*

- *un mineur*

ou sur

- *une personne qui est vulnérable en raison*
 - *de son âge,*
 - *d'un état de grossesse,*
 - *de la violence entre partenaires⁷⁴,*
 - *d'une maladie,*
 - *d'une infirmité*
 - *d'une déficience physique ou mentale*

➤ ***peut ... en informer le procureur du Roi***

- *soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée*
et *qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité*
- *soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités*

- et cela, *sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis du Code pénal* (non-assistance à personne en danger).
-

Toutefois, tous ces termes n'étant pas précisément définis par la loi, **il est évident que la plus grande prudence reste de mise**⁷⁵.

*Il "convient ainsi de respecter le principe de subsidiarité qui signifie que le médecin ou le thérapeute doit, dans un premier temps, offrir son aide ou vérifier s'il peut offrir une aide maximale avec le concours d'un tiers. L'information donnée au procureur du Roi est l'ultime remède..."*⁷⁶

La dénonciation ne pourrait se faire que dans les limites du strict nécessaire et de la proportionnalité entre l'intérêt à sauvegarder et la violation du secret. Le cas échéant, le médecin contactera directement le procureur du Roi et lui communiquera l'information qu'il juge lui-même nécessaire.

Il est important de rappeler ici que dans toute situation où le médecin a des incertitudes, il peut toujours demander l'avis du Président de l'Ordre ou d'autres confrères sans toutefois mentionner l'identité de son patient.

13.1.2. Question spéciale : le secret partagé⁷⁷

Lorsque le médecin généraliste est amené à fonctionner en réseau ou à collaborer au travail d'une équipe, ce réseau ou cette équipe peut prendre des configurations très diverses. Exception admise au secret professionnel, certaines informations confidentielles détenues jusque là par chacun pourront, dans l'intérêt du patient, y être communiquées aux autres.

Cette communication a toutefois des limites qui sont clairement définies par ce qu'il est strictement indispensable, voire utile, de révéler. Aller au-delà, c'est prendre le risque de causer préjudice au patient. Il est bon d'ailleurs de se référer notamment à cet égard aux dispositions des articles 61 du Code de déontologie et 14 et 15 de la loi du 22/08/02 relative aux droits du patient.

Quelques lignes directrices devront ainsi être suivies et seront de nature à garantir la qualité de ces échanges :

-
- **Inform**er le patient sur le projet de partage d'informations, ses objectifs, ses avantages et ses limites, et obtenir son accord⁷⁸.
 - **Ne partager** qu'avec d'autres intervenants également tenus au secret professionnel.
 - **Ne partager** qu'avec d'autres intervenants qui ont la même mission auprès de ce patient.
 - **Ne divulguer** que les informations nécessaires aux soins à dispenser au patient.

Et :

- **Redéfinir** régulièrement ensemble ce que l'on s'accorde à considérer comme la bonne pratique, en fonction des spécificités du cadre de travail.
-

13.2. L'ADMINISTRATION PROVISOIRE DE BIENS⁷⁹

Note préliminaire :

Comme indiqué au point 12.1 ci-avant (auquel nous renvoyons), le 1^{er} juin 2014 cette matière va subir des modifications fondamentales en application de la récente loi du 17 mars 2013 et de plusieurs arrêtés royaux pris en exécution de cette loi.

Parmi les différents types de maltraitance, l'une des plus fréquentes est la maltraitance financière. Celle-ci peut d'ailleurs se présenter sous des formes différentes allant de la plus directe à la plus subtile voire à peine perceptible.

Le médecin généraliste est régulièrement l'un des témoins "privilegiés" de ce type d'abus. Il peut déceler ces situations soit par ses contacts avec la personne lésée, qui le lui confiera ou dont l'attitude s'en sera trouvée affectée, soit par le comportement même de ses proches (qui quelquefois considéreront inutiles certaines dépenses de santé...).

12.2.1. Principes généraux⁸⁰

Si la vulnérabilité de la personne abusée trouve son origine dans un problème de santé, l'administration provisoire de biens peut constituer une protection juridique fort efficace et cette mesure peut être aisément mise en oeuvre. Instaurée par une loi du 18 juillet 1991, cette procédure a pris place à l'article 488bis du Code civil.

Non seulement le médecin, par la rédaction du certificat médical circonstancié, est un des "maillons" nécessaire pour que cette protection se réalise mais en outre, s'il l'estime opportun, il peut en être l'initiateur en introduisant lui-même la procédure devant le juge de paix compétent.

Au terme de la procédure, si le juge de paix fait droit à la demande, il désignera un administrateur provisoire qui aura pour mission, sous le contrôle du juge de paix :

- soit de **représenter**
 - soit d'**assister**
- } la personne protégée pour les actes juridiques qui ont une incidence financière

Si l'administrateur provisoire représente la personne protégée, c'est lui seul qui est habilité à prendre des engagements en son nom. Avec l'accord de son administrateur provisoire, la personne protégée pourra, selon les cas et son degré de capacité personnelle, conserver une certaine autonomie mais dans des limites très précises et elle ne risquera donc plus d'engager tout ou partie de son patrimoine inconsidérément.

Si l'administrateur provisoire assiste la personne protégée, aucun des deux ne peut prendre d'engagement sans l'accord formel de l'autre. Cela permet dès lors à la personne protégée de conserver un réel et large pouvoir sur la gestion de ses biens et ressources sans risque de se faire abuser puisque chacun de ses actes est supervisé.

En toute hypothèse, et quelque justes qu'en puissent être les motifs, l'administration provisoire des biens d'une personne protégée reste pour elle une mesure restrictive de liberté. Et, sauf pour des personnes tout à fait confuses, elle reste d'autant plus ressentie comme telle qu'elle ne s'exécute pas toujours sans difficultés très concrètes tenant soit à la nature du patrimoine et des ressources, soit à la qualité des relations qui doivent s'établir entre ses différents acteurs. En fonction de son rôle, chacun doit bien sûr y veiller de sorte que l'administration provisoire ne soit pas vécue comme une nouvelle maltraitance.

13.2.2. Qui peut introduire la procédure ?

Selon la loi, le requérant peut être:

- **toute personne** qui justifie d'un intérêt sérieux; ce peut être un intérêt matériel, moral, affectif... - le juge apprécie;
- **le procureur du Roi**, auquel des faits interpellants auraient été signalés;
- **la personne à protéger** elle-même - hypothèse particulièrement intéressante en cas de maladie d'Alzheimer naissante car la personne reste "acteur" de sa propre protection.

13.2.3. Comment introduire la procédure ?

Trois documents sont nécessaires.

1. Une requête écrite¹ doit être déposée par celui qui sollicite la mesure de protection au greffe de la justice de paix du canton judiciaire dans lequel se situe la résidence de la personne à protéger.

Attention, ce que la loi privilégie, c'est bien la résidence effective de la personne et non son domicile, lequel n'est pris en compte que s'il correspond au lieu de vie.

A titre d'exemple, nombre de personnes âgées vivent en M.R. ou en M.R.S. tout en restant domiciliées dans leur maison (qui est parfois entretemps occupée par un de ses enfants...).

2. Un certificat médical circonstancié² ne datant pas de plus de quinze jours, décrivant l'état de santé de la personne à protéger.

Attention: il s'agit là d'une exigence importante de la loi car à défaut d'un tel certificat correctement rédigé, la demande devra être jugée irrecevable par le juge.

Le certificat doit préciser d'une part si la personne à protéger peut se déplacer et, dans l'affirmative, s'il est indiqué qu'elle se déplace compte tenu de son état et d'autre part si la personne à protéger est encore à même de prendre connaissance du compte rendu de la gestion de ses biens.

Concernant l'article 488 bis du Code civil, le Conseil National de l'Ordre des Médecins autorise les médecins à délivrer le certificat prescrit par la loi avec la prudence requise mais en insistant sur la forme: "*ce document, destiné au juge de paix, doit être mis sous pli fermé pour être joint à la requête*"⁸¹.

¹ Voir à ce propos Annexes 2 « Aspect relatif au dossier et certificat médical ».

² Voir à ce sujet Annexes 2 « Aspect relatif au dossier et certificat médical ».

Cette première recommandation fut renforcée par une seconde, le Conseil National souhaitant "*être informé (ndlr: par qui?) des cas où le certificat médical joint à la requête ne serait pas mis sous pli fermé afin d'en aviser le Conseil provincial au Tableau duquel le médecin concerné est inscrit*"⁸².

Par ailleurs, ce certificat médical ne peut être établi par un médecin parent ou allié de la personne à protéger ou du requérant, ou attaché à un titre quelconque à l'établissement dans lequel la personne à protéger se trouve.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ajoute "*qu'il est déontologiquement incorrect d'examiner une personne dont on n'est pas le médecin traitant, à la demande d'un tiers intéressé (membre de la famille ou avocat), en vue de la délivrance d'un certificat médical circonstancié dans le cadre de l'article 488bis du Code civil. - Le médecin sollicité doit renvoyer le demandeur au médecin traitant de la personne concernée*"⁸³.

Il paraît toutefois aller de soi que si c'est le médecin traitant qui est lui-même le requérant, il doit (et peut donc) faire appel à un confrère pour établir le certificat médical circonstancié.

3. Une attestation de résidence ou, à défaut, de domicile de la personne à protéger ne datant pas de plus de quinze jours.

A relever que cette attestation de résidence, si celle-ci ne correspond pas au domicile, peut fort bien être délivrée par une autorité autre que publique, telle la direction d'une maison de repos; l'attestation de domicile délivrée par une administration communale est en effet inopérante si la personne à protéger ne réside pas effectivement à son domicile.

13.2.4. Fin de l'administration provisoire

La mesure de protection prend fin :

- en cas de **décès** de la personne protégée,
- lorsque **l'intéressé fait l'objet d'une autre mesure de protection** (interdiction ou minorité prolongée),
- sur **décision du juge de paix** (soit d'office, soit sur requête⁸⁴).

Dans la dernière hypothèse dès lors, il faut garder à l'esprit que la protection de biens n'ayant pu être décidée qu'en raison d'un état de santé, c'est bien entendu à cet aspect des choses que le juge de paix doit être tout particulièrement attentif lorsqu'il lui est demandé de lever la mesure.

Est-ce que, pour autant, la requête en mainlevée de la mesure de protection doit être accompagnée d'un certificat médical circonstancié ? La loi, en tout cas, ne le dit pas. Mais il est vrai que cela peut s'avérer très utile, et certains juges d'ailleurs l'exigent.

En ce cas, les règles de conduite exposées ci-avant dans le cadre de l'introduction de la demande de protection, restent bien-sûr de mise.

14. Annexes 2 : Aspects relatifs au dossier et au certificat

14.1. DOSSIER MÉDICAL⁸⁵

Son **contenu** ne fait pas l'objet d'un consensus sur le plan légal, administratif. D'un point de vue exclusivement clinique, on peut s'inspirer des recommandations valables pour toute consultation (démarche SOAP) :

- **Anamnèse (Subjectif)** : début des violences, fréquence, types de violence, violences envers d'autres membres de la famille, impact psychologique, etc.
 - **Examen clinique (Objectif)** : liste exhaustive des lésions et séquelles, avec description précise (localisation, aspect, taille, direction, ancienneté...).
- Il convient d'expliquer à la personne victime la raison du caractère détaillé de cet examen : complétude du dossier, possibilité de rédiger un certificat ultérieurement si la demande n'est actuellement pas formulée. Il s'agit également de l'informer que de nouvelles lésions peuvent apparaître ultérieurement et qu'il s'agira de les faire constater également. Des schémas et des photographies (prises avec l'autorisation du patient) peuvent s'avérer très utiles sur le plan médico-légal ou lors de la rédaction d'un certificat différé.
- **Hypothèses diagnostiques (Appréciation)**
 - **Plan de soins (Procédures)**
 - **Examens complémentaires et leurs résultats (Procédures)**

Il doit évidemment contenir les éléments figurant sur le certificat médical.

Il est recommandé au médecin de mentionner ses propres initiatives (consultation d'un confrère pour avis, conseils donnés aux patients) **et l'éventuelle absence de réaction du patient pour faire évoluer la situation vers un mieux-être** : « *Je constate que..., depuis des semaines, je lui conseille de..., et Mr Mme refuse de...* ».

Quant aux doutes et hypothèses, chaque médecin décidera de les noter :

- dans le dossier consultable par le patient,
- ou sous forme d'annotations personnelles, non-consultables par le patient lui-même, mais bien par un autre praticien assistant le patient ou désigné par lui afin de consulter son dossier.

En aucun cas, le dossier médical en tout ou en partie ne peut être transmis par le médecin à une quelconque autorité policière. Si la personne victime souhaite produire des éléments de son dossier médical, elle peut en demander une copie au médecin en vertu de la loi relative aux droits du patient et peut ainsi la déposer à son dossier judiciaire. S'il s'agit de produire des éléments de preuve des lésions subies par une personne victime, il y a d'autres voies, en particulier le certificat médical.

14. 2. CERTIFICAT MEDICAL EN CAS DE COUPS ET DE BLESSURES⁸⁶

La demande d'un certificat médical n'est pas forcément formulée lors de la consultation de révélation ou à l'occasion de la demande de soins et sa rédaction ne doit pas obligatoirement être concomitante à celle des constatations inscrites au dossier médical.

Ce certificat est rédigé suite au contact avec le patient et à sa demande. Toujours à sa demande, **il peut lui être remis, et à lui uniquement, et ceci, toujours en main propre.** Il faut lui conseiller d'en faire une photocopie. Le certificat peut rester dans le dossier jusqu'à ce qu'il y ait demande d'obtention par la personne victime. Si elle ne compte pas en faire usage tout de suite et le garde chez elle, il est important d'envisager en consultation les risques qu'elle pourrait encourir si le constat était découvert par l'auteur des violences.

Le certificat ne peut dès lors être transmis par le médecin aux autorités policières ou judiciaires.

Le contenu du certificat sera l'un des éléments qui conditionneront l'opportunité des poursuites et, plus tard, l'importance des peines éventuelles.

Le certificat ne peut pas mentionner les éléments suivants :

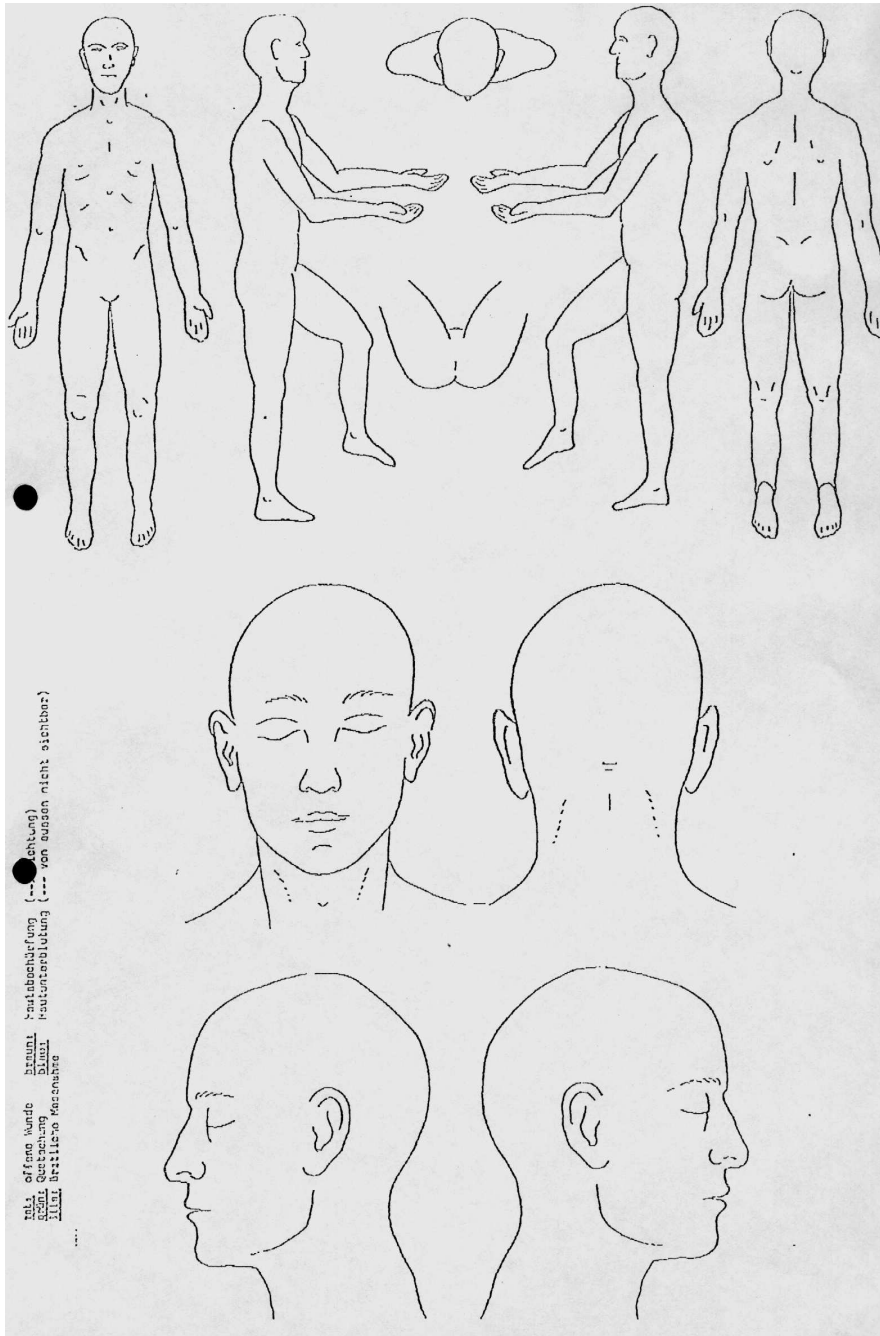
- l'identité de l'auteur des violences, même si elle est précisée par la personne victime,
 - les responsabilités de quiconque dans le mécanisme lésionnel,
 - les déclarations de la personne victime concernant des tiers.
-

Il est possible (et vivement recommandé en matière de violences sexuelles) d'orienter le patient vers un confrère ayant une expertise en la matière et de consigner le certificat de ce dernier dans le dossier médical. Cependant, même si ce confrère maîtrise les procédures, le véritable médecin « expert » sera celui que le juge désignera car seules les constatations de ce dernier auront une valeur objective et, le cas échéant, contradictoire.

A titre d'aide-mémoire, les rubriques que doit contenir le certificat médical sont présentées ci-dessous. Il revient au médecin de juger de la forme finale qui lui sera donnée.

<p>Je soussigné(e), Dr <i>(nom et prénom)</i></p> <p>.....</p> <p>à <i>(lieu)</i>..... N° INAMI.....</p> <p>Certifie avoir examiné le.....à.....h.....</p> <p>à <i>(lieu)</i>.....</p>	<p>Nom <i>(patient)</i>.....</p> <p>Prénom.....</p> <p>Date de naissance.....</p> <p>Résidant à Code postal.....</p> <p>Rue.....N°.....</p>
<p>Ce patient déclare :</p> <p><i>(Description par le patient des faits avec la date et l'heure à laquelle ils se sont produits)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ses plaintes actuelles sont :</p> <p><i>(Description précise des symptômes, douleurs et autres plaintes)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Examen physique :</p> <p><i>(Description exhaustive des lésions constatées : nature (griffure, ecchymose, hématome, plaie, autres...), aspect (forme, taille, couleur et âge) et localisation)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Etat psychique au moment du constat :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Photos ou schémas joints :</p> <p><i>(Toute page annexée au certificat doit être numérotée, datée, signée et mise en lien avec le constat)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Examens complémentaires à prévoir :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Les lésions peuvent-elles être compatibles avec les déclarations du patient ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Orientation : <i>(par exemple, vers un service d'aide aux victimes)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Traitements proposés :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Suite au traumatisme, une ITT* est prescrite</p> <p>du/...../..... au...../...../.....inclus</p> <p><i>*Il s'agit ici de prendre en compte la capacité du patient à effectuer ses activités courantes et d'évaluer les répercussions des violences sur le fonctionnement personnel du patient. Cette évaluation sera donc réalisée même si le patient ne travaille pas professionnellement.</i></p> <p>Constat remis au patient à sa demande ou à son représentant légal.</p>
<p>Certificat rédigé sous réserve de complications et d'évolution ou avis d'experts (psychiatre, gynécologue, pédiatre...).</p> <p>Certifié sincère leà.....</p> <p>Signature Cachet</p>	

Aide-mémoire à la rédaction du certificat médical qui fait l'objet d'un consensus d'experts (conférence organisée sous la supervision du CEBAM - 2008) et qui est validé par l'Ordre des Médecins.



14.3. CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIE EN VUE DE LA PROTECTION DES BIENS D'UNE PERSONNE ⁸⁷

Note préliminaire :

Comme indiqué au point 12.1 ci-avant (auquel nous renvoyons), le 1^{er} juin 2014 cette matière va subir des modifications fondamentales en application de la récente loi du 17 mars 2013 et d'un arrêté royal d'exécution de cette loi.

L'incapacité de toute personne à gérer ses biens pour des raisons liées à la santé physique ou mentale va obliger un médecin à intervenir. Son intervention portera sur la rédaction d'un certificat médical circonstancié visant à placer celle-ci sous administration de biens.

Il s'agit d'une étape de vie délicate et souvent irréversible qui place fréquemment le médecin (habituellement un généraliste) qui le rédige dans une situation de particulière responsabilité⁸⁸. Cette situation est d'autant plus inconfortable que c'est un autre champ professionnel que le sien qu'il est tenu d'aborder.

Le certificat médical circonstancié ne datant pas de plus de quinze jours devra pour être recevable impérativement contenir les trois informations suivantes, objectivées par le médecin³ :

- l'état de santé de la personne à protéger, en rapport avec l'aptitude du patient à gérer ses biens,
 - la capacité de celle-ci à se déplacer (compte tenu de son état),
 - la capacité de la personne de prendre connaissance du compte rendu de la gestion.
-

³ Voir à ce sujet l'Annexe I « Eléments de droit » - L'administration provision de biens.

Je soussigné(e), Dr <i>(nom et prénom)</i> à <i>(lieu)</i> N° INAMI..... Certifie avoir examiné le.....à.....h..... à <i>(lieu)</i>	Nom <i>(patient)</i> Prénom..... Date de naissance..... Résidant à Code postal..... Rue.....N°
et avoir constaté que son état de santé peut être décrit comme suit : <i>(description circonstanciée de l'état de santé en rapport avec l'aptitude du patient à gérer ses biens)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Mon avis est que cette personne peut/ne peut¹ pas se déplacer ; - Un déplacement, compte tenu de son état, est/n'est¹ pas indiqué, - Cette personne est/n'est pas¹ à même de prendre connaissance du compte rendu de la gestion de ses biens si un administrateur provisoire lui est désigné. <p>leà.....</p>	
Signature	Cachet
<small>¹ Biffer la mention inutile</small>	

Aide-mémoire à la rédaction du certificat médical circonstancié en vue de la protection des biens d'une personne à annexer à une requête fondée sur l'article 488bis du Code civil, suggéré par F-J Warlet, magistrat.

Les critères d'évaluation de la personne âgée en vue de la rédaction du certificat médical circonstancié

Une revue narrative récente de la littérature traitant des démarches diagnostiques (échelles) testées ou validées en première ligne comme soutien à la décision concernant la capacité de gestion des biens chez des personnes âgées, permet de distinguer, grossièrement, d'une part **les démarches (échelles) visant à évaluer le patient dans sa globalité** : nutrition, mobilité, risque de chute, cognition, incontinence..., et capacité à gérer ses biens et d'autre part, les **échelles n'évaluant exclusivement** que ce dernier aspect (cf. détail infra)⁸⁹ :

A. Financial Capacity Instrument (FCI)⁹⁰

Il s'agit d'un test psychométrique standardisé qui a été conçu afin d'évaluer les activités financières quotidiennes pouvant être compromises par un état de démence. Il étudie **quatorze tâches «financières» importantes de la vie de tous les jours réparties dans six domaines** : les capacités monétaires « basiques » (exemple : nommer les pièces), la connaissance de concepts financiers (exemple : qu'est-ce qu'un compte bancaire ?), l'analyse d'une transaction monétaire (exemple : l'achat d'un article), la gestion d'un carnet de chèque, la gestion d'un compte bancaire (exemple : l'explication de différentes transactions effectuées ou non), le « jugement financier » (exemple : détecter le risque de fraude dans un courrier de sollicitation). Les tâches du test sont classées en « simple » et « complexe ».

Le temps nécessaire à la réalisation du test est évalué de trente à quarante minutes pour les patients âgés bien portants (contrôles) et de quarante à cinquante minutes pour les patients présentant une démence.

Le score pour le Financial Capacity Instrument est standardisé. Les patients sont classés en « capables », « moyennement capables » et « incapables ». Le test est complété par un apport personnel du patient et un rapport de l'aidant proche.

B. Measure of Awareness of Financial Skills (MAFS)⁹¹

Le MAFS est constitué de **trois parties**. Premièrement, il y a un **questionnaire destiné au patient** (évaluation de la capacité à effectuer certaines tâches financières et auto-évaluation de l'aide qu'il reçoit pour les effectuer ; évaluation de sa capacité à gérer ses finances et de la prise de conscience des conséquences d'une mauvaise gestion). Deuxièmement, un questionnaire est **destiné à un aidant proche** (version parallèle au questionnaire du patient). Troisièmement, une **mesure de performance présente six tâches financières** : identifier de la monnaie, compter le change, transaction d'argent, interpréter un ticket de caisse, rédiger un chèque, gérer un carnet de chèques.

La durée du test pour le patient est d'1h30 et pour l'aidant proche de 20 minutes.

C. Financial Competency Assessment Tool (FCAT)⁹²

Le Financial Competency Assessment Tool a été testé dans le but d'évaluer les compétences financières de patients présentant la maladie d'Alzheimer, mais également des troubles mentaux (schizophrénie). Ce test comprend **six domaines** : les capacités monétaires de base (nommer les pièces et billets, juger de leur valeur, faire des calculs...), la connaissance de concepts financiers, l'utilisation des services d'une banque (retrait), la transaction en espèces (achat d'articles), le jugement financier, la compréhension des entrées et des dépenses personnelles. Les tâches sont classées en « facile » et « complexe ».

Le score est obtenu en additionnant les points obtenus dans les tâches de chaque domaine. Le score total est utilisé comme évaluation des capacités financières la valeur *cut off* entre dépendance et indépendance est située entre 20 et 21 points.

Le test dure environ trente minutes.

D. Semi-Structured Clinical Interview for Financial Capacity (SCIFC)⁹³

Le test Semi-Structured Clinical Interview for Financial Capacity (SCIFC) a été conçu dans le but d'investiguer les **capacités financières de patients** présentant un déficit cognitif léger à modéré, ainsi que chez des patients âgés sains en utilisant la technique de l'interview semi-structurée et dure en moyenne vingt-cinq minutes.

En résumé, les domaines abordés sont : les capacités monétaires de base, la connaissance de concepts financiers théoriques, la transaction financière, la gestion d'un carnet de chèque, la gestion d'un compte bancaire, le jugement financier, le paiement de factures, la connaissance de la gestion financière personnelle et immobilière. À l'issue du test, les patients sont jugés comme « capables », « moyennement capables » et « incapables ».

L'interview semi-structurée permet une flexibilité dans l'approche du patient avec une individualisation du test proposé en fonction du contexte clinique.

Quelques points de repères

Il s'agit d'approcher, à partir de certains critères, l'étendue de la capacité ou de la fragilité d'une personne humaine riche de toutes les nuances de sa personnalité et de ses ressources. C'est-à-dire **de se faire une idée de ce dont la personne (âgée) est capable, une idée de l'état de ses solidités, à un moment donné**. Ce sont ses capacités et ses solidités qui seront soutenues par la désignation d'un administrateur provisoire de ses biens. Ce soutien sera plus ou moins important et durable. Il est toujours révisable. Cette approche de la capacité et de la solidité s'inscrit dans le cadre d'une rencontre personnelle entre le médecin et la personne. C'est un **entretien où des choses sont dites en parole ou observées de part et d'autre, perçue au-delà des mots et enfin rapportées unilatéralement par écrit dans un document**.

L'évaluation de la capacité à gérer ses biens peut se faire sous plusieurs abords : la gestion quotidienne versus la planification, le patient ou un aidant proche, les manipulations versus les notions théoriques, le type de biens concernés... Quel que soit l'angle d'approche choisi, il sera cependant toujours **primordial de distinguer les capacités cognitives de l'aptitude à la gestion des biens à proprement parler** (qui seule active l'application de la loi). Nombre de patients gèrent encore parfaitement leur vie quotidienne sans pour autant maîtriser les aspects techniques du retrait à un automate, à des transactions bancaires via internet. On sera également **attentif à décrire le cadre de vie et les aides informelles dont peut bénéficier le patient**.

Ce type d'évaluation, si on la veut complète, prend du temps mais ce sont des circonstances de vie qui méritent qu'on le prenne ! Et comme prévenir c'est guérir, il nous apparaît primordial **d'aborder précocement ce sujet avec les patients**.

Enfin, les échelles (aussi complètes soient-elles) sont des instruments d'aide à la décision et ne peuvent être appliquées et leurs résultats interprétés qu'à la lumière du contexte (géographique, organisationnel, sociopolitique, culturel...) dans lequel elles ont été développées et utilisées.

Dans la mesure où chaque échelle présentée s'adresse à une population avec des caractéristiques différentes, il nous est impossible d'en préconiser une en particulier. Un certain nombre d'aspects évalués (cf. supra) sont cependant communs à toutes les échelles et mériteraient d'être adaptés à la situation belge afin d'en faire une échelle validée et utilisable par tous comme outil d'aide à la rédaction du certificat médical.

14.4. REQUÊTE EN VUE DE LA PROTECTION DES BIENS D'UNE PERSONNE

A Madame/Monsieur le juge de paix du canton judiciaire de

Je soussigné(e), Dr *(nom et prénom)*

à *(lieu)*..... N° INAMI.....

Sollicite, en application de l'article 488 bis du Code civil, la désignation d'un administrateur provisoire à :

Nom *(patient)*.....Prénom.....

Date de naissance.....

Résidant à Code postal..... Rue.....N°

dont je suis.....

(degré de parenté ou nature des relations avec la personne à protéger)

Que la personne à protéger est l'époux de :

(à ne remplir que si la personne à protéger est mariée)

qui vit/ne vit pas¹ avec la personne à protéger *(¹ Biffer la mention inutile)*

Que la personne à protéger vit avec :

Citer précisément les nom, prénom, date de naissance et domicile des père, mère, conjoint, cohabitant légal, ou enfants majeurs de la personne à protéger, pour autant que ces personnes vivent effectivement avec elle; idem pour la personne vivant maritalement avec la personne à protéger.

Que la personne à protéger apparaît hors d'état de gérer ses biens et ressources et ce de manière temporaire/définitive¹ totalement/partiellement¹ *(¹ Biffer la mention inutile)*

Qu'est joint à la présente requête un certificat médical circonstancié rédigé le/...../.....

par le Dr

Que la demande est fondée sur les motifs suivants :

.....*(à développer éventuellement sur une feuille annexe)*

Qu'à ma connaissance, les biens et ressources à gérer sont constitués de :

Je suggère que soit désigné comme administrateur provisoire :

M./Mme/Melle :

(facultatif)

le**à**.....

Signature du/de la requérant(e)

Pièces jointes :

Certificat médical circonstancié du Dr.

Attestation de résidence de la personne à protéger

Aide-mémoire à la rédaction de la requête fondée sur l'article 488bis du Code civil en vue de la protection des biens d'une personne, suggéré par F-J Warlet, magistrat.

15. Notes

- ¹ Nelson H.D., Bougatsos Ch., Blazina I., Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2012, p. 4.
- ² Nelson H.D., Bougatsos Ch., Blazina I., *op. cit.*, p.4.
- ³ Cooper C, Selwood A, Livingston G: The prevalence of elder abuse and neglect : A systematic review. *Age Ageing* 2008; 37, p151.
- ⁴ Organisation Mondiale de la Santé, Maltraitance des personnes âgées, doc aide-mémoire n°357, Août 2011, p. 1.
- ⁵ H.D. Nelson et al., Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force, *Ann.Intern.Med.* 140, no 5 (mars 2, 2004): 387-396.
- ⁶ Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, recherche commanditée par Respect Seniors, réalisée par le Panel de démographie familiale-Ulg en collaboration avec le service de médecine générale-Ulg, Octobre 2010, p.99-102 et p.112.
- ⁷ Plan d'Action National en matière de lutte contre les violences entre partenaires, 2010-2014. http://igvm-iefh.belgium.be/fr/binaries/101123-PAN%20FR_tcm337-113078.pdf.
- ⁸ Michel Vanhalewyn, Offermans A.-M., Pas L., Violences conjugales – recommandation de bonne pratique et modèle de travail, Service Public Fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 2009 (disponible sur le site de la SSMG – www.ssmg.be)
- ⁹ Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano-Ascensio R., (dir.), Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, Genève, 2002, chapitre 5, p.141.
Les études réalisées en Chine (RAS de Hong Kong), en Finlande, en Grèce, en Inde, en Irlande, en Israël, en Norvège, en Pologne et en Afrique du Sud reposent sur une approche très différente du sujet.
- ¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, A global response to elder abuse and neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. 2008.
- ¹¹ Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, Article 378, 1° ; Circulaire du parquet de Liège en matière de maltraitance des personnes âgées.
- ¹² Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano-Ascensio R., (dir.), Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, Genève, 2002, chapitre 5, p.141.
- ¹³ Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, *op. cit. n°6*.
- ¹⁴ Prevalence study of abuse and violence against older women, Results of the belgian Survey, VUB, Daphné project, November 2010.
- ¹⁵ Nelson H.D., Bougatsos Ch., Blazina I., *op. cit. n°1*, p. 4.
Etude de cohorte auprès de 2812 personnes âgées habitant New Haven dans le Connecticut : les personnes âgées maltraitées ont un risque de mortalité plus élevé que celles qui ne le sont pas (odds ratio [OR], 3.1 [95% CI, 1.4–6.7]) et ce après ajustement des caractéristiques démographiques, des maladies chroniques, de l'état fonctionnel et cognitif, de la dépression, du degré de soutien social.
- ¹⁶ Dong, Xinqi, et Melissa A Simon. « Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons ». *JAMA Internal Medicine* (8 avril 2013): 1-7.
- ¹⁷ Ludwig von Bertalanffy, Théorie générale des systèmes (1973, 2002) ([ISBN 978-2-04-007504-0](https://doi.org/10.1007/978-2-10001841-3), [978-2100018413](https://doi.org/10.1007/978-2-10006349-9) et [978-2100063499](https://doi.org/10.1007/978-2-10006349-9)).
- ¹⁸ Gobert M., Taeymans B., Les violences contre les personnes âgées, Bruxelles, SSMG, 2004, p. 52.
- ¹⁹ Nelson H.D., Bougatsos Ch., Blazina I., *op. cit. n°1*, p.7.
- ²⁰ Terry Fulmer et al., Profiles of Older Adults Who Screen Positive for Neglect During an Emergency Department Visit, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 14, n° 1 (2004): 49.
- ²¹ Mark S Lachs et al., Adult protective service use and nursing home placement, *The Gerontologist* 42, n° 6 (décembre 2002): 734-739.
- ²² Terry Fulmer et al., *op.cit. n°20*.
- ²³ Terry Fulmer et al., Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect, *The Gerontologist* 45, n° 4 (août 2005): 525-534.

-
- ²⁴ Mark S Lachs et Karl Pillemer, Elder abuse, *Lancet* 364, n° 9441 (octobre 2, 2004): 1263-1272.
- ²⁵ ***Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité***
Cette recommandation n'a pas amené à une position consensuelle parmi les médecins généralistes consultés. La vigilance à l'égard des facteurs de risque chez l'auteur leur serait facilitée si ce dernier était également leur patient.
- ²⁶ Dong, Xinqi, Melissa Simon, et Denis Evans. « Decline in Physical Function and Risk of Elder Abuse Reported to Social Services in a Community-dwelling Population of Older Adults ». *Journal of the American Geriatrics Society* 60, no 10 (octobre 2012): 1922-1928.
- ²⁷ Terry Fulmer et al., Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments, *Journal of the American Geriatrics Society* 52, no 2 (2004): 297-304.
- ²⁸ Minhong Lee et Stacey Kolomer, Design of an Assessment of Caregivers' Impulsive Feelings to Commit Elder Abuse, *Research on Social Work Practice* 17, no 6 (novembre 1, 2007): 729-735, doi:10.1177/1049731507302262.
- ²⁹ Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, *op. cit. n°6*, p.124-127.
- ³⁰ Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, *op. cit. n°6*, p.124-127.
- ³¹ Mark J Yaffe et al., « Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI) », *Journal of Elder Abuse & Neglect* 20, no 3 (2008): 276-300.
- ³² Nelson H.D., Bougatsos Ch., Blazina I., *op. cit. n°1*, p. 24.
- ³³ Mark J Yaffe et al., *op. cit. n° 31*; Terry Fulmer et al., *op. cit. n°27*.
- ³⁴ Nelson H.D., Bougatsos Ch., Blazina I., *op. cit. n°1*, p. 26.
- ³⁵ H.D. Nelson et al., *op. cit. n°5*.
- ³⁶ ***Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité***
Les principales difficultés citées par les médecins consultés à l'utilisation de l'échelle EASI sont les suivantes :
- une terminologie inadéquate comme par exemple : dépendant, empêché...
- l'aspect fastidieux du questionnaire
- les conditions d'utilisation tout à fait spécifiques nécessitant une relation de confiance de longue durée
- le caractère intrusif et indiscret d'une démarche formalisée
- la dimension chronophage d'une telle démarche
- la fiabilité des données obtenues notamment chez les personnes âgées présentant des troubles cognitivo-mnésiques
- ³⁷ Meeks-Sjostrom D., A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholarsh* 2004;36:247-250.
- ³⁸ ***Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité***
Les médecins généralistes consultés restent partagés quant au recours à l'aide spécialisée (Respect Seniors ou le SEPAM) pour être soutenus dans l'évaluation de la situation. Les raisons avancées :
- ils ne connaissent pas suffisamment ces services,
- ils y font référence uniquement en cas de soupçons avérés,
- la réponse donnée par ces services est peu personnalisée et présente une certaine lenteur.
- ³⁹ ***Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité***
L'application de cette recommandation a parfois été considérée comme difficile à inscrire dans leur pratique quotidienne. Certains médecins consultés soulignent leur manque de compétence et d'outils pour réaliser une estimation des risques encourus.
- ⁴⁰ ***Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité***, Ibidem n° 38.
- ⁴¹ ***Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité***, Ibidem n° 38.
- ⁴² ***Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité***
La proposition « anticiper la perte d'autonomie » est intéressante mais nécessite des outils d'évaluation pour la mettre en oeuvre. Par ailleurs, ce type d'intervention ne pourra se faire que dans la mesure où le patient est demandeur.

-
- 43 **Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité**
Selon les médecins consultés, à l'exception du signalement, les pistes d'action proposées à l'égard de l'auteur présumé de maltraitance semblent plus aisées à mettre en oeuvre si ce dernier est également leur patient.
- 44 **Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité**, Ibidem n° 43.
- 45 Les principales difficultés citées par les médecins consultés lors de l'étude Delphi :
- être mal placé pour critiquer l'attitude d'un collègue
- éventuellement mettre en péril l'emploi d'une personne
- se heurter à une structure organisationnelle qui n'envisage pas de démarche de formation et supervision.
- 46 **Avis du terrain : Etude Delphi-faisabilité**, Ibidem n° 38.
- 47 **Les recommandations indicées par un astérisque n'ont pas amené à une position consensuelle parmi les médecins généralistes consultés lors de l'étude Delphi. L'application de celles-ci a parfois été considérée comme difficiles à inscrire dans leur pratique clinique quotidienne.**
- 48 Ibidem n° 38.
- 49 Ibidem n° 25.
- 50 Van Royen P. GRADE, Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;37:505-9. www.gradeworkinggroup.org/index.htm (laatst geraadpleegd op 31 mei 2009).
- 51 Haute Autorité de Santé, Elaboration de recommandations de bonne pratique : méthode « Recommandation par consensus formalisé », HAS, décembre 2010, p. 18.
- 52 Lors de la cotation des documents, un score général a été ajouté et comprend deux catégories : études de bonne qualité méthodologique comportant la réponse à certaines questions de recherche (Major) et études moins applicables ou générales fournissant des informations supplémentaires sur la problématique (Minor).
- 53 Ibidem n° 52.
- 54 Smets K., Peremans L., Rapport Consensusprocedures toegepast in het kader van de ontwikkeling van een richtlijn, Universiteit Antwerpen, December 2011.
- 55 Haute Autorité de Santé, Elaboration de recommandations de bonne pratique, *op. cit.* n°51.
- 56 Haute Autorité de Santé, Elaboration de recommandations de bonne pratique, *op. cit.* n°51.
- 57 Haute Autorité de Santé, Elaboration de recommandations de bonne pratique, *op. cit.* n°51.
- 58 F.J. WARLET, "Ce qu'il faut savoir sur l'administrateur provisoire de biens"- 35 pages, Ed. AWIPH 2008, et aussi: "L'administration provisoire des biens" - Manuel pratique - 350 pages, Ed. KLUWER 2008.
- 59 Personnes âgées et gestion de biens, entre rapacité et libre disposition ?, quatrième monographie de la Chaire de médecine générale de l'UCL sous la direction de Corentin Duyver et Albert Evrard, Presses Universitaires de Louvain, 2011.
- 60 Chapitre rédigé par F.-J. WARLET (magistrat - Seneffe).
- 61 M.B. 20.01.2012
- 62 M.B. 26.03.2012
- 63 Ce terme général recouvre ses différents aspects, quelquefois cumulés : physiques, psychologiques, financiers,...
- 64 M.B. 26.09.2002
- 65 Dont la loi ne donne pas autrement la définition, mais qui est également par état tenue au secret "professionnel".
- 66 L. NOUWYNCK, La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables, avril 2007, p. 9 et 10.
- 67 Cf. article 64 du Code de déontologie médicale.
- 68 Cf. avis du Conseil national du 16 mars 1991.
- 69 Articles 29 et 30 du Code d'Instruction criminelle.
- 70 L. NOUWYNCK, *op. cit.* n°73.
- 71 Le juge a pour mission de vérifier si, compte tenu des éléments de la cause, le refus de révéler un secret se justifie au regard de la nécessité sociale sur laquelle se fonde le principe (v. Cass. 29.10.91, Pas.1992, I, 162; v. aussi: Cass. 19.01.01, Journal des Tribunaux 2002, p. 9).
- 72 V. ci-avant à propos de l'article 458bis du Code pénal.

-
- ⁷³ Relevons qu'en date du 17 septembre 2011, le conseil national de l'Ordre des médecins a exprimé un avis sur cette modification de la loi lorsqu'elle était en projet: <http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/secret-professionnel-projet-de-modification-de-l-article-458bis-du-code-penal>.
- ⁷⁴ En vigueur le 1^{er} mars 2013.
- ⁷⁵ L'article 61 du Code de déontologie médicale va d'ailleurs en ce sens.
- ⁷⁶ N. COLETTE-BASECQZ, note sous Mons, 19/11/2008 in Rev. Dr. Santé, 2009-10, cité par G. GENICOT (Journal des Tribunaux 2012, p.718).
- ⁷⁷ Quant au traitement informatisé des données de santé et à leur communication, voy. notamment: HERVEG, J., La protection des données du patient dans l'hôpital, Ed. Kluwer, 2009.
- ⁷⁸ Cette première condition nécessite toutefois que le patient soit apte à comprendre; le cas échéant, on s'en réfère à l'article 7 §2, al. 3 de la loi sur les droits du patient: "*Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations ... par l'entremise de celle-ci.*"
- ⁷⁹ Chapitre rédigé par F.-J. WARLET (magistrat - Seneffe).
- ⁸⁰ Nous avons ici outrageusement résumé la matière.
Pour de plus amples informations sur le sujet: F.J. WARLET, "*Ce qu'il faut savoir sur l'administrateur provisoire de biens*" - 35 pages, Ed. AWIPH 2008, et aussi: "*L'administration provisoire des biens*" - Manuel pratique - 350 pages, Ed. KLUWER 2008; également: T. DELAHAYE, "*L'administrateur provisoire*" - 275 pages - Ed. LARCIER 2008.
- ⁸¹ Avis du 18 janvier 1992, Bulletin du Conseil National, n° 56 p. 23; idem: Avis du 5 mai 1992, Bull. du Conseil national, n° 057 p. 24.
- ⁸² Avis du 21 octobre 2006, Bulletin du Conseil National n° 114.
- ⁸³ Avis du 20 avril 2002, Bulletin du Conseil National, n° 097, p. 3.
- ⁸⁴ Cette requête peut être introduite par la personne protégée, par le procureur du Roi ou par tout tiers justifiant d'un intérêt.
- ⁸⁵ Texte validé par l'Ordre des Médecins, extrait du document de synthèse élaboré dans le cadre de la conférence de consensus organisée sous la supervision du CEBAM: Offermans A.-M., Vanhalewyn M., D'Hauwe P., Les violences conjugales : cadre juridique et déontologique, les aspects relatifs au dossier et certificat médical, SSMG-Domus Médica, Service Public Fédéral de la Santé, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement, 2008.
- ⁸⁶ Ibidem n°85.
- ⁸⁷ Chapitre rédigé par Ingrid CECCHI, Médecin généraliste, Corentin DUYVER, Médecin généraliste Chargé de cours à l'UCL, Albert EVRARD, sj Juriste - Chercheur Faculté de droit FUNDP.
- ⁸⁸ L. GANZINI, L. VOLICER, W. NELSON, and A. DERSE, "Pitfalls in assessment of decision-making capacity", Psychosomatics 44 (3):237-243, 2003.
- ⁸⁹ Revue (narrative) de littérature dans les publications médicales anglophones et francophones publiées dans les bases de données Medline et Pubmed depuis leur création jusqu'en 03/2010.
- ⁹⁰ D. C. MARSON, S. M. SAWRIE, S. SNYDER, B. MCINTURFF, T. STALVEY, A. BOOTHE, T. ALDRIDGE, A. CHATTERJEE, and L. E. HARRELL. « Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease : A conceptual model and prototype instrument ? », Arch.Neurol., 57 (6):877-884, 2000.
- ⁹¹ K. CRAMER, H. A. TUOKKO, C. A. MATEER, and D. F. HULTSCH, "Measuring awareness of financial skills : reliability and validity of a new measure", Aging Ment.Health, 8 (2):161-171, 2004.
- ⁹² Y SAKURABA, Y KUMAWZAWA, O MATSUDA, "Development of the Financial Competency Assessment Tool (FCAT) : A study of the reliability and validity of the FCAT", Bull.Tokyo Gakugei Univ., Sect. I Sci. Educ. 2004; 55: 131-139.
- ⁹³ D. C. MARSON, R. C. MARTIN, V. WADLEY, H. R. GRIFFITH, S. SNYDER, P. S. GOODE, F. C. KINNEY, A. P. NICHOLAS, T. STEELE, B. ANDERSON, E. ZAMRINI, R. RAMAN, A. BARTOLUCCI, and L. E. HARRELL, "Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease", J.Am.Geriatr.Soc., 57 (5):806-814, 2009.