



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



ANNEE 2023 - N°001

**Revue des outils de dépistage de la maltraitance de la
personne âgée et étude de leur faisabilité en médecine
générale**

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 05/01/2023
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par DELEPIERE Juliette Véronique Marie
Née le 10 mai 1994 à Croix

Sous la direction des Docteur PERROTIN Sofia et SEVIN Carla

ORGANIGRAMME DE L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur Général des services	Pierre ROLLAND

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département Composante Mécanique	Marc BUFFAT

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

LISTE DES ENSEIGNANTS 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING- BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie
KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARD EAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE- EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWI CZ- NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités
Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
-------	---------	---

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINÉ	XAVIER

PIGACHE CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

**Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe**

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie
PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD- FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGE R	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

**Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel**

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

**Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe**

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe**

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACON REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILLOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive

ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénérologie

Maîtres de conférences

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences

Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques
RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINÉ	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

COMPOSITION DU JURY

Président du jury

Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent
Directeur du Collège universitaire de médecine générale
UFR de Médecine UCBL1 Lyon Est

Assesseurs

Monsieur le Professeur COLIN Cyrille
Santé Publique
UFR de Médecine UCBL1 Lyon Est

Monsieur le Professeur FANTON Laurent
Médecine Légale
UFR de médecine UCBL1 Lyon Est

Madame la Professeure DALIGAND Liliane
Médecine Légale
UFR de Médecine UCBL1 Lyon Est

Directrice de la thèse

Madame le Docteur PERROTIN Sofia
Département de médecine générale
UFR de Médecine UCBL1 Lyon Est

Madame le Docteur SEVIN Carla
Département de médecine générale
UFR de Médecine UCBL1 Lyon Est

REMERCIEMENTS

À notre président de jury, le Professeur Laurent LETRILLIART. Nous sommes très honorées que vous présidiez notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre lecture de notre travail et pour vos retours très constructifs.

Aux membres du jury, le Pr Cyrille COLIN, le Pr Laurent FANTON et la Pr Liliane DALIGAND. Nous vous remercions de l'intérêt porté au sujet de notre thèse et d'avoir accepté de siéger dans notre jury.

À nos directrices de thèse, la Dr Sofia PERROTIN et la Dr Carla SEVIN, qui nous ont encadré depuis le début et nous ont précieusement guidé dans ce travail de rédaction. Nous vous remercions de nous avoir donné tous ces conseils.

A vous, Papa et Maman, sans qui rien n'aurait été possible. Je vous remercie d'avoir cru en moi alors que personne n'y croyait, de m'avoir encouragée à continuer, de m'avoir soutenu quand je craquais, d'avoir veillé sur moi surtout pendant ces deux premières années de médecine. Maman, merci pour tes attentions qui parlent plus que tes mots. Papa, merci pour tes messages, tes musiques et ton rire.

A mes frères et sœurs que j'aime tant. Blanche, merci d'être présente depuis 1996, de veiller sur moi, de m'écouter quand ça va mais aussi quand ça ne va pas. Tu as toujours cru en moi même si tu es la plus intelligente et la plus forte, merci pour ça. Géry, merci pour ta bienveillance, ta lumière, ton rire, ta bonne humeur constante. J'espère que nos vies seront moins loin pour qu'on puisse se refaire des virées dans les calanques et boire du vin dans des verres à pied en plastique.

A ma marraine Ninie. Merci d'avoir toujours été présente pour moi comme une deuxième maman un peu. Merci pour tous ces moments précieux qu'on a passé ensemble, ces discussions sincères, ces conseils que tu m'as donné quand j'en avais besoin, cette écoute si importante pour moi.

A Bonne-Maman. Merci d'être la grand-mère en or que tu es, merci pour ta présence depuis toujours, ta gentillesse, tes câlins qui me réconfortent tant. Je pense à Bon-Papa qui aurait été heureux d'être parmi nous aujourd'hui aussi et qui nous manque à tous. A Dadou, merci d'être ce grand-père si aimant que tu es et de m'avoir soutenu dans mes études depuis le premier jour. A Nanie, ma grand-mère pleine de joie de vivre, de folie et d'amour. Merci pour tous ces moments de bonheur depuis toujours que vous avez créés et partagés avec nous.

A mes chers oncles et tantes, Agnès, Didier, Valérie, Christophe, Florence, Stéphane, François, Claire. A mes cousins Pierrot, Apo, Vic, Thomas, Romane, Alexis, Clément, Eva, Hugo et Nathan.

A Valérie, Franck et Téo. Merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille alors que j'ai cassé le canapé à notre première rencontre (rires), merci pour votre soutien sincère.

A mes amies de Lille, là où tout a commencé.

Charlotte, ma meilleure copine, avec qui j'ai passé le plus de temps depuis ces dix dernières années. Merci d'avoir fait de mes années lilloises des heures de rire à en avoir mal au ventre, des soirées entières à

imaginer notre futur, à se poser mille questions qui n'ont pas de réponse, à boire, à faire la fête, à crier, à danser, à pleurer. Merci pour ta simple présence qui me suffisait. Tu me manques.

Anne-So, mon soleil qui illumine mes soirées 69 ou 42. Merci d'avoir été présente comme tu l'as été dans les moments difficiles, merci pour tes conseils si précieux. Merci pour tes attentions si touchantes qui font de toi une amie en or.

Poppy, ma râleuse bronzée préférée. Merci pour tous ces moments passés ensemble, à la mer, au musée, en Belgique, à tous ces coups-de-têtes baroudeurs. A tous nos couchers de soleil qu'on a encore à voir ensemble.

Julia, ma tornade à l'accent du sud. A tous ces moments de bonheur passés toutes les deux à Marseille en amoureuxse, à ces fous rires à Aix (merci la tétanie), en Normandie, à Londres (merci le bol volé). De toute façon, comme on a dit, rendez-vous sur le boat à Marseille pour une vie bleue et ensoleillée. Et aussi, merci de faire ma taille.

Leila, ma beauté marocaine. Merci pour m'avoir toujours ouvert tes bras le sourire aux lèvres quoi qu'il arrive. Ana, merci d'avoir été mon pilier de bar, mon acolyte des pires soirées sans relâche depuis le début.

A celui qui m'a fait sentir chez moi à Lyon alors que je ne connaissais rien ni personne.

Quentin, merci d'avoir été ce coloc incroyable. A toutes nos soirées arrosées à regarder les étoiles, aux heures passées sur le parking à chercher du réseau, à nos dîners délicieux, à nos gâteaux complètement ratés, à ce confinement à Tournon sur Rhône.

A Clément, merci d'avoir été cet ami depuis le début de l'internat.

A mes bitches du 26 rencontrées ensuite à l'internat de Romans sur Iz.

Marie, merci pour ta gentillesse, tes conseils précieux quand j'étais perdue, nos soirées de rire, de danse, de Hugo x1000.

Camille, merci d'avoir été cette précieuse co-interne aux urgences de Bourgoin, d'avoir été aussi perdue et larguée que moi, merci pour ta joie de vivre et ce sourire constant et surtout pour ces choré folles qui ne sont pas finies j'espère.

Mathilde, ma chti, merci pour ton sourire, ton honnêteté, ta gentillesse à toute épreuve (pensée au passage pour ce cher Louchie qu'on aime tant).

Leila, douce et calme qui a tant de cœur, merci pour ton écoute et ta gentillesse.

Anaëlle, qui pourrait faire sourire une mouche, reste celle qui illumine les journées rien qu'en entendant ta voix au téléphone (dédicace au stage de gynéco).

Clémence, merci pour ta profonde gentillesse et cette sincère joie de vivre qui nous fait toutes du bien.

Pauline, la boxeuse pleine d'énergie avec toujours le sourire !

Apolline, la droite radiologique qui nous apporte de la joie et du rire.

Beaucoup de tendresse aussi pour Le Charz, Lucas le casseur de verre, Fricker.

A Nono, merci d'avoir été là depuis ce premier jour à Romans. A nos consultations en binôme ratées où on ne pouvait plus s'arrêter de rire, à nos soirées passées à la villa, aux parties de baby-foot où je t'ai battu 10-0, à la salle de sport où je suis allée 1 fois et tant d'autres souvenirs.

A Aurélie, mon amour de coloc que j'ai rencontré ensuite à l'internat de BEB. Tout a commencé autour d'une triste cigarette près des poubelles à refaire le monde. Ont suivi des fous rires, des soirées de danse, des souvenirs de gadjes floues, des galops dans les champs, des danses dans une voiture garée depuis une heure, des verres de vin à la fenêtre. Tu es un peu comme ma maison à Lyon.

A Alice, ma gadji floue trouvée au détour d'une soirée trop arrosée. Merci pour ton sourire quotidien, tes conseils, tes cheveux frisés qui sentent si bon, tes idées loufoques de faire pousser un avocat dans une bouteille d'eau.

A Océane, ma co-thésarde. Merci d'avoir accepté cette aventure. Bien que rude et intense par moments, j'ai été heureuse de pouvoir la partager avec une amie.

A mes amis depuis toujours.

Claire, merci d'être ce soleil depuis tant d'années. A tous nos week-end inventés de toute pièce qui me manquent tant.

Caro, merci pour ta joie de vivre que je partage depuis qu'on a 6 ans.

Camille, merci pour ta gentillesse et ta générosité depuis tout ce temps.

Clémentine, ma grande copine de la P1. Merci pour ces fous rires qui me manquent.

Lenna, mon acolyte de P1 qui m'a tant soutenu.

Eric, mon parrain lillois.

Clara, ma filleule de cœur.

Aux personnes rencontrées au cours de mes stages et qui m'ont tant apporté.

A Charlotte, Aurélie et Sébastien mes trois praticiens de niveau 1. Merci de m'avoir si bien accueillie en Drôme Ardèche alors que je commençais juste mon internat, pour vos conseils, votre mise en confiance et surtout de m'avoir donné le goût à la médecine générale.

A l'équipe HAD de Bourg en Bresse. Merci à Manue pour tout ce que tu m'as appris tant en stage qu'au badminton (haha), à Amélie pour ta bienveillance et ton humour, à Stéphane pour ton expérience médicale et de réparateur automobile ! Merci à toute l'équipe infirmière et infirmier (Jean-Phi) pour votre accueil dès le premier jour. Merci spécial à Séverine pour ta gentillesse ultime et ta bienveillance avec moi.

Au Docteur Huard, qui m'a accompagné avant même que ça ne commence.

A Eva, comme promis, pour tes talents de US girl qui m'a aidée à traduire le résumé de cette thèse.

A Caroline, pour la traduction.

Et enfin à toi Evan, mon amoureux. Merci pour tout ce que tu es.

Tu es la personne que j'attendais depuis toujours. Mon Kinder surprise de l'année 2021. Merci pour ta présence chaque jour qui me comble de bonheur, ton soutien hors du commun, ta gentillesse qui vaut de l'or. A notre avenir qui commence, qu'on va continuer à remplir d'amour, de soleil, de voyages encore, de bonheur toujours, de joie, de rire, de musique et tant d'autres choses. Parce que j'aime mieux quand t'es là, tu me protèges et guide mes pas. Je t'aime tant.

Table des matières

LE SERMENT D'HIPPOCRATE	18
ABRÉVIATIONS	19
INTRODUCTION ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	20
RÉSUMÉ DE L'ARTICLE	22
ARTICLE	23
DISCUSSION	45
CONCLUSIONS DE THÈSE	47
BIBLIOGRAPHIE	49

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

ABRÉVIATIONS

AID: Abuse Intervention Description

AMT4: Abbreviated Mental Test 4

ATDEA: Assessment Tool for Domestic Elder Abuse

BASE: Brief Abuse Screen

CASE: Caregiver Abuse Screen

EAI: Elder Assessment Instrument

EASI: Elder Abuse Suspicion Index

EAST: Elder Abuse Screening Test

ED-EMATS: Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social workers

ED SENIOR AID: Emergency Department Senior Abuse Identification

E-IOA: Expanded Indicators of Abuse

EPAS: Elder's Psychological Abuse Scale

FAMOASQ: Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire

HAS: Haute Autorité de Santé

HSEAST: Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test

MG: Médecine générale

MMSE: Mini Mental State Examination

OAPAM: Older Adult Psychological Abuse Measure

OAFEM: Older Adult Financial Exploitation Measure

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PA: Personne âgée

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PROSPERO: The International Prospective Register of Systematic Reviews

QUADAS-2: Quality scale for Diagnostic Accuracy Study 2

QUALCARE: Quality of home care

REAMI: Risk on Elder Abuse and Mistreatment

STROBE: Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology

VOICES: Virtual cOaching in making Informed Choices on Elder mistreatment Self-disclosure

INTRODUCTION ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

La maltraitance des personnes âgées (PA) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « 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 »¹. Les types de maltraitance sont variés : physique, psychologique, sexuel, matériel ou financier, organisationnel, discriminatoire (âgisme) et la violation des droits². Ces situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leurs origines peuvent être individuelles, collectives ou institutionnelles³.

A l'échelle mondiale, la maltraitance touche 15% des PA⁴. La maltraitance psychologique est la plus fréquente (11,6%). Elle est suivie par la maltraitance financière (6,8 %), la négligence (4,2 %), la maltraitance physique (2,6 %) et les abus sexuels (0,9 %)⁴. Dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins longue durée (USLD), deux membres du personnel sur trois reconnaissent avoir commis un acte de maltraitance sur l'année écoulée⁵. Les cas de maltraitance au domicile et en institution ont augmenté durant la pandémie de COVID-19⁶.

Cette prévalence est probablement sous-estimée. Les PA hésitent à se déclarer victimes de maltraitance de peur de rompre le lien avec l'aidant maltraitant et aboutir à un isolement social. Les troubles cognitifs peuvent également être un frein à cette déclaration^{7,8}.

A l'échelle mondiale, la proportion des plus de 60 ans devrait doubler, passant de 900 millions en 2015 à 2 milliards en 2050¹. En France, cette population a augmenté passant de 19,6 % en 2018 à 21% en 2022⁹. Ce phénomène risque d'augmenter les situations de maltraitance.

La maltraitance est favorisée par la présence de facteurs de risques propres à la PA et à la personne maltraitante. Concernant la PA, les facteurs de risques sont : un âge avancé, un état de santé physique ou mental altéré, la dépendance à l'alcool, la présence de troubles cognitifs, la difficulté ou l'incapacité de s'exprimer, le sexe féminin¹⁰. Une PA vulnérable est plus à risque de maltraitance. Cette vulnérabilité peut être liée à son environnement : la cohabitation avec un proche, des relations familiales conflictuelles, l'isolement social, l'état de dépendance financière à un tiers^{10,11}.

Les facteurs de risques rendant la personne maltraitante sont : le stress, l'épuisement, l'absence de soutien social, des antécédents de troubles psychiatriques, une absence d'expérience face aux soins, une difficulté financière ou des antécédents de violence familiale^{2,12}.

La maltraitance entraîne des séquelles sévères et une augmentation de la morbi-mortalité des PA avec un risque de décès multiplié par deux^{2,13}. La maltraitance psychologique provoque de l'anxiété, un sentiment d'insécurité, de l'auto-négligence, des idées suicidaires et des troubles alimentaires. Elle crée un isolement social². La violence physique diminue les capacités fonctionnelles augmentant la perte d'autonomie et la vulnérabilité. La dépendance occasionnée peut aboutir à une institutionnalisation contribuant à l'augmentation des dépenses de santé¹⁴.

Devant l'accroissement du nombre de PA, du risque de maltraitance associée et des conséquences sanitaires, économiques et sociales, le dépistage est primordial. Le médecin généraliste est compétent pour réaliser une évaluation clinique et thymique de la PA. Par sa relation privilégiée avec le patient, il est capable d'apprécier son environnement social et familial. Il détient donc un rôle central dans le dépistage de cette maltraitance¹⁵. Des outils de dépistage internationaux ont été décrits dans la littérature depuis 1990. Cependant, leur faisabilité en médecine générale n'a pas été étudiée¹⁶.

Notre projet de thèse a été élaboré pour mieux appréhender les situations de suspicion de maltraitance des PA rencontrées en médecine générale. Il est important que les médecins généralistes soient sensibilisés à cette problématique et qu'ils aient les moyens de la dépister.

Deux revues systématiques ont étudié les outils d'évaluation de la maltraitance du sujet âgé : Gallione et Al en 2017¹⁶ et celle de Van Royen en 2020¹⁷. Notre travail a permis d'actualiser les données sur les outils existant dans la littérature et d'évaluer leur faisabilité en médecine générale.

Ce travail a été rédigé selon le modèle d'une thèse-article. Il a été réparti de manière équitable entre les deux chercheuses (OP et JD). La recherche des mots clés dans les bases de données a été réalisée avec l'aide de la bibliothécaire universitaire de Lyon 1. OP a effectué la recherche dans la base Web of Science et JD dans Medline et Embase. La suppression des doublons a été effectuée à l'aide du logiciel informatique SRA Dedupe®.

Les deux chercheuses ont réalisé de manière indépendante la lecture des titres et résumés puis des articles complets. Les divergences lors de la sélection des articles ont été discutées pour trouver un consensus. La détermination des critères de faisabilité d'un test en médecine générale a été faite de manière consensuelle. L'utilisation d'un tableur Microsoft Excel® a permis le recueil des données sous forme de tableaux. L'introduction de l'article a été majoritairement rédigée par JD et la méthodologie par OP. Les résultats et la discussion ont été écrites conjointement. Une relecture rédactionnelle croisée a été réalisée.

Cette thèse conclut le parcours d'internat de médecine générale pour ses deux rédactrices. Elle a été encadrée par Dr PERROTIN Sofia et Dr SEVIN Carla, directrices de thèse et membres du CUMG. L'article présenté ci-après constitue la version soumise à publication à la revue EXERCER le 2 décembre 2022, en attente de relecture.

RÉSUMÉ DE L'ARTICLE

Contexte. La maltraitance des personnes âgées est un sujet d'actualité touchant une personne âgée sur six dans le monde en 2017. Plusieurs outils de dépistage de cette maltraitance ont été décrits dans la littérature internationale. En France, aucun outil n'est proposé au médecin généraliste malgré son rôle dans le dépistage.

Objectif. Actualiser les données sur les outils existants dans la littérature pour dépister la maltraitance des personnes âgées et en étudier les critères de faisabilité en médecine générale.

Méthode. Une revue systématique de la littérature a été réalisée d'octobre 2021 à avril 2022 selon la méthode PRISMA. Les bases de données Medline, Embase et Web of Science ont été interrogées. Les articles ont été sélectionnés après double lecture selon les critères d'inclusion. Les critères de faisabilité ont été extraits de manière indépendante par les deux chercheuses sous forme de tableaux.

Résultats. Les outils ED SENIOR AID, EASI et VASS réunissaient le plus de critères de faisabilité pertinents pour le dépistage de la maltraitance des personnes âgées en médecine générale. Ils étudiaient la maltraitance globale. Ils étaient réalisables en moins de 15 minutes. Lorsqu'une formation préalable était nécessaire, sa durée était courte. Ils évaluaient le niveau cognitif de la personne âgée. EASI et VASS ont été traduits en langue française. ED SENIOR AID et VASS avaient une sensibilité supérieure à 90%. La spécificité de VASS était insuffisante (49%).

Conclusion. Cette revue décrit les outils de dépistage de la maltraitance des personnes âgées existants dans la littérature. Les deux outils les plus adaptés à la pratique de la médecine générale sont ED SENIOR AID et EASI. La connaissance de ces outils par les médecins généralistes permettrait l'amélioration du dépistage de la maltraitance des personnes âgées. Des études d'implémentation sont nécessaires pour permettre leur utilisation.

ARTICLE

Revue des outils de dépistage de la maltraitance de la personne âgée et étude de leur faisabilité en médecine générale

Review of elder abuse screening tools and study of practical feasibility in general practice

Auteurs

Juliette Delepière¹, Océane Parmilleux¹, Carla Sevin², Sofia Perrotin³

¹Collège Universitaire de Médecine Générale, Université Claude-Bernard-Lyon-1, Lyon, France

Aucun conflit d'intérêt lié au contenu de l'article.

Mots-clés : maltraitance personne âgée, dépistage, faisabilité, médecine générale

Key words : elder abuse, mass screening, diagnostic techniques and procedures, general practice

Nombre de signes : 32918

Résumé de l'article

Contexte. La maltraitance des personnes âgées est un sujet d'actualité touchant une personne âgée sur six dans le monde en 2017. Plusieurs outils de dépistage de cette maltraitance ont été décrits dans la littérature internationale. En France, aucun outil n'est proposé au médecin généraliste malgré son rôle dans le dépistage.

Objectif. Actualiser les données sur les outils existants dans la littérature pour dépister la maltraitance des personnes âgées et en étudier les critères de faisabilité en médecine générale.

Méthode. Une revue systématique de la littérature a été réalisée d'octobre 2021 à avril 2022 selon la méthode PRISMA. Les bases de données Medline, Embase et Web of Science ont été interrogées. Les articles ont été sélectionnés après double lecture selon les critères d'inclusion. Les critères de faisabilité ont été extraits de manière indépendante par les deux chercheuses sous forme de tableaux.

Résultats. Les outils ED SENIOR AID, EASI et VASS réunissaient le plus de critères de faisabilité pertinents pour le dépistage de la maltraitance des personnes âgées en médecine générale. Ils étudiaient la maltraitance globale. Ils étaient réalisables en moins de 15 minutes. Lorsqu'une formation préalable était nécessaire, sa durée était courte. Ils évaluaient le niveau cognitif de la personne âgée. EASI et VASS ont été traduits en langue française. ED SENIOR AID et VASS avaient une sensibilité supérieure à 90%. La spécificité de VASS était insuffisante (49%).

Conclusion. Cette revue décrit les outils de dépistage de la maltraitance des personnes âgées existants dans la littérature. Les deux outils les plus adaptés à la pratique de la médecine générale sont ED SENIOR AID et EASI. La connaissance de ces outils par les médecins généralistes permettrait l'amélioration du dépistage de la maltraitance des personnes âgées. Des études d'implémentation sont nécessaires pour permettre leur utilisation.

Abstract

Context. Elder abuse is a current topic affecting one in six older adults worldwide in 2017. Several screening tools for elder abuse are described in the international literature. In France, general practitioners don't have access to any of these tools despite their role in screening.

Objective. To update data in the literature regarding the existing screening tools for elder abuse and to study their feasibility criteria in general medical practice.

Methods. A systematic review of the literature was conducted from October 2021 to April 2022 using the PRISMA method. Medline, Embase and Web of Science databases were searched. Articles were selected after double reading according to the inclusion criteria. The feasibility factors were then extracted independently by both researchers and tabulated.

Results. The ED SENIOR AID, EASI and VASS tools offered the most relevant feasibility criteria for elder abuse screening in general practice. They studied global abuse. They took less than 15 minutes to carry out. When pre-training was required, the screening processes were short. They assessed the cognitive level of the elderly person. EASI and VASS were translated and available in French. The sensitivity of ED SENIOR AID and VASS was over 90%. The specificity of VASS was insufficient (49%).

Conclusion. This review describes the elder abuse screening tools existing in the literature. The two tools most relevant to general practice are ED SENIOR AID and EASI. Knowledge of these tools by general practitioners would improve the screening for elder abuse. Implementation studies are needed to enable their use.

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance des plus de 60 ans comme étant « 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 (PA) qui en est victime »¹. A l'échelle mondiale, une PA sur six a été victime d'une forme de maltraitance au domicile sur l'année écoulée. Ces maltraitances étaient d'ordre psychologique (11,6 %), financier (6,8 %), d'une négligence (4,2 %), physique (2,6 %) ou sexuel (0,9 %)². En institution, deux membres du personnel sur trois reconnaissaient avoir commis un acte de maltraitance³. Les situations de maltraitance à domicile et en institution ont augmenté durant la pandémie de COVID19⁴.

En France, la proportion des plus de 65 ans est passée de 19,6 % en 2018 à 21,0 % en 2022⁵. Cette évolution risque d'entraîner une augmentation de la prévalence de la maltraitance.

Les séquelles physiques et psychologiques entraînent une dépendance et une augmentation de la morbi-mortalité, contribuant à une majoration des dépenses de santé^{6,7}

Le gouvernement français fait de la lutte contre la maltraitance des PA une priorité de santé publique en s'appuyant sur la Fédération 3977⁸. Cette plateforme téléphonique d'alerte et de prévention des maltraitances des personnes âgées et adultes en situation de handicap a enregistré une augmentation des appels en 2020 de 36 %. Les maltraitances signalées se produisaient au domicile dans 75 % des cas contre 25 % en institution⁹. Le médecin généraliste constitue le premier recours dans l'accès aux soins¹⁰. Il détient un rôle majeur dans le dépistage et l'initiation de mesures face à la maltraitance des PA. Dépister est une compétence propre à la médecine générale (MG)¹¹ et peut être réalisé à l'aide d'outils. Pour être efficace, il doit être simple, fiable, reproductible, valide et accessible¹².

Aucune recommandation internationale de dépistage de la maltraitance n'a été établie¹³. Différents outils de dépistage internationaux ont été décrits dans la littérature depuis 1990 sans exploration de leur faisabilité en MG¹⁴.

Objectif

Actualiser les données sur les outils existants dans la littérature pour dépister la maltraitance des PA et en étudier les critères de faisabilité en MG.

Méthode

Une revue systématique de la littérature a été menée d'octobre 2021 à avril 2022 à partir des bases de données Medline, Embase et Web of Science. Une mise à jour des bases de données a été réalisée le 15 novembre 2022. La littérature grise a été consultée. La revue a été rédigée suivant les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)¹⁵. Les mots clés utilisés pour l'équation de recherche ont été résumés en Annexe 1. Les doublons ont été éliminés à l'aide du logiciel SRA Dedupe®.

Les critères d'inclusion des articles étaient :

- Population des PA de plus de 65 ans quelles que soient leurs pathologies associées
- Langue d'écriture de l'article française ou anglaise
- Études originales traitant l'analyse d'un outil de dépistage de la maltraitance des PA
- Études décrivant les critères de réalisation et de faisabilité de l'outil de dépistage

Les critères d'exclusion des articles étaient :

- Adaptation et traduction d'un outil de dépistage dans une langue différente du français ou de l'anglais
- Outils de dépistage évalués par les dentistes ou les pharmaciens
- Études abordant des programmes d'éducation à la détection de la maltraitance et celles s'intéressant uniquement à l'auto-négligence.

Une recherche supplémentaire d'une traduction française validée des outils a été réalisée.

Deux chercheuses (JD et OP) ont sélectionné de manière indépendante les articles après analyse du titre et résumé puis du texte intégral. Le coefficient d'accord kappa de Cohen a été calculé à 0,85. Les désaccords ont été résolus par consensus avec deux autres chercheuses (SP et CS). La qualité méthodologique et les risques de biais ont été évalués de manière indépendante à l'aide de deux grilles. La grille STROBE (Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) a été utilisée pour les études observationnelles et la grille QUADAS-2 (Quality scale for Diagnostic Accuracy Study 2) pour les études de validité diagnostique. L'étude a été soumise à PROSPERO sous le numéro CRD42022304674. Aucune déclaration au comité d'éthique ou au comité de protection des personnes n'était nécessaire.

Les données ont été extraites dans trois tableaux :

- Les caractéristiques pratiques du test : type de maltraitance, lieu de réalisation, réalisateur du test, population cible, niveau cognitif, examen physique, aménagement nécessaire, formation nécessaire, traduction française
- Les caractéristiques théoriques de réalisation du test : type, contenu, thématiques, nombre d'items, durée du questionnaire, durée d'évaluation domicile, type de réponses, type de résultat final
- Les caractéristiques intrinsèques du test : sensibilité, spécificité, nombre de patients étudiés

Résultats

Diagramme de flux

La recherche a identifié 5184 articles dont 21 ont été retenus et analysés (Figure). Vingt outils de la maltraitance de la personne âgée ont été évalués.

Qualité des articles

Dix études diagnostiques de validité et dix études observationnelles ont été retenues ainsi qu'un article scientifique (Annexe 2).

D'après la grille STROBE, cinq études n'ont pas décrit les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais. Six études n'ont pas décrit les raisons de non-participation à chaque étape de l'étude. Deux études n'ont pas discuté de la validité externe des résultats (Annexe 3A).

D'après la grille QUADAS-2, une étude a présenté un risque élevé de biais de sélection des patients. Cinq études ont présenté un risque élevé de sélection de patients non représentatifs de la population générale des personnes âgées. Dans deux études, la réalisation ou l'interprétation de l'outil pouvait introduire un risque de biais élevé (Annexe 3B).

Extraction des données

La revue systématique a permis d'extraire plusieurs critères communs aux différents outils de dépistage.

La majorité des études a été réalisée dans des pays d'Amérique du Nord (États-Unis et Canada). D'autres études étaient francophones (France et Belgique) ou asiatiques (Taiwan et Japon) (Annexe 2).

La majorité des outils évaluaient la maltraitance de la PA dans sa globalité. FAMOASQ^{w6} étudiait uniquement la maltraitance familiale. EPAS^{w15} et OAPAM^{w5} se concentraient uniquement sur la maltraitance psychologique et OAFEM^{w13} sur la maltraitance financière. L'IOA^{w8, w14, w17} n'a pas évalué la maltraitance financière.

Type du test

Cinq outils étaient des auto-évaluations (VASS^{w18}, VOICES^{w9}, CASE^{w21}, OAPAM, OAFEM). L'intervenant posait directement les questions à la PA (ED-EMATS^{w2}, HS-EAST^{w20}, EASI^{w12}, IOA, E-IOA^{w16}, EPAS). Les questions étaient remplies par l'intervenant à la suite d'une évaluation observationnelle (EPAS, REAMI^{w4}, FAMOASQ, AID^{w8}, QUALCARE^{w3, w19}) ou d'un entretien téléphonique (BASE^{w6}). VOICES était constitué de quatre modules progressifs : une vidéo explicative des différents types de maltraitance, un questionnaire de dépistage, une phase motivationnelle, pour aboutir à une auto-déclaration (Tableau 1).

Lieu de réalisation

Trois outils (ED SENIOR AID^{w1}, ED-EMATS, VOICES) étaient réalisés aux urgences. Trois outils (FAMOASQ, VASS, E-IOA) se déroulaient à l'hôpital. Dix outils se réalisaient au domicile du patient ou en cabinet (REAMI, IOA, AID, BASE, ATDEA^{w10}, EPAS, QUALCARE, OAPAM, OAFEM, EASI). Pour quatre outils, le lieu de réalisation n'était pas renseigné.

Population cible et réalisateur du test

L'IOA, EASI, EPAS, E-IOA s'adressaient à la fois aux PA et au soignant. Le test pouvait être réalisé par une infirmière libérale diplômée d'état pour ED SENIOR AID, ATDEA, EAI^{w11, w14}, QUALSCARE, EPAS. L'EASI était réalisé par le médecin généraliste. Dix outils étaient réalisés par les services sociaux. Le BASE, CASE et REAMI étaient réalisés par le personnel soignant sans précision.

Niveau cognitif

EASI, VASS, OAPAM, OAFEM évaluaient le niveau cognitif à l'aide du MMSE (Mini Mental State Examination) et l'ED-SENIOR AID à l'aide de l'AMT4 (Abbreviated Mental Test 4). Les tests FAMOASQ, VASS, VOICES, EAI et EASI s'adressaient aux personnes âgées sans trouble cognitif. L'évaluation du niveau cognitif n'était pas précisée pour CASE, BASE et AID.

Nombres d'items et temps de réalisation

Deux outils (OAPAM, OAFEM) comportaient une forme complète et une forme simplifiée avec moins d'items. Neuf outils étaient réalisables en moins de 15 minutes. Quatre outils (QUALCARE, BASE, IOA, E-IOA) nécessitaient une visite à domicile d'une à trois heures. Quatre outils (ED SENIOR AID, EAI, QUALCARE, E-IOA) comportaient un examen physique. VOICES se remplissait à l'aide d'un outil numérique (ordinateur ou iPad) (Tableau 2).

Formation

Une formation antérieure à la réalisation du test devait être dispensée pour six outils. Elle durait 25 minutes pour l'ED SENIOR AID ou deux à trois heures pour IOA. BASE, QUALCARE et OAPAM ont requis une formation pré-test dont la durée n'était pas précisée.

Réponses et résultat final

Onze outils utilisaient des réponses dichotomiques de type oui/non. L'outil BASE utilisait des réponses dichotomiques et numériques. Huit outils utilisaient des réponses numériques. Trois outils (EAI, E-IOA, QUALCARE) utilisaient l'échelle de Likert. Le résultat final était interprété de manière différente selon les questionnaires. ED SENIOR AID et EASI utilisaient un score dichotomique (suspicion ou non-suspicion de maltraitance). D'autres outils utilisaient un seuil de positivité au-dessus duquel était suspectée une maltraitance (REAMI, FAMOASQ, IOA, EAI, EAST^{w14}, EPAS, CASE et EIOA). Pour VASS et HSEAST, des questions étaient discriminantes dans la suspicion de maltraitance. ATDEA classait le risque de maltraitance en niveaux (niveau 1 : absence de maltraitance et niveaux 2 à 5 : risque de maltraitance croissant). Pour EASI, une seule réponse positive entraînait une suspicion de maltraitance. VOICES proposait finalement à la PA d'auto-déclarer la maltraitance. Aucun résultat final n'était précisé pour ED-EMATS, BASE, QUALCARE, OAPAM, OAFEM.

Traduction française de l'outil

Les outils VASS et EAI¹⁶ ont été validés en langue française. Les outils EASI¹⁷, IOA¹⁸ et CASE¹⁸ ont été traduits en langue française avec la permission de l'auteur.

Données psychométriques

Quatre outils avaient une sensibilité supérieure à 90 % (ED SENIOR AID, VASS, QUALCARE, EIOA). Trois outils avaient une sensibilité entre 70 et 90 % (FAMOASQ, IOA, EAI). EASI avait une sensibilité de 47 %. Six outils avaient une spécificité entre 70 et 100 % (IOA, EIOA, EAI, FAMOASQ, ED SENIOR AID, EASI). QUALCARE avait une spécificité de 16,70 %. Aucune donnée psychométrique n'était précisée pour les autres scores (Tableau 3).

Discussion

Résultats principaux

L'originalité de ce travail repose sur l'approche en MG du dépistage de la maltraitance des PA, concept n'ayant jamais été abordé dans la littérature. Il a permis d'étudier vingt outils de dépistage pouvant être utilisés par différents professionnels de santé. Seize questionnaires évaluent la maltraitance globale. Onze outils nécessitent moins de 15 minutes de réalisation. Une formation à l'utilisation de six outils est requise. Seul EASI^{w12} a été appliqué en MG. Cinq questionnaires évaluent le niveau cognitif des PA. Deux outils sont validés en langue française. Quatre outils ont une sensibilité supérieure à 90 %.

Lien avec les données de la littérature

En MG, les critères de faisabilité d'un outil de dépistage sont leur réalisation simple, rapide et adaptée. Pour éviter une intrusion dans la relation privilégiée médecin-patient, la qualité de rédaction des questions et leur nombre sont importants¹⁹. Une cotation spécifique et une formation préalable semblent en favoriser l'utilisation^{19,20}.

Le MMSE est un exemple de score qui respecte un grand nombre de ces critères. Il correspond au test de dépistage des troubles cognitifs utilisé par 95 % des médecins généralistes français en 2013¹⁹. Il est rapide d'utilisation (cinq à dix minutes) et comporte sept items. Il conclut à un score final sur trente. Il a une sensibilité moyenne de 63 % et une spécificité de 89 %²¹.

Trois outils (ED SENIOR AID^{w1}, EASI^{w12} et VASS^{w7, w18}) regroupent chacun plusieurs critères de faisabilité comparables à ceux du MMSE. ED SENIOR AID et EASI sont constitués d'un questionnaire de six items, tandis que VASS est un auto-questionnaire de 12 items. Ils étudient la maltraitance globale. Leur temps de réalisation est court (inférieur à cinq minutes) ce qui semble adapté à la durée d'une consultation. Il existe une courte formation pour l'utilisation de ED SENIOR AID, permettant au médecin de mieux connaître le contenu et les modalités du test avant son utilisation.

Un test de dépistage doit être simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible, valide et avoir une bonne sensibilité et spécificité¹².

Dans le contexte de dépistage d'une maltraitance, une spécificité élevée évite d'accuser à tort un potentiel maltraitant et d'entraîner de lourds préjudices sociaux et juridiques (mise en place de mesures de protection). ED SENIOR AID et VASS ont une meilleure sensibilité que EASI (respectivement 94 % et 90 % contre 47 %). ED SENIOR AID et EASI ont une meilleure spécificité que VASS (respectivement 84 % et 75 % contre 49 %). VASS risque donc de détecter des situations de maltraitance à tort.

Pour favoriser l'utilisation du test, il semble important de connaître l'avis des principaux utilisateurs.

Une étude australienne a recueilli les attentes des médecins généralistes concernant les caractéristiques d'un bon score de dépistage de la maltraitance de la PA²².

D'une part, l'outil devait prendre en compte le statut cognitif pour permettre au médecin d'utiliser celui le plus adapté à son patient. Devant une personne présentant des troubles cognitifs, il est pertinent d'utiliser ED SENIOR AID. Il évalue le niveau cognitif à l'aide de l'échelle AMT4 et s'applique quel que soit le résultat. Un examen clinique complémentaire est réalisé lorsque le niveau cognitif de la personne ne permet pas de répondre au questionnaire. EASI utilise le MMSE mais n'a pas été étudié chez les patients avec un MMSE inférieur à 24. VASS n'est pas adapté aux démences sévères (définies par un MMSE inférieur à 10), d'autant plus qu'il s'agit d'un auto-questionnaire.

D'autre part, l'étude recommandait de poser les questions une à une, dans un langage compréhensible. Ces questions devaient être adressées à la PA sans présence de la famille pour s'affranchir de leur influence. Les trois outils de cette revue répondent à cette recommandation. EASI a la particularité de poser une question au médecin généraliste sur la présence de manifestations de maltraitance au cours des douze derniers mois. Cela implique un suivi et une connaissance du patient que lui seul peut avoir.

Enfin, l'échelle de Likert (type un à cinq) était préférée²². Or, les trois outils sont constitués de questions à réponses dichotomiques limitant la graduation des réponses.

Implémentation

L'intégration d'un test de dépistage dans la pratique réelle de santé nécessite l'étude de son implémentation. L'implémentation intègre l'analyse du taux de participation interne, du temps de réalisation réel, du taux d'acceptabilité par les patients et les professionnels de santé¹² ainsi que l'efficacité à long terme²³.

Aucune étude sélectionnée ne s'intéresse à la réalisation en pratique courante et à l'implémentation des outils. ED SENIOR AID et VASS ont été appliqués en milieu hospitalier. Leur implémentation en médecine ambulatoire reste à étudier.

EASI et VASS ont été traduits en langue française^{17, w7} contrairement à ED SENIOR AID. La traduction française validée par l'auteur permet l'implémentation en population française.

Forces et faiblesses de l'étude

Une des forces de l'étude réside dans le respect de la méthode PRISMA. Les équations de recherche ont été obtenues avec l'aide de la bibliothécaire universitaire. La recherche exhaustive dans trois bases de données a limité le biais de sélection. Le biais d'interprétation était évité par la double lecture. Les auteurs n'avaient pas de conflit d'intérêt et n'ont pas bénéficié de financement extérieur.

Une faiblesse de l'étude est le biais de publication induit par l'absence de publication de certains scores. Un biais de sélection existe du fait du choix d'articles en langue française ou anglaise uniquement.

Perspectives

La publication de ce travail devrait permettre aux médecins généralistes de mieux appréhender le dépistage des situations de maltraitance. Les questionnaires EASI, ED SENIOR AID et VASS sont les plus facilement réalisables au cabinet. Néanmoins, il est nécessaire d'implémenter ces outils en vie réelle. A l'ère du numérique, l'informatisation des outils est indispensable pour favoriser leur utilisation en MG. Ils peuvent faire partie intégrante du logiciel métier ou leur version téléchargeable peut être jointe au dossier médical.

La positivité d'un de ces outils ne permet pas d'affirmer une situation de maltraitance mais incite le médecin à déclencher une enquête pluridisciplinaire autour de la PA. Les partenaires sociaux et les intervenants à domicile pourront participer à cette prise en charge.

Conclusion

Cette revue décrit les outils de dépistage de la maltraitance des PA existants dans la littérature. Elle identifie trois outils (ED SENIOR AID, EASI, VASS) adaptés à l'exercice de la MG. Cependant le VASS n'est pas acceptable au vu de sa spécificité insuffisante. La connaissance de ces outils par les médecins généralistes permettrait l'amélioration du dépistage de la maltraitance des PA. Des études d'implémentation sont nécessaires pour permettre leur utilisation. Des données scientifiques complémentaires sont requises pour envisager des recommandations de la HAS.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées. Juin 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> [consulté le 5 sept 2022].
2. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. févr 2017;5(2):e147-56.
3. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 1 févr 2019;29(1):58-67.
4. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. nov 2021;29(11):1152-9.
5. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2021. Janvier 2022. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136#titre-bloc-29> [consulté 16 nov 2022].
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête Aide sociale. L'aide et l'action sociales en France. Edition 2020. Fiche 15 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2015%20-%20L%E2%80%99allocation%20personnalis%C3%A9e%20d%E2%80%99autonomie%20%28APA%29.pdf> [consulté 25 sept 2022].
7. Institut national de la statistique et des études économiques. Tableaux de l'économie française. Edition 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4318291> [consulté le 10 nov 2022].
8. Ministère de la santé et de la prévention. Dossier de Presse. Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement. Mars 2022. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ehpad_2022_accessible.pdf [consulté le 1 nov 2022].
9. Fédération 3977 contre les maltraitances. Rapports d'activité 2020. Disponible sur : <https://3977.fr/rapport-activite/> [consulté le 9 nov 2022].
10. Département de médecine générale. Sorbonne Université. Le Carré de White. Avril 2020. Disponible sur : <https://static.actu.fr/uploads/2021/02/le-carre-de-white.pdf> [consulté le 3 sept 2022].
11. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du DES. Novembre 2012. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/ [consulté le 2 nov 2022].
12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ? Mai 2004. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf [consulté le 5 juil 2022].
13. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA*. 23 oct 2018;320(16):1678.
14. Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *J Clin Nurs*. août 2017;26(15-16):2154-76.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 mars 2021;n71
16. Nakamura C, Roulet Schwab D, Morin D. Traduction et adaptation culturelle d'un instrument de dépistage des signes de maltraitance envers une personne âgée. *La revue de Gériatrie* 2015;40(7):389-400.

17. McGill.Ca. Department of Family Medicine. Elder Abuse Suspicion Index © (EASI). Evidence d'abus selon les indicateurs (©) EASI. Février 2006. Disponible sur : <https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder> [consulté le 11 oct 2022].
18. Allô Maltraitance Personne Agées et/ou Handicapées63. Malette prévention des maltraitances. Livre 2, annexe 1, 1^{ère} partie. Disponible sur <https://www.alma63.fr/la-malette-prevention-des-maltraitances> [consulté le 05 sep 2022]
19. Sarazin M, Chiappe SG, Kasprzyk M, Mismetti P, Lasserre A. A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores. *Int J Gen Med*. 2013;6:419-26
20. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. mars 2013;11(1):21-31.
21. Derouesné, C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois, B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (Greco). Le mental-state examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. *Presse Med* 1999 ; 28 : 1141-8.
22. Brijnath B, Gahan L, Gaffy E, Dow B. « Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help »: Frontline Service Providers' Views on Current Screening Tools for Elder Abuse. *Gerontologist*. 2 avr 2020;60(3):472-82
23. Sharon E. Straus, Jacqueline Tetroe, Ian D. Graham. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2nd Edition. BMJ Books, 2013.

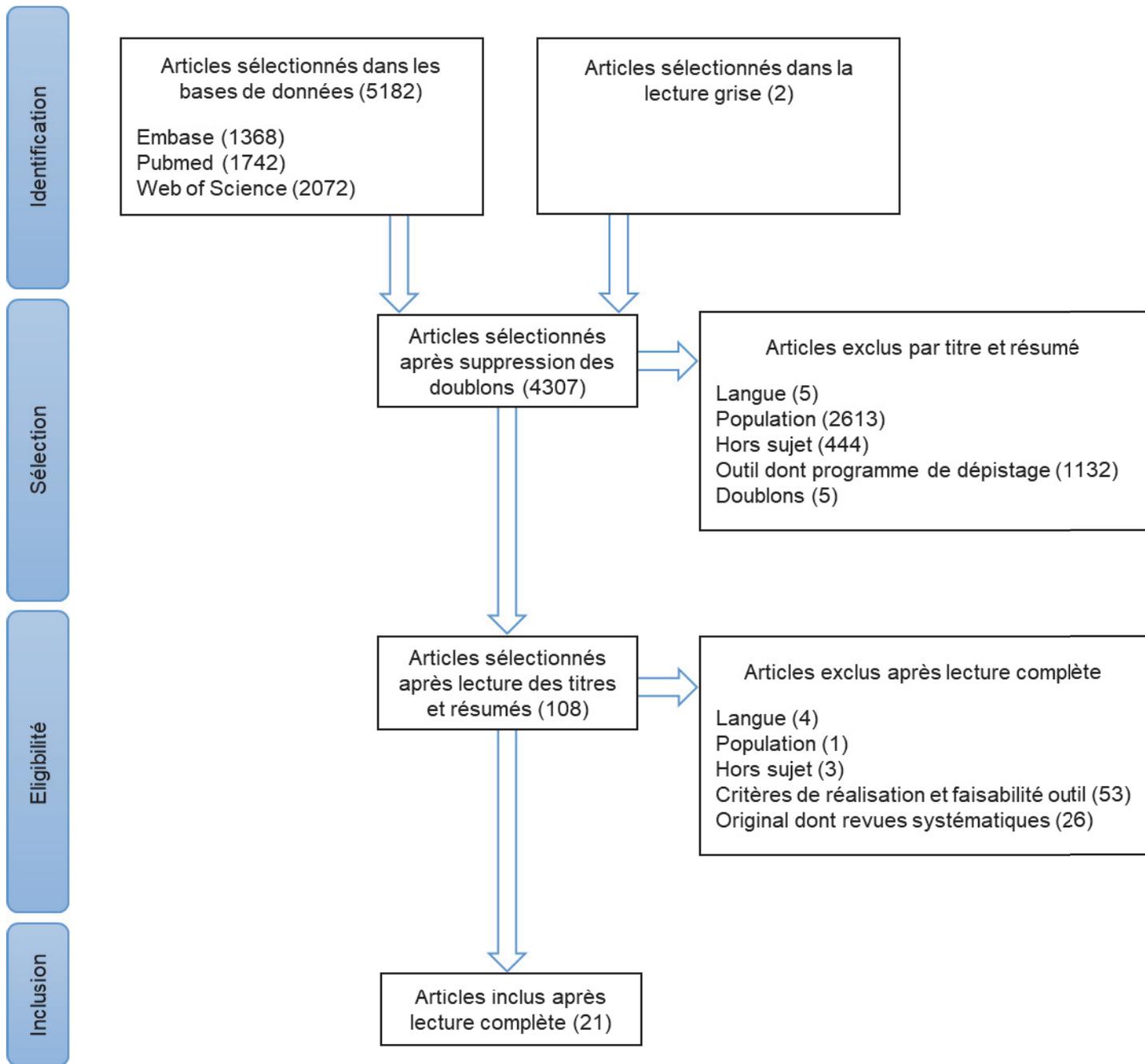


Figure – Diagramme de flux

Test étudié	Type de maltraitance	Lieu de réalisation	Réalisateur du test	Population cible	Niveau cognitif	Examen physique	Aménagement nécessaire	Formation nécessaire (type, durée)	Traduction française
ED SENIOR AID ^{w1}	Globale	Urgences	IDE	PA	Évalué par AMT4	OUI	Salle d'examen	OUI (25 min)	NON
ED-EMATS ^{w2}	Globale	Urgences	SS	PA	NI	NON	NON	NON	NON
REAMI ^{w4}	Globale	Domicile	SS	PS, aidant, SS, PA	NI	NON	NON	NON	NON
FAMOASQ ^{w6}	Familiale	Hôpital	SS	PA, aidant	Normal	NON	NON	NON	NON
VASS ^{w7,18}	Globale	Hôpital	PA	PA	Évalué par MMSE ^(e)	NON	NON	NON	OUI
IOA ^{w8,14,17}	Globale (sauf financière)	Domicile	PS, SS	PA, PS	NI	NON	NON	OUI (2-3h)	OUI
AID ^{w8}	Globale	Domicile	IAD	IAD	NC	NON	NON	NI	NON
BASE ^{w8}	Globale	Domicile	PS, SS	PS	NI	NON	NON	OUI	NON
VOICES ^{w9}	Globale	Urgences	PA	PA	Normal	NON	Ordinateur Tablette	NON	NON
ATDEA ^{w10}	Globale	Domicile	IDE	PA	NI	NON	NON	NON	NON
EAI ^{w11,14}	Globale	NI	IDE	PA	Normal	OUI	Salle d'examen	NON	OUI
EASI ^{w12}	Globale	Ambulatoire	MG	PA MG	MMSE ≥24	NON	NON	NON	OUI
EAST ^{w14}	Globale	NI	PRS	PA	NI	NON	NON	NON	NON
EPAS ^{w15}	Psychologique	Domicile ^(a)	Médecin, IDE	PA ^(b) , PS	NI	NON	NON	NON	NON
QUALCARE ^{w3,19}	Globale	Domicile	IDE, SS	PA	NI	OUI	NON	OUI (vidéos, cas cliniques)	NON
HSEAST ^{w20}	Globale	NI	SS	PA	NI	NON	NON	NON	NON
CASE ^{w21}	Globale	NI	PRS	PRS	NC	NON	NON	NON	OUI
EIOA ^{w16}	Globale	Hôpital ^(c)	SS	PA et PS	NI	OUI	Lieu d'examen	OUI	NON
OAPAM ^{w5}	Psychologique	Domicile	SS	PA	MMSE ≥17	NON	NON	OUI ^(d)	NON
OAFEM ^{w13}	Financière	Domicile	SS	PA	MMSE ≥17	NON	NON	NON	NON

Tableau 1 - Caractéristiques pratiques des tests

ED SENIOR AID : Emergency Department Senior Abuse Identification ; ED-EMATS : Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social workers ; REAMI : Risk on Elder Abuse and Mistreatment ; FAMOASQ : Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire ; VASS : Vulnerability to Abuse Screening Scale ; IOA : Indicators Of Abuse ; AID : Abuse Intervention Description ; BASE : Brief Abuse Screen ; VOICES : Virtual cOaching in making Informed Choices on Elder mistreatment Seld-disclosure ; ATDEA : Assessment Tool for Domestic Elder Abuse ; EAI : Elder Assessment Instrument ; EASI : Elder Abuse Suspicion Index ; EAST Elder Abuse Screening Test ; EPAS : Elder's Psychological Abuse Scale ; QUALCARE : quality of home care ; HSEAST : Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ; CASE : Caregiver Abuse Screen ; EIOA : Expanded Indicators of Abuse ; OAPAM : Older Adult Psychological Abuse Measure ; OAFEM : Older Adult Financial Exploitation Measure ; (a) : maison de retraite et résidence privée ; (b) : communication verbale et partiellement dépendant ; (c) : service de médecine interne ou orthopédie ; (d) : entraînement par les auteurs et réponse au test "human subjects subcommittee online training program of UIC" ; (e) : non adapté pour démence sévère (MMSE<10) et peu fiable pour démence légère ou modérée ; PA : personne âgée ; SS : services sociaux ; IDE : infirmière diplômée d'état ; MG : médecin généraliste ; IAD : intervenant à domicile ; PRS : prestataire de soins ; NC : non concerné ; NI : non indiqué

Test étudié	Type de test	Contenu du test	Thématiques abordées	Nombre items	Durée	Durée évaluation domicile	Type de réponses	Type de résultat final
ED SENIOR AID ^{w1}	HE	AMT4, Questionnaire, Examen physique ^(a)		6 (questionnaire) 12 (examen)	1-3 min	NC	Dichotomique	Dichotomique (Présence ou Absence) Appréciation globale (pas de seuil)
ED-EMATS ^{w2}	HE	Questionnaire (I/C)	Négligence, type maltraitance, agression sexuelle, relations, ressources sociales	11 (I) 17 (C)	5-15 min (I) 15-25 min (C)	NC	Dichotomique	NI
REAMI ^{w4}	HE	Questionnaire	FDR (PA et environnement) Signes de maltraitance	22	3-15 min	NC	Numérique (1 à 4)	Numérique Pas de seuil
FAMOASQ ^{w6}	HE	MMSE, Questionnaire	Type de maltraitance, abandon et négligence	15	Rapide	NC	Dichotomique	Score > 3 OUI = maltraitance
VASS ^{w7,18}	AE	MMSE, Questionnaire	Vulnérabilité, dépendance, entrave de libertés, l'affaiblissement moral	12	5 min	NC	Dichotomique	Numérique (sur 12) Suspicion (1 point) si NON aux questions 4 à 6 Suspicion (1 point) si OUI aux questions 1 à 3 et 7 à 12
IOA ^{w9,14,17}	HE	Questionnaires (pour PS et pour PA)		22 (PS) 11 (PA)	20 min	2 à 3 h	Numérique (1 à 4)	Numérique (sur 88) Score ≥ 16 = maltraitance
AID ^{w3}	HE	Observation (problèmes) Intervention		Notes	NI	NI	Qualitatif (non standardisé)	Qualitatif
BASE ^{w8}	HE	Questionnaire téléphonique Visite à domicile		5	1-10 min	2 à 3 h	Dichotomique (Q1-Q2) Numérique (1 à 5) (Q3-Q5)	NI
VOICES ^{w9}	AE	4 modules progressifs	Education ^(b) , Dépistage (c), Motivationnel, Autodéclaration	NI	NI	NC	Auto-déclaration	Auto-déclaration
ATDEA ^{w10}	HE	Checklist	Type de maltraitance, l'auto-négligence, négligence sociale	34	NI	NC	Dichotomique	Niveau 1 = pas de maltraitance Niveau 2 à 5 = risque de maltraitance croissant
EAI ^{w11,14}	HE	Questionnaire Examen physique	Evaluation générale, maltraitance physique, négligence, exploitation financière, abandon, résumé, commentaire	41	12-15 min	NC	Numérique (Likert-scale 1 à 5)	Score haut = mauvais traitement des aidants Pas de seuil

Tableau 2A- Caractéristiques théoriques des tests

ED SENIOR AID : Emergency Department Senior Abuse Identification ; ED-EMATS : Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social workers ; REAMI : Risk on Elder Abuse and Mistreatment ; FAMOASQ : Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire ; VASS : Vulnerability to Abuse Screening Scale ; IOA : Indicators Of Abuse ; AID : Abuse Intervention Description ; BASE : Brief Abuse Screen ; VOICES : Virtual cOaching in making Informed Choices on Elder mistreatment Seld-disclosure ; ATDEA : Assessment Tool for Domestic Elder Abuse ; EAI : Elder Assessment Instrument ; EASI : Elder Abuse Suspicion Index ; EAST Elder Abuse Screening Test ; EPAS : Elder's Psychological Abuse Scale ; QUALCARE : quality of home care ; HSEAST : Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ; CASE : Caregiver Abuse Screen ; EIOA : Expanded Indicators of Abuse ; OAPAM : Older Adult Psychological Abuse Measure ; OAFEM : Older Adult Financial Exploitation Measure (a) Examen physique réalisé si le patient n'était pas capable de signaler la maltraitance ou si la présence d'une maltraitance était incertaine ; (b) 5 vidéos de 2 minutes expliquant les différents types de maltraitance ; (c) si pas de suspicion de maltraitance, arrêt du test. Si suspicion, passage au module suivant ; HE : hétéroévaluation ; AE : autoévaluation ; AMT4 : Abbreviated Mental Test 4 ; MMSE : Mini Mental State Examination ; PA : personne âgée ; PS : personnel soignant ; FDR : facteurs de risque ; NI : non indiqué ; NC : non concerné ; I : initial ; C : complet ; Co : court.

Test étudié	Type de test	Contenu du test	Thématiques abordées	Nombre items	Durée	Durée évaluation domicile	Type de réponses	Type de résultat final
EASI ^{w12}	HE	Questionnaire (pour PA et médecin)		5 (PA) 1 (médecin)	2 min	NC	Dichotomique	Suspicion si ≥ 1 OUI
EAST ^{w14}	HE	Questionnaire		15	NI	NC	Dichotomique	Numérique Suspicion si > 10 OUI
EPAS ^{w15}	HE	Questionnaires (PA et PS) Observation directe		7 (PA) 6 (observation) 19 (PS)	5-10 min	NI	Dichotomique	Numérique Suspicion si > 10 OUI
QUALCARE ^{w3,19}	HE	Observation Données verbales recueillies Données retrospectives	Environnement, gestion médicale, type maltraitance, droit humains	53	Plusieurs h	1 à 3 h	Numérique (Likert-scale 1 à 5)	Numérique Pas de seuil
HSEAST ^{w20}	HE	Questionnaire	Violation des droits humains, vulnérabilité de la PA, type de maltraitance	15	5-10 min	NC	Dichotomique	Score cumulé ≥ 3 = risque supérieur ^(d)
CASE ^{w21}	AE	Questionnaire		8	2 min	NC	Dichotomique	Numérique Score ≥ 4 = suspicion maltraitance
EIOA ^{w16}	HE	Questionnaire (pour PS et PA) Examen physique			7 2 h	NC	Numérique (Likert-scale 1 à 5)	Score moyen $> 2,70$ = haut risque
OAPAM ^{w5}	AE/HE	Questionnaire	Isolement, intimidation et menace, honte et blâme, FDR de faiblesse, insensibilité et irrespect	31 (C) 18 (Co)	NI	NC	Numérique (0 à 2) no, suspected, yes	Numérique Pas de seuil
OAFEM ^{w13}	AE/HE	Questionnaire		82 (C) 30 à 54 (Co)	NI	NC	Numérique de (1 à 4) yes, no, suspected, unknown	Numérique Pas de seuil

Tableau 2B – Caractéristiques théoriques des tests

ED SENIOR AID : Emergency Department Senior Abuse Identification ; ED-EMATS : Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social workers ; REAMI : Risk on Elder Abuse and Mistreatment ; FAMOASQ : Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire ; VASS : Vulnerability to Abuse Screening Scale ; IOA : Indicators Of Abuse ; AID : Abuse Intervention Description ; BASE : Brief Abuse Screen ; VOICES : Virtual cOaching in making Informed Choices on Elder mistreatment Self-disclosure ; ATDEA : Assessment Tool for Domestic Elder Abuse ; EAI : Elder Assessment Instrument ; EASI : Elder Abuse Suspicion Index ; EAST Elder Abuse Screening Test ; EPAS : Elder's Psychological Abuse Scale ; QUALCARE : quality of home care ; HSEAST : Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ; CASE : Caregiver Abuse Screen ; EIOA : Expanded Indicators of Abuse ; OAPAM : Older Adult Psychological Abuse Measure ; OAFEM : Older Adult Financial Exploitation Measure ; ^(d) la réponse "non" aux items 1,6,12,14, "quelqu'un d'autre" à l'item 4 et "oui" aux autres questions suggèrent une maltraitance ; HE : hétéroévaluation ; AE : autoévaluation ; AMT4 : Abbreviated Mental Test 4 ; MMSE : Mini Mental State Examination ; PA : personne âgée ; PS : personnel soignant ; FDR : facteurs de risque ; NI : non indiqué ; NC : non concerné ; I : initial ; C : complet ; Co : court

Test étudié	Sensibilité	Spécificité	Nombre de patients étudiés
ED SENIOR AID ^{w1}	0,941	0,843	923
ED-EMATS ^{w2}	NI	NI	NI
REAMI ^{w4}	NI	NI	1922
FAMOASQ ^{w6}	0,86	0,9	253
VASS ^{w7,18}	0,909	0,497	200 ^(a) 10421 ^(b)
IOA ^{w8,14,17}	0,844	0,992	341
AID ^{w8}	NI	NI	NI
BASE ^{w8}	NI	NI	NI
VOICES ^{w9}	NI	NI	38
ATDEA ^{w10}	NI (non testé)	NI (non testé)	240
EAI ^{w11,14}	0,71	0,93	501
EASI ^{w12}	0,47	0,75	953
EAST ^{w14}	NI (non testé)	NI (non testé)	NI
EPAS ^{w15}	NI	NI	195
QUALCARE ^{w3,19}	0,977	0,167	249 ^(c) 80 ^(d)
HSEAST ^{w20}	NI (non testé)	NI (non testé)	NI
CASE ^{w21}	NI	NI	139
EIOA ^{w16}	0,927	0,979	108
OAPAM ^{w5}	NI	NI	226
OAFEM ^{w13}	NI	NI	227

Tableau 3 – Caractéristiques intrinsèques des tests

ED SENIOR AID : Emergency Department Senior Abuse Identification ; ED-EMATS : Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social workers ; REAMI : Risk on Elder Abuse and Mistreatment ; FAMOASQ : Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire ; VASS : Vulnerability to Abuse Screening Scale ; IOA : Indicators Of Abuse ; AID : Abuse Intervention Description ; BASE : Brief Abuse Screen ; VOICES : Virtual cOaching in making Informed Choices on Elder mistreatment Seld-disclosure ; ATDEA : Assessment Tool for Domestic Elder Abuse ; EAI : Elder Assessment Instrument ; EASI : Elder Abuse Suspicion Index ; EAST Elder Abuse Screening Test ; EPAS : Elder's Psychological Abuse Scale ; QUALCARE : quality of home care ; HSEAST : Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ; CASE : Caregiver Abuse Screen ; EIOA : Expanded Indicators of Abuse ; OAPAM : Older Adult Psychological Abuse Measure ; OAFEM : Older Adult Financial Exploitation Measure ; ^(a) Evaluation of French Version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), an elder abuse screening tool ; ^(b) validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia study ; ^(c) étude The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care ; ^(d) identifying elder abuse and neglect among family caregiving dyads : a cross sectional study of psychometric properties

Mots clés	Embase	Medline	Web of Science
Maltraitance personne âgée	« Elder abuse »	« Elder abuse », « senior abuse* », « elder neglect », « elderly abuse* », « elder* abuse », « aged abuse », « elder maltreatment », « elder mistreatment ».	« Senior abuse* », « elder neglect », « elderly abuse », « aged abuse », « elder maltreatment », « elder mistreatment », « elder abuse »
Dépistage	« Diagnosis », « diagnostic procedure »	« diagnosis », « mass screening », « diagnostic techniques and procedures », « diagnos* », « screen* », « detect* »	« diagnostic techniques and procedure* », « screening test* », « screening tool* »
Faisabilité		« mass screening » et « diagnostic techniques and procedures »	

Bases de données	Equation de recherche
Medline	(((((diagnosis[MeSH Terms]) OR (diagnostic techniques and procedures[MeSH Terms]) OR (mass screening[MeSH Terms]) OR ((diagnos*[Title/Abstract]) OR (screen*[Title/Abstract]) OR (detect*[Title/Abstract])) OR ((screening tool*[Title/Abstract]) OR (screening test*[Title/Abstract])) OR (surveys and questionnaires*[MeSH Terms]) OR (questionnaire*[Title/Abstract]) AND (((elder abuse[MeSH Terms]) OR ((((((senior abuse*[Title/Abstract]) OR (elder neglect[Title/Abstract]) OR (elderly abuse*[Title/Abstract]) OR (elder* abuse[Title/Abstract]) OR (aged abuse[Title/Abstract]) OR (elder maltreatment[Title/Abstract]) OR (elder mistreatment[Title/Abstract])) OR ("elder abuse/diagnosis"[MeSH Terms]) OR (elder abuse/diagnosis*[MeSH Terms]))))
Embase	('elder abuse'/exp OR 'senior abuse':ti,ab,kw OR 'elder neglect':ti,ab,kw OR 'elder* abuse':ti,ab,kw OR 'aged abuse':ti,ab,kw OR 'elder maltreatment':ti,ab,kw OR 'elder mistreatment':ti,ab,kw) AND ('prevention and control'/exp OR 'statistics and numerical data'/exp OR 'diagnostic procedure'/exp OR 'diagnosis'/exp OR 'questionnaire'/exp OR 'tool'/exp OR 'screening test'/exp OR 'screening test*':ti,ab,kw OR 'screening tool*':ti,ab,kw OR tool*:ti,ab,kw)
Web of science	(((((TS=(senior abuse*)) OR TS=(elder neglect)) OR TS=(elderly abuse*)) OR TS=(elder* abuse)) OR TS=(aged abuse)) OR TS=(elder maltreatment)) OR TS=(elder mistreatment)) OR TS=(elder abuse) AND ((TS=(diagnostic techniques and procedure*)) OR TS=(screening test*)) OR TS=(screening tool*))

Annexe 1 - Mots-clés et équations de recherche

Titre de l'article	Premier auteur (année de publication)	Pays	Test exploré	Type d'étude	Évaluation de la qualité
Multicenter Validation of an Emergency department-based screening tool to identify elder abuse ^{w1} .	Timothy F (2020)	Etats-Unis	ED SENIOR AID	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
Developing the Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool For Social Workers Using a Modified Delphi technique ^{w2} .	Alyssa Elman (2020)	Etats-Unis	ED-EMATS	Etude observationnelle	STROBE
Identifying elder abuse and neglect among family caregiving dyads : a cross sectional study of psychometric properties of the QualCare Scale ^{w3} .	Carolyn E.Z Pickering (2017)	Etats-Unis	QUALCARE	Etude observationnelle cas-témoins	STROBE
Risk on Elder Abuse and Mistreatment- Instrument : Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation ^{w4} .	Liesbeth De Donder (2018)	Belgique	REAMI	Etude diagnostique de validité	STROBE
Self-report Measure of psychological exploitation of older adults ^{w5} .	Kendon J Conrad (2010)	Etats-Unis	OAPAM	Etude observationnelle	STROBE
Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico ^{w6} .	Maria Guadalupe Ruelas-Gonzalez (2018)	Mexique	FAMOASQ	Etude observationnelle cas-témoins et diagnostique de validité	QUADAS-2
Evaluation of French Version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), a elder abuse screening tool ^{w7} .	Florian Grenier (2016)	France	VASS	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
When seniors are abused : an intervention model ^{w8} .	Myrna Reis (1995)	Canada	BASE, IOA, AID	Etude observationnelle	STROBE
Digital health screening tool for identification of elder mistreatment ^{w9} .	Fuad Abujarad (2021)	Etats-Unis	VOICES	Etude observationnelle	STROBE
Development and Validity Testing of an assessment Tool for domestic Elder Abuse ^{w10} .	Qinquizi Yi (2019)	Japon	ATDEA	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
Screening for mistreatment of older adults ^{w11} .	Terry Fulmer (2008)	Etats-Unis	EAI	Article	Non évaluable
Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ^{w12} .	Mark J Yaffe (2008)	Canada	EASI	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
Self-report Measure of financial exploitation of older adults ^{w13} .	Kendon J Conrad (2010)	Etats-Unis	OAFEM	Etude observationnelle	STROBE
A comparison of three measures of elder abuse ^{w14} .	Diana Meeks-Sjostrom (2004)	Etats-Unis	IOA, EAST, EAI	Etude observationnelle	STROBE
Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people ^{w15} .	Jing-Jy (2007)	Taiwan	EPAS	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers ^{w16} .	Miri Cohen (2006)	Israël	E-IOA	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen ^{w17} .	Myrna Reis (1998)	Canada	IOA	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia study ^{w18} .	Margot J (2003)	Australie	VASS	Etude observationnelle	STROBE
The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care ^{w19} .	Linda R (1990)	Etats-Unis	QUALCARE	Etude observationnelle	STROBE
Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ^{w20} .	Anne Victoria Neale (1991)	Etats-Unis	HS-EAST	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2
Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE) ^{w21} .	Myrna Reis (1995)	Canada	CASE	Etude diagnostique de validité	QUADAS-2

Annexe 2 – Articles sélectionnés et grille d'évaluation de qualité méthodologique

ED SENIOR AID : Emergency Department Senior Abuse Identification ; ED-EMATS : Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social workers ; REAMI : Risk on Elder Abuse and Mistreatment ; FAMOASQ : Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire ; VASS : Vulnerability to Abuse Screening Scale ; IOA : Indicators Of Abuse ; AID : Abuse Intervention Description ; BASE : Brief Abuse Screen ; VOICES : Virtual cOaching in making Informed Choices on Elder mistreatment Seld-disclosure ; ATDEA : Assessment Tool for Domestic Elder Abuse ; EAI : Elder Assessment Instrument ; EASI : Elder Abuse Suspicion Index ; EAST Elder Abuse Screening Test ; EPAS : Elder's Psychological Abuse Scale ; QUALCARE : quality of home care ; HSEAST : Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ; CASE : Caregiver Abuse Screen ; EIOA : Expanded Indicators of Abuse ; OAPAM : Older Adult Psychological Abuse Measure ; OAFEM : Older Adult Financial Exploitation Measure ; QUADAS-2 Quality scale for Diagnostic Accuracy Study 2 ; STROBE : Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiolog

Section	Item	ED-EMATS ^{w2} Alyssa Elman 2020	REAMI ^{w4} Liesbeth De Donder 2018	OAPAM ^{w5} Kendon J Conrad 2010	BASE ^{w6} Myrna Reis 1995	VOICES ^{w9} Fuad Abujarad 2021	EAI ^{w11} Terry Fulmer 2008	IOA/EAST/EAI ^{w14} Diana Meeks- Sjostrom 2004	EIOA ^{w16} Miri Cohen 2006	VASS ^{w18} Margot J 2003	QUALCARE ^w Carolyn E.Z Pickering	QUALCARE ^{w19} Linda R 1990	OAFEM ^{w13} Kendon J Conrad 2010
Title and abstract	1a	x	x	x	0	x	x	x	x	x	x	x	x
	1b	x	x	x	0	x	x	x	x	x	x	x	x
Introduction	2	x	x	x	0	x	x	x	x	x	x	x	x
Objectives	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Study design	4	x	x	x	0	x	x	x	x	x	x	x	x
Setting	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Participants	6a	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	6b	x	0	x	0	0	x	0	0	0	x	0	x
Variables	7	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0	x	x
Data sources, measurement	8	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bias	9	0	0	x	0	x	x	0	x	x	0	x	x
Study size	10	x	x	x	x	0	x	x	x	x	x	x	x
Quantitative variables	11	0	x	x	0	x	x	x	x	x	x	x	x
Statistical methods	12a	0	x	x	0	x	x	0	x	x	x	x	x
	12b	0	x	x	0	x	x	0	x	x	x	x	x
	12c	0	0	x	0	0	x	0	x	0	0	x	x
	12d	0	0	x	0	0	x	0	x	x	0	x	x
	12e	0	0	x	0	0	x	0	x	0	x	x	x
Participants	13a	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0	x
	13b	0	0	x	0	x	x	0	x	x	0	0	x
	13c	0	0	x	0	0	x	0	0	0	0	0	x
Descriptive data	14a	x	x	x	x	x	0	x	x	x	x	x	x
	14b	x	x	x	0	0	x	x	x	x	0	x	x
	14c	x	0	x	0	0	x	x	0	x	0	x	x
Outcome data	15	0	x	x	x	x	x	?	x	x	X	x	x
Main results	16a	0	x	x	x	x	x	0	x	x	x	x	x
	16b	0	x	x	0	x	0	0	x	x	x	x	x
	16c	0	0	0	0	0	0	0	x	0	0	x	0
Other analyses	17	0	x	x	0	x	x	0	x	x	x	x	x
Discussion key results	18	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Limitation	19	x	x	x	0	x	x	0	x	x	x	x	x
Interpretation	20	x	x	x	0	x	x	x	x	x	x	x	x
Generalisability	21	x	x	x	0	x	x	0	x	x	x	x	x
Funding	22	0	x	x	x	x	x	0	x	x	x	x	x

Annexe 3A – Grille STROBE évaluation qualité méthodologique des études observationnelles

STROBE : Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology ; ED-EMATS : Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social workers ; REAMI : Risk on Elder Abuse and Mistreatment ; VASS : Vulnerability to Abuse Screening Scale ; IOA : Indicators Of Abuse ; BASE : Brief Abuse Screen ; VOICES : Virtual cOaching in making Informed Choices on Elder mistreatment Seld-disclosure ; EAI : Elder Assessment Instrument ; QUALCARE : quality of home care ; EIOA : Expanded Indicators of Abuse ; OAPAM : Older Adult Psychological Abuse Measure ; OAFEM : Older Adult Financial Exploitation Measure

Études	Risque de biais				Préoccupation sur applicabilité		
	Risque de biais	Test évalué	Test de référence	Déroulement Temporalité	Sélection patient	Test évalué	Référence standard
ED SENIOR AID ^{w1} Timoty F 2020	U	L	L	L	L	L	L
FAMOASQ ^{w6} Maria Guadalupe Ruelas-Gonzalez 2018	H	H	H	L	H	H	H
VASS ^{w7} Florian Grenier 2016	L	L	H	L	H	L	U
ATDEA ^{w10} Qinquizi Yi 2019	L	L	U	L	H	L	U
EASI ^{w12} Mark J Yaffe 2008	L	L	U	L	H	U	L
EPAS ^{w15} Jing-Jy 2007	L	H	L	L	L	H	L
IOA ^{w17} Myrna Reis 1998	L	L	L	L	H	L	L
HS-EAST ^{w20} Anne Victoria Neale 1991	L	L	L	L	L	L	L
CASE ^{w21} Myrna Reis 1995	L	L	U	L	U	L	U

Annexe 3B - Grille QUADAS2 évaluation qualité méthodologique des études diagnostiques de validité

Analyse de l'association entre les mesures d'un test et d'une entité comparatrice (référence standard). Analyse du niveau de risque de biais (faible, élevé ou incertain) dans quatre domaines (sélection des patients, au test évalué, au test de référence, au déroulement et à la temporalité) ED SENIOR AID : Emergency Department Senior Abuse Identification ; FAMOASQ : Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire ; VASS : Vulnerability to Abuse Screening Scale ; IOA : Indicators Of Abuse ; ATDEA : Assessment Tool for Domestic Elder Abuse ; EASI : Elder Abuse Suspicion Index ; EPAS : Elder's Psychological Abuse Scale ; HSEAST : Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ; CASE : Caregiver Abuse Screen ; QUADAS-2 Quality scale for Diagnostic Accuracy Study 2 ; L : low (risque faible), U : uncertain (risqué incertain), H : high (risqué élevé)

- W1. Platts-Mills T, Hurka-Richardson K, Shams R, Aylward A, Dayaa J, Manning M, et al. Multicenter Validation of an Emergency Department-Based Screening Tool to Identify Elder Abuse. sept;76(3):280-90.
- W2. Elman A, Rosselli S, Burnes D, Clark S, Stern M, LoFaso V, et al. Developing the Emergency Department Elder Mistreatment Assessment Tool for Social Workers Using a Modified Delphi Technique. mai;45(2):110-21.
- W3. Pickering C, Ridenour K, Salaysay Z, Reyes-Gastelum D, Pierce S. Identifying Elder Abuse & Neglect Among Family Caregiving Dyads: A Cross Sectional Study of Psychometric Properties of the QualCare Scale. International Journal of Nursing Studies. 30 janv 2017;69.
- W4. De Donder L, De Witte N, Van Regenmortel S, Dury S, Dierckx E, Verte D. Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation. 44(2-3):108-18.
- W5. Conrad K, Iris M, Ridings J, Langley K, Anetzberger G. Self-report Measure of Psychological Abuse of Older Adults. juin;51(3):354-66.
- W6. Ruelas-Gonzalez M, Pelcastre-Villafuerte B, Monterrubio-Flores E, Alcalde-Rabanal J, Ortega-Altamirano D, Ruano A, et al. Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico. janv;26(1):102-12.
- W7. Grenier F, Capriz F, Lacroix-Hugues V, Paysant F, Pradier C, Franco A. Evaluation of French version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), a elder abuse screening tool. juin;14(2):142-50.
- W8. REIS M, NAHMIASH D. WHEN SENIORS ARE ABUSED - AN INTERVENTION MODEL. oct;35(5):666-71.
- W9. Abujarad F, Edwards C, Choo E, Pantalon M, Jubanyik K, Dziura J, et al. Digital health screening tool for identification of elder mistreatment. 3 oct 2020;19(Suppl 1).
- W10. Yi Q, Honda J, Hohashi N. Development and Validity Testing of an Assessment Tool for Domestic Elder Abuse. avr 2019;27(2):e12
- W11. Fulmer T. Screening for mistreatment of older adults. déc 2008;108(12):52-9; quiz 59.
- W12. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). 2008;20(3):276-300.
- W13. Conrad KJ, Iris M, Ridings JW, Langley K, Wilber KH. Self-report measure of financial exploitation of older adults. déc 2010;50(6):758-73.
- W14. Meeks-Sjostrom D. A comparison of three measures of elder abuse. 36(3):247-50.
- W15. Wang J, Tseng H, Chen K. Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. févr;21(1):40-7.
- W16. Cohen M, Halevi-Levin S, Gaglin R, Friedman G. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. oct;18(5):660-85.
- W17. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen. août;38(4):471-80.
- W18. Schofield M, Mishra G. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia study. févr;43(1):110-20.
- W19. Phillips LR, Morrison EF, Chae YM. The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. International journal of nursing studies. 1990;27(1):61-75.

- W20. Neale AV, Others A. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test [Internet]. 1990 nov [cité 4 nov 2022]. Disponible sur : <https://eric.ed.gov/?id=ED329887>
- W21. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. janv 1995;14(S2):45-60.

Annexe 4 - Bibliographie des articles de la revue de littérature

DISCUSSION

Notre étude a permis d'identifier trois outils adaptés au dépistage de la maltraitance des PA en médecine générale, par leurs critères de faisabilité. Ils exploraient la maltraitance globale sous forme de questionnaires réalisés en moins de cinq minutes. Une formation préalable était parfois requise.

Un outil de dépistage optimal requiert une bonne sensibilité et spécificité¹⁸. Dans le contexte de la maltraitance, la capacité de discrimination de l'outil (spécificité) doit être élevée. Le test aura la capacité d'identifier les personnes réellement non maltraitées afin d'éviter le déclenchement de mesures de protection juridiques lourdes de conséquences pour la PA et son entourage. Nous ne retenons pas le questionnaire VASS du fait de sa mauvaise spécificité (49%) malgré ses bons critères de faisabilité.

Les PA rencontrées en médecine générale peuvent présenter des troubles cognitifs. Le test de dépistage doit tenir compte de ce niveau cognitif. ED SENIOR AID avait la particularité de proposer un examen physique complémentaire si la personne âgée n'était pas capable de répondre au questionnaire, s'affranchissant des lacunes cognitives. Bien que cet examen puisse déceler des signes de maltraitance physique, il n'explore pas l'aspect psychologique. Or, la maltraitance psychologique est la plus fréquente¹⁹.

Seul l'outil EASI a été élaboré pour le médecin généraliste. La dernière question « Avez-vous remarqué de telles manifestations aujourd'hui ou au cours des 12 derniers mois ? » requiert le suivi du patient au long cours, rôle prépondérant du généraliste.

Un test de dépistage aboutissant à une suspicion de maltraitance facilite la discussion et permet de libérer la parole. Une interprétation objective du résultat final du questionnaire nécessite la détermination d'un seuil ou la présence de réponses discriminantes. Or, ED SENIOR AID demande au réalisateur une interprétation subjective du score final, ce qui peut être une faiblesse.

Il n'existe pas de « gold standard » pour dépister la maltraitance de la personne âgée en France. Aucune recommandation de la HAS n'a été établie. En développant un dépistage standardisé grâce à ces outils, plus de cas de maltraitance pourraient être détectés. Un repérage précoce coordonné à des interventions médico-socio-judiciaires diminuerait les conséquences de la maltraitance pour la PA. Des travaux supplémentaires semblent nécessaires pour réfléchir à un parcours de prise en charge de la PA suspecte de maltraitance. Le médecin généraliste serait plus enclin à dépister la maltraitance s'il pouvait proposer ensuite à son patient une prise en charge dédiée.

L'évaluation du niveau cognitif de la PA est un pré-requis au questionnaire de dépistage de la maltraitance. Au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), cette évaluation pourrait être réalisée en amont par une infirmière de pratique avancée ou infirmière ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe). Le médecin généraliste n'aurait qu'à réaliser ensuite le questionnaire de dépistage, dans un temps respectant la durée moyenne d'une consultation de MG (16.7 minutes)²⁰.

Des travaux futurs pourraient permettre l'implémentation des outils ED SENIOR AID et EASI en vie réelle en médecine générale. L'expérimentation en pratique réelle par des médecins généralistes permettrait de confirmer ou d'infirmer nos choix définissant un bon score de dépistage en soins primaires.

Le dépistage d'une situation de maltraitance nécessite une prise en charge en collaboration avec les acteurs sociaux et judiciaires. Dans ce sens, le gouvernement français a publié en mars 2022 un communiqué prévoyant la création d'une plateforme en ligne pour signaler les maltraitances intra-familiales ou liées aux soins. Ces signalements seront traités de manière coordonnée entre l'Autorité Régionale de Santé (ARS) et les services médico-sociaux. Un plan d'action prévoit également un renforcement budgétaire pour promouvoir le développement de la plateforme nationale 3977²¹.

Ce travail de thèse conclut notre internat de médecine générale. Il nous a permis de vivre notre première expérience d'écriture d'un article scientifique. Nous avons développé nos compétences en recherche bibliographique sur les bases de données ainsi qu'en synthèse rédactionnelle. Ce travail nous a appris à travailler en équipe. Notre soumission à la revue *Exercer* pourrait partager notre réflexion à d'autres médecins généralistes.

CONCLUSIONS DE THÈSE



Nom, prénom du candidat : Delepière Juliette

CONCLUSIONS

La maltraitance des personnes âgées est un problème de santé publique tant par sa prévalence, ses conséquences sanitaires, sociales et économiques. Différents types de maltraitance existent : les maltraitances psychologiques, financières, physiques, sexuelles ou la négligence.

A l'échelle mondiale, elle touche à ce jour environ 15% des personnes de plus de 65 ans. Cette tranche de la population pourrait passer de 900 millions à deux milliards d'ici 2050.

Le médecin généraliste est le principal acteur de la prise en charge des personnes âgées. Plusieurs outils de dépistage de la maltraitance ont été décrits dans la littérature, mais aucun n'est recommandé en médecine générale en France.

L'objectif du travail était d'actualiser les données sur les outils existants et d'en étudier les caractéristiques de faisabilité en médecine générale. Nous avons réalisé une revue de la littérature du 04 octobre 2021 au 22 avril 2022 à partir des bases de données Medline, Embase et Web of Science. Vingt scores de dépistage ont été analysés à partir de 21 articles sélectionnés selon les critères d'inclusion.

Les caractéristiques intrinsèques (sensibilité, spécificité), théoriques (type, nombre d'items, temps de réalisation) et pratiques (lieu de réalisation, population cible, niveau cognitif requis, formation) des scores ont été extraites des articles.

Les critères de bonne faisabilité d'un test de dépistage de la maltraitance des personnes âgées (en médecine générale) sont un temps de réalisation court, un nombre faible d'items, une étude de la maltraitance globale, une formation courte à la réalisation du test et une prise en compte de l'état cognitif.

Trois scores (ED SENIOR AID, EASI, VASS) regroupaient au moins quatre critères de bonne faisabilité.

ED SENIOR AID (Emergency Department Senior Abuse Identification) est un hétéro-questionnaire de six items réalisé en moins de cinq minutes. Il étudie la maltraitance globale et évalue le niveau cognitif à l'aide de l'échelle AMT4 (Abbreviated Mental Test 4). Il nécessite une formation courte et conclut à la présence ou l'absence de maltraitance. Cependant, ce score n'a pas été réalisé dans des conditions de médecine de ville. Il n'a pas été traduit en français ni étudié dans une population française.



EASI (Elder Abuse Suspicion Index) est également un hétéro-questionnaire de six items réalisé en moins de cinq minutes. Il étudie la maltraitance globale. Il évalue le niveau cognitif grâce au MMSE (Mini-mental State Examination). Aucune formation n'est nécessaire. Il a l'avantage d'avoir été conçu pour le médecin généraliste. Une question est posée directement au médecin sur la présence de manifestations de maltraitance au cours des douze derniers mois. Cela implique un suivi et une connaissance du patient que seul le médecin généraliste peut avoir. Sa traduction française validée par l'auteur rend l'étude en population française possible.

VASS (Vulnerability To Abuse Screening Scale) est un auto-questionnaire de douze items étudiant la maltraitance globale. Il évalue le niveau cognitif grâce au MMSE. Aucune formation n'est requise. Il a été validé en langue française. Cependant, il a été étudié uniquement en population française hospitalière.

L'ED SENIOR AID et le VASS ont une meilleure sensibilité que l'EASI (respectivement 94% et 90% contre 47%), ce qui est préconisé pour un bon test de dépistage. L'ED SENIOR AID et l'EASI ont une meilleure spécificité que le VASS (respectivement 84% et 75% contre 49%).

Une évaluation initiale du niveau cognitif de la personne âgée est nécessaire pour utiliser un score adapté. Devant un patient présentant des troubles cognitifs, il est plus pertinent d'utiliser l'ED SENIOR AID. L'examen clinique réalisé si la personne âgée est dans l'incapacité de répondre au questionnaire permet d'évaluer la maltraitance quel que soit son statut cognitif.

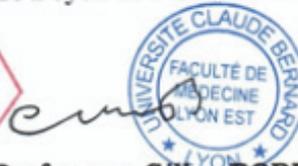
En l'absence de trouble cognitif, l'EASI et le VASS sont adaptés. L'EASI n'a pas été étudié lorsque le MMSE du patient était inférieur à 24. Le VASS n'est pas adapté aux démences sévères (MMSE inférieur à 10).

Notre revue suggère que les scores ED SENIOR AID et EASI semblent les plus adaptés pour dépister la maltraitance des personnes âgées en pratique de médecine générale. Une implémentation de ces outils serait pertinente et une traduction de l'ED SENIOR AID en français serait utile en ce sens.

Le Président de la thèse,
Pr Laurent Letrilliart

Vu :

**Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

17 NOV. 2022

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées. Juin 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> [consulté le 5 sept 2022].
2. Gouvernement du Québec. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. 2017. Disponible sur : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/plan-action-gouvernemental-contre-maltraitance-aines> [consulté le 08 septembre 2022]
3. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité. Paris, 2021. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/maltraitances-des-mineurs-et-des-majeurs-definition-partagee-et-reperes-operationnels_court_.pdf [consulté le 05 septembre 2022]
4. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5(2):e147-56.
5. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health* 2019;29(1):58-67.
6. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021;29(11):1152-9.
7. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med* 2015;373(20):1947-56.
8. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Aff (Millwood)* 2014;33(4):642-9.
9. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2021. Janvier 2022. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136#titre-bloc-29> [consulté 16 nov 2022].
10. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist* 2016;56 Suppl 2:S194-205.
11. Gouvernement du Québec. Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2e édition. Sherbrooke : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2016. Disponible sur : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aine/13-830-10F.pdf> [consulté le 05 septembre 2022]
12. Sethi D, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe 2011;86 p.
13. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998;280(5):428-32.
14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Paris : L'aide et l'action sociale en France, 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2015%20-%20L'allocation%20personnalisée%20d'autonomie%20%28APA%29.pdf> [consulté le 05 septembre 2022]
15. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du DES. Novembre 2012. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/ [consulté le 2 nov 2022].
16. Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *J Clin Nurs* 2017;26(15-16):2154-76.

17. Van Royen K, Van Royen P, De Donder L, Gobbens RJ. Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. 2020;15:1793-807.
18. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ? Mai 2004. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf [consulté le 5 juil 2022].
19. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. févr 2017;5(2):e147-56.
20. Letrilliart L, Supper I. ECOGEN : études des Eléments de la Consultation en médecine GENérale. *Revue Exercer* Volume 25. 2014. Disponible sur <https://docplayer.fr/69803274-Ecogen-etude-des-elements-de-la-consultation-en-medecine-generale.html> [consulté le 10 nov 2022]
21. Ministère de la santé et de la prévention. Dossier de Presse. Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement. Mars 2022. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ehpad_2022_accessible.pdf [consulté le 1 nov 2022].

DELEPIERE Juliette Véronique Marie

Revue des outils de dépistage de la maltraitance de la personne âgée et étude de leur faisabilité en médecine générale

RÉSUMÉ :

Contexte. La maltraitance des personnes âgées est un sujet d'actualité touchant une personne âgée sur six dans le monde en 2017. Plusieurs outils de dépistage de cette maltraitance ont été décrits dans la littérature internationale. En France, aucun outil n'est proposé au médecin généraliste malgré son rôle dans le dépistage.

Objectif. Actualiser les données sur les outils existants dans la littérature pour dépister la maltraitance des personnes âgées et en étudier les critères de faisabilité en médecine générale.

Méthode. Une revue systématique de la littérature a été réalisée d'octobre 2021 à avril 2022 selon la méthode PRISMA. Les bases de données Medline, Embase et Web of Science ont été interrogées. Les articles ont été sélectionnés après double lecture selon les critères d'inclusion. Les critères de faisabilité ont été extraits de manière indépendante par les deux chercheuses sous forme de tableaux.

Résultats. Les outils ED SENIOR AID, EASI et VASS réunissaient le plus de critères de faisabilité pertinents pour le dépistage de la maltraitance des personnes âgées en médecine générale. Ils étudiaient la maltraitance globale. Ils étaient réalisables en moins de 15 minutes. Lorsqu'une formation préalable était nécessaire, sa durée était courte. Ils évaluaient le niveau cognitif de la personne âgée. EASI et VASS ont été traduits en langue française. ED SENIOR AID et VASS avaient une sensibilité supérieure à 90%. La spécificité de VASS était insuffisante (49%).

Conclusion. Cette revue décrit les outils de dépistage de la maltraitance des personnes âgées existants dans la littérature. Les deux outils les plus adaptés à la pratique de la médecine générale sont ED SENIOR AID et EASI. La connaissance de ces outils par les médecins généralistes permettrait l'amélioration du dépistage de la maltraitance des personnes âgées. Des études d'implémentation sont nécessaires pour permettre leur utilisation.

MOTS CLES : Maltraitance personne âgée, dépistage, faisabilité, médecine générale

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur	LETRILLIART Laurent
Membres :	Monsieur le Professeur	COLIN Cyrille
	Monsieur le Professeur	FANTON Laurent
	Madame la Professeure	DALIGAND Liliane
	Madame le Docteur	PERROTIN Sofia
	Madame le Docteur	SEVIN Carla

DATE DE SOUTENANCE : 05/01/2023

9 rue Mortier 69003 LYON
ju.delepiere@yahoo.fr