



Extrait du Medileg

<https://www.medileg.fr/Maltraitance-personnes-agees>

Maltraitance personnes âgées

- Enseignement - Médecine légale clinique -

Date de mise en ligne : vendredi 11 décembre 2015

Medileg

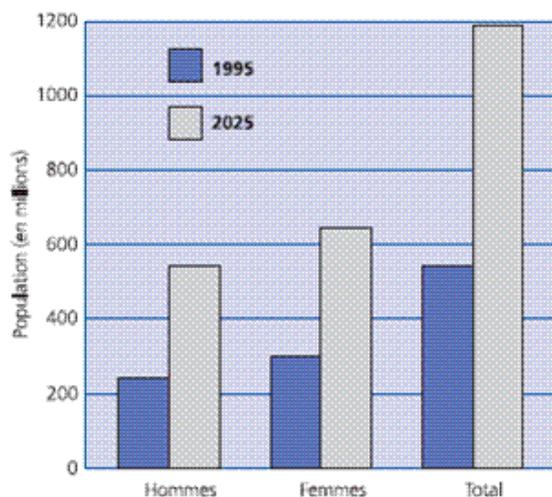
1. Introduction

Phénomène pris en compte seulement depuis le dernier quart du XXème siècle (1ère description en 1975 dans une revue scientifique britannique sous le terme de « granny battering »). Il touche l'ensemble des pays (pays développés et en voie de développement) comme l'ont montré à plusieurs reprises les rapports de l'ONU.

Les comparaisons entre les différents pays sont toutefois difficiles compte tenu d'une part de l'absence de définition précise de la maltraitance et d'autre part en raison de l'absence de consensus concernant l'âge de début de la « vieillesse » 65 ans plus ou moins.

Toutefois, la maltraitance envers les personnes âgées ne peut être qu'un problème de santé publique et judiciaire grandissant au regard de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans le monde. Selon les chiffres de l'ONU le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait plus que doubler dans le monde.

Croissance projetée de la population mondiale âgée de 60 ans et plus, 1995-2025



Source : Division de la population des Nations Unies, 2002.

2. Définition

2.1. Violence / Maltraitance

- ▶ **Conseil de l'Europe 1992** « *Tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ».
- ▶ **L'ONU** a défini la violence envers les personnes âgées d'une manière large : « *la violence fait référence à tout acte de nature à entraîner, ou risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique* ».

que privée ».

- ▶ **Déclaration de Toronto 2002** « un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée »

2.2. Vulnérabilité

Si la maltraitance envers la personne âgée n'est pas considérée à part entière par le législateur, la vulnérabilité est une circonstance aggravante de nombreux délits et crimes, l'âge entre autre pouvant être un élément de vulnérabilité.

Elle est définie dans de nombreux articles, en particulier du Code Pénal comme par exemple l'article 311-4 CP « l'état d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse (...) »

Ainsi le droit pénal a intégré la personne vulnérable et plus généralement la victime dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique ou mental de celle ci une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction articles 222- 3, -4, 8, -10, -12, 13,-14, -24, -29, 223-15-2 ; 225-7 ; -12-1 ; 313-2 ; 314-2 ; 322-3, CP : « Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur »

La vulnérabilité dans le cas de violence est un critère de dérogation au secret professionnel : l'article [226-14 du code pénal](#) offre une possibilité de révéler aux autorités médicales, administratives et judiciaires le cas de personnes adultes vulnérables.

3. Les différentes classifications

Plusieurs classifications existent selon les critères retenus :

- En fonction du milieu : violences intra familiales ou extra familiales (comprenant violences en institution)
 - En retenant la notion de l'intentionnalité : les actes « commis » comme les violences et « abus », et les actes « omis » comme les négligences.
- ▶ En 1987, l'**American Medical Association** a distingué 7 grands types de maltraitance (« Elder abuse and neglect » JAMA 1987, 257(7)) :
- Violences physiques : crimes, entraves à la liberté type contraintes physiques, sévices corporels (brulures, escarres non ou mal soignés, coups et blessures,...) et violences sexuelles
 - Violences psychologiques, affectives ou morales entraînant des souffrances émotionnelles et psychiques : violences verbales, humiliation, exclusion affective, dénigrement, propos injurieux, chantage, menace, infantilisation privation des visites de la famille et des amis,
 - Violences financières : vol, extorsion de fonds, signature forcée, héritage anticipé, procuration abusive, escroquerie, non respect ou spoliation des biens ou du logement, privation des moyens de paiement...
 - Violences civiques : privation des droits élémentaires du citoyen, interdiction de voter, privation des papiers d'identité, non respect du libre choix du mode de vie (placement autoritaire) et de l'intimité, entraves à la liberté

d'aller et venir, mise en oeuvre abusive d'une mesure de protection juridique, ...

- Violences médicales : manque de soins, abus ou privation de médicaments, traitement non respecté ou imposé, manque d'information, manque de soulagement de la douleur, manque de coordination dans les soins...
- Négligences actives : privation des aides indispensables à la vie quotidienne "avec intention de nuire" (privation de nourriture, de vêtement, de soin d'hygiène), absence de prise en compte des besoins de la personne âgée,
- Négligences passives : oubli, manque de prise en compte des besoins "sans intention de nuire" : manque, dysfonctionnement ou inadaptation du matériel (logement, nourriture, vêtements, produits d'hygiène, chauffage ou ventilateur, fauteuil roulant...), manque de confort, manque ou absence d'aide pour le lever et le coucher, la toilette, l'habillage, la marche, pour manger, boire ou aller aux toilettes, manque de stimulation, manque de sorties ou d'occupations...

► Classification du Conseil de l'Europe (1992) :

- Les violences physiques : coups, brûlures, ligotage, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtre dont euthanasie ;
- Les violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales ;
- Les violences matérielles et financières : vols, exigences de pourboire, escroqueries diverses, locaux inadaptés ;
- Les violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitement sédatif ou neuroleptique, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur ;
- Les négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec l'intention de nuire ;
- Les négligences passives : relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ;
- La privation ou la violation des droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse

4. Chiffres de la violence

En France, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16% de la population. 6% vivent en institution.

Si des enquêtes nationales se sont intéressées aux violences faites aux femmes par exemple, la maltraitance envers les personnes âgées n'a fait l'objet d'aucune enquête nationale en France. Le problème ne peut être alors abordé que par le biais d'estimation, de sources diverses (DGAS, Justice, Ministère de l'intérieur, Associations...). A partir de ses sources et d'enquêtes étrangères, une estimation indiquerait que la maltraitance des personnes âgées toucherait en 2004, plus de 600 000 personnes en France , soit 5% de la population âgée de plus de 65 ans et près de 680 000 personnes de plus de 75 ans subiraient des maltraitances .

Les études se sont intéressées majoritairement aux maltraitances au domicile et en milieu intra familial de la personne âgée.

En Norvège, une étude menée par Ida Hyde entre 1984 et 1986 montrerait que 1 à 2,8% des patients âgés visités par des services de soins à domicile seraient victime de violences de la part d'un ou des membre(s) de leur famille.

Aux Etats-Unis, plusieurs études ont été menées. Le National Aging Resource Center on Elder Abuse estimait en 1991 une incidence national de 842000 personnes âgées souffrant d'auto négligence et de 735000 d'autres formes

d'abus. Pillemer estimait en 1988 que seul un cas sur 14 de maltraitance envers les personnes âgées était signalé.

Au Canada , une enquête téléphonique réalisée en 1992 auprès de 2000 personnes âgées rapporte une incidence de 4% de personnes déclarant avoir été maltraité de la part d'un ou des membre(s) de leur famille ou d'un soignant avec une proportion de 2,5% de violences financières, 1,4% de violences psychologiques. Cette même étude estimait qu'un cas sur 20 de violence financière était signalé.

En France l'incidence des maltraitements pour les personnes âgées de plus de 65 ans, serait comprise entre 2 à 10% selon les études et le type de violences prises en comptes. En 2002, le réseau associatif ALMA recensait 1593 situations de maltraitements dont 71% concernait des personnes vivant à domicile. Les victimes sont en majorité des femmes (71%), âgées (plus de 75 ans), veuves, vivant en famille, disposant de biens ou de ressources et souvent dépendantes d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne. Les auteurs sont principalement des membres de la famille, l'entourage non familial, le voisinage (près de 20%), et les personnels soignants au domicile ou en institution. En 2007, ALMA rapportait 11308 appels.

En 2002, 219 signalements concernant des personnes accueillies en établissements ont été transmis à la Direction Générale en action sociale dont 13% (28 signalements) concernaient des établissements accueillant des personnes âgées.

5. Les facteurs de risques

5.1. La personne âgée elle-même

La religion, l'éducation, le niveau économique et l'abus d'alcool de la victime ne sont pas des facteurs de risque significatifs. Et le rôle de l'âge, de la classe sociale et de l'origine ethnique n'est pas clairement établi.

Par contre sont reconnus comme facteurs de risque par différents études les éléments suivants :

- Veuvage récent, sexe féminin
- La polypathologie et le polyhandicap, générant une dépendance importante
- Les troubles cognitifs
- L'isolement social
- La négligence dans la gestion de ses biens et de ses comptes
- Le refus de vieillir
- La culpabilité d'être à charge
- L'agressivité, la dépression

5.2. L'entourage familial/ facteurs de risque concernant les aidants (caregiver)

Le stress, comme facteur de risque est souvent avancé comme facteur prédisposant pour les aidants. Toutefois il n'a pas été démontré comme facteur pouvant favoriser les actes de violence

Les facteurs de risque retrouvaient dans les différentes études , sont :

- l'alcoolisme, toxicomanie,

- problèmes financiers et judiciaires,
- fragilité psychologique et pathologie psychiatrique,
- antécédents de violence familiale ou conjugale,
- épuisement physique et nerveux des parents et surinvestissement affectif qui s'occupent de la personne âgée.

Selon les études, les enfants seraient les maltraitants dans 30 à 33%, les conjoints dans 14% à 15% et les autres parents dans 13 à 20%

Le sexe du maltraitant n'est pas significatif.

5.3. L'environnement

Les maltraitances existent dans toutes les institutions : maison de retraite, maison de convalescence, hôpitaux.

L'OMS retient comme facteurs de risques de violence et de négligence dans les institutions :

- « *Prestation de soins - par exemple, résistance à l'évolution de la médecine gériatrique, soins moins individualisés, alimentation inadéquate et soins infirmiers déficients (comme le manque d'attention aux escarres).* »
- *Problèmes de personnel - par exemple, stress lié au travail et épuisement professionnel, mauvaises conditions de travail sur le plan matériel, formation insuffisante et problèmes psychologiques dans le personnel.*
- *Difficultés dans les interactions entre personnel et résidents - par exemple, mauvaises communications, agressivité de la part des résidents et différences culturelles.*
- *Environnement - par exemple, manque d'intimité élémentaire, installations délabrées, utilisation de moyens de contention, stimulation sensorielle insuffisante et tendance aux accidents dans l'établissement.*
- *Politiques organisationnelles - par exemple, politiques favorables à l'établissement, qui donnent peu de choix aux résidents quant à leur vie quotidienne ; attitude bureaucratique ou indifférence à l'égard des résidents ; pénurie de personnel ou roulement important ; fraude sur les biens ou l'argent des résidents ; et absence de conseil des résidents ou des familles des résidents. »*

6. Sous-déclaration des violences

Plusieurs raisons sont avancées à cette sous déclaration des violences.

6.1 Du fait la victime

Plusieurs éléments sont à l'origine d'une sous déclaration :

- Crainte pour sa sécurité,
- Peur ou menace de placement en institution,
- Craintes de poursuites judiciaires envers l'agresseur (famille),
- Honte, embarras,
- Culpabilité ou embarras de leur dépendance ou d'être à l'origine des problèmes,
- Déni de la maltraitance,
- Acceptation ou occultation,

- Méconnaissance ou non connaissance des ressources possibles.

â€” > Perte d'espoir de changement ou de solution.

6.2 Du fait de l'agresseur

Il est noté alors :

- Dénier ou minimisation de la violence,
- Bloquer l'accès aux soins à la personne âgée,
- Majorer son isolement social.

6.3 Du fait du personnel soignant

L'ensemble des études montrent que le personnel soignant est à l'origine d'un très faible nombre de signalement malgré leur position privilégiée. Tarata montrait en 1993 que les signalements étaient réalisés dans 18% des cas par les professionnels de la santé et dans 15% par des membres de la famille.

Sont retenus les éléments suivants pouvant être à l'origine de cette sous déclaration :

- Malaise à discuter de la maltraitance
- Manque de temps et d'espace
- Peur d'engendrer la colère de l'agresseur
- Peur d'altérer la relation avec le patient/client
- Implications juridiques (témoignages etc.)
- Manque de confiance dans le système social et juridique
- Incompétence : méconnaissance du phénomène, absence de formation ou de protocole

► **Place des Médecins** dans la reconnaissance de la Maltraitance envers les personnes âgées

De nombreuses études montrent la sous déclaration de la part des médecins des maltraitances envers les personnes âgées, malgré leur place « privilégiée » face à ce problème. Une étude américaine menée sur 5 ans montrait que les signalements de maltraitance envers la personne âgée étaient effectués par les médecins dans seulement 2% des cas .

Le médecin apparaît au vu de ces chiffres très indifférents à ce problème de société et de santé publique.

Une étude américaine à Seattle en 1992 concernant des professionnels de santé indiquait que :

- 71% pensent être trop occupés pour s'occuper des problèmes familiaux
- 50% ont peur d'offenser la victime
- 55% ne s'estiment pas préparés à gérer cette situation
- 61% n'ont reçu aucune formation

D'autres études ont mis en évidence de nombreuses raisons à cette sous déclaration par le médecin :

- Le manque de définition claire et précise
- La méconnaissance de ressources disponibles ou adéquates ou le manque de confiance dans ces services ressources,
- La contrainte temporelle,
- L'absence de familiarité envers les dispositifs légaux,
- L'absence de formation/ formation insuffisante ou la croyance de la nécessité d'une formation spécialisée, l'absence de protocole ou de guide pratique,
- Les liens de soignant avec la personne maltraitante et la personne maltraité,
- Résistance à s'immiscer dans la vie privée et la résistance des patients ou des familles à l'intervention du médecin,
- Le déni du patient En France est mise aussi en avant la position particulière ambiguë du médecin pris entre le serment d'Hippocrate lui inculquant de ne pas s'immiscer dans la vie privée du malade et l'obligation du signalement.

7. Dépistage et évaluation clinique

7.1. Manifestations cliniques

Il est important de retenir qu'il n'existe pas de signes spécifiques.

► **Négligence**

- Apparence générale de la personne âgée :
- Escarre non traité,
- hygiène déplorable, état dentaire
- dénutrition,
- non suivi ou traitement inadapté

► **Signes traumatiques**

Stigmates rapportés à des chutes doivent faire évoquer une possible maltraitance : fractures, contusions, dermatites, traumatisme crânien, lacérations...

- Origine Accidentelle chute : lésions de même âge unilatérale, en regard des reliefs osseux
- Maltraitance, violence : lésions d'âges différents, topographie bilatérale et antérieure et postérieure, non en regard de reliefs osseux, zone suspectes (poitrine, face interne des membres, zone de prise...) fractures inexplicables
- Lésions non expliquées ou explication non compatible.
- Recherche de lésions vaginales ou anales
â€" > Faire un examen complet. Décrire les lésions (localisation, forme, couleur taille..)

► **Violences psychologiques** : interrogatoire, syndrome dépressif, tentative de suicide...

7-2 Evaluer la vulnérabilité (en plus de l'âge)

Il est indispensable d'évaluer cette vulnérabilité (signalement et circonstance aggravante)

- Réaliser un MMS +/- Nécessité d'un examen neuropsychologique.
- Evaluation de la dépendance fonctionnelle (Barthel, MIF) et du handicap
- Evaluation sociale (ressources sociales et financières)

7-3 Rechercher les conséquences sur l'état de santé de la personne âgée

Les violences sont à l'origine de nombreux troubles :

- Mortalité augmentée : Un risque accru de mortalité et morbidité : Dans une étude longitudinale concernant les personnes âgées de plus de 65 ans, à 13ans d'étude, 9% des personnes âgées victime de maltraitance étaient vivantes contre 41% des personnes âgées non victimes de violence .
- Morbidité augmentée et une augmentation de consommation de soins : ces patients consultent beaucoup plus pour des plaintes multiples (asthénie, céphalées, troubles intestinaux) .
- Stress post traumatique et dépression : de nombreux auteurs ont montré que les personnes âgées victimes de violence présentaient des troubles psychologiques à type de syndrome dépressif et anxieux.

Penser à la maltraitance quand :

- Absence de contact visuel
- Conduites évasives
- Indifférence à autrui
- Explications des blessures variables dans le temps et entre l'agresseur et la victime
- Des consultations répétées (aux urgences,...)
- Plaintes indirectes : fatigue, céphalées, myalgies, troubles digestifs, chutes, incontinence etc.

► Recherche les signes de

- Violences physiques : ecchymoses, fractures, plaies, morsures, brûlures etc.
- Négligence : déshydratation, dénutrition, hygiène déficiente, habits désadaptés, escarres non traitées ou infectées, macération pelvienne etc.

Comment s'y prendre :

► Interroger l'agresseur et la victime séparément

► Par un professionnel expérimenté

► Examiner la personne âgée en privé :

- Examen complet de la personne âgée
- Approche prudente, instauration d'un climat de confiance et questions ouvertes (s'intéressant à l'environnement du patient, à son état de santé et à l'origine possible des lésions). Rechercher les facteurs de risque(troubles cognitifs, dépendance, situation financière), l'épuisement et les facteurs de stress de la victime.

► Avec l'agresseur présumé :

- Contact prudent et ouvert, Sans jugement :
 - Collaborateur unique des soins
 - Risque de bloquer l'accès à la victime
- Apprend à préparer ses réponses
- Rechercher les facteurs de risque

Indicateurs de la maltraitance des personnes âgées				
Indicateurs relatifs à la personne âgée				Indicateurs relatifs au soignant
Physiques	Comportementaux ou psychologiques	Sexuels	Financiers	
<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions physiques • Chutes et blessures inexplicables • Brûlures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel • Coupures, marques de doigts ou autres preuves de contention • Trop de prescriptions à répétition ou pas assez de médicaments • Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale • Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène • La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil • Peur, confusion ou air de résignation • Passivité, repli sur soi-même ou dépression de plus en plus marquée • Sentiment d'impuissance, de désespoir ou d'anxiété • Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale • Hésitation à parler franchement • Évite les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant • La personne âgée est tenue isolée par d'autres 	<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions sexuelles • Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée • Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité, repli sur soi-même ou automutilation • Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables • Infections génitales récurrentes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale • Sous-vêtements déchirés ou tachés, notamment de sang 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraits d'argent irréguliers ou atypiques de la personne âgée • Retraits d'argent ne correspondant pas aux moyens de la personne âgée • Modification d'un testament ou changement de titre de propriété pour léguer une maison ou des biens à de nouveaux amis ou des parents • Disparition de biens • La personne âgée ne retrouve pas des bijoux ou des biens personnels • Transactions suspectes sur le compte de la carte de crédits • Manque de confort, alors que la personne âgée pourrait se l'offrir • Problèmes médicaux ou de santé mentale non soignés • Le niveau de soins ne correspond pas au revenu ou aux biens de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> • Le soignant semble fatigué ou stressé • Le soignant semble trop intéressé ou pas assez • Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence • Le soignant se montre agressif • Le soignant traite la personne âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante • Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui • Le soignant ne veut pas que la personne âgée ait un entretien avec quiconque seule • Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être hostile ou évasif • Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée

8. Intervention en cas de suspicion de violences

8.1. Questions à se poser :

-* Le patient est-il immédiatement en danger ?

- S'interroger sur les fréquences des violences, des risques de récurrences.
- Le patient a-t-il conscience des risques encourus et peut-il prendre une décision ?
- Évaluer l'état cognitif du patient et son état psychologique.
- Évaluer l'état de santé du patient et se poser la question des conséquences possibles des violences sur cet état de santé.

8.2 Différents moyens

Hospitalisation :

- Soustraction à l'environnement maltraitant
- Occasion d'enquête (sociale +/- judiciaire)
- Traitement des conséquences des abus
- Limites :
 - Droit de visite à conserver (toute interdiction de visite constituerait une atteinte à la présomption d'innocence).
 - Peut être interrompue à tout moment par l'entourage qui peut être l'agresseur.

Judiciaire :

- La personne de confiance ([art 1111-6 CSP](#))
- [Sauvegarde de justice dit médicale \(art. L3211-6 CSP\)](#) : mesure d'attente ou d'urgence
- [Mesure de protection juridique](#) (Loi du 5 mars 2007) : cette demande d'un régime de protection se fait auprès du Procureur de la République / saisi du juge des tutelles qui a alors plusieurs mesures à sa disposition :
 - [Sauvegarde de justice dite judiciaire](#)
 - Curatelle ([article 133" class='spip_out'>art 490 CC](#))
 - Tutelle (art 490 et [492 CC](#))
- Signalement judiciaire oral et écrit auprès du Procureur de la République (â€" > diligentera une enquête +/- saisi d'un juge d'instruction.) : L'[article 226-14 CP](#) autorise le médecin à signaler des sévices et privations sur personnes vulnérables ; [L'article 44](#) du code de déontologie incite fortement au signalement. « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.* »
- Signalement auprès de la Direction Générale à l'action sociale en cas de violence en institution : possibilité de fermeture de l'institution par le Préfet. (Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002)

► Placement en institution :

- Mesure restrictive de liberté
 - Indication limitée, à ne prendre qu'en dernier recours
-

Bibliographie

- Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. Clin Geriatr Med. 2005 ; 21:293-313
- HUGONOT Robert, "La vieillesse maltraitée", Dunod
- Joël ME. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 Commission « personnes âgées et personnes handicapées. 2005.
- Kleinschmidt KC Elder Abuse : a review. Ann Emerg Med 1997, 30(4) : 463-472
- Krueger P, Patterson C. Detecting and managing elder abuse : challenges in primary care. Can Med Assoc J. 1997 ; 157 (8) : 1095-1100
- Lachs MS, Pillemer K Abuse and neglect of elderly persons. The New England Journal of Medicine ; 332 (7) : 437-443
- Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse the Lancet 2004 364 : 1263-1272
- Lachs MS, Williams CS, o'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA, 1998

; 280(5) : 428-432

- OMS Rapport mondial sur la violence et la santé 2002.
- Madden C. Elder abuse in the United States. J Clinical Forensic Med. 1995 ; 2:1-8
- Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. Journal of Elder Abuse and Neglect, 1990, 2 : 5-30.
- Podnieks E : National survey on abuse of the elderly in Canada. J Elder Abuse Neglect, 1992 ; 4 : 5-58
- Roche J. Violences envers les personnes âgées Rev. Prat. 2004 ; 54 (7) : 742-749
- Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults. : the role of physicians. J Am Geriatr Soc. 1996 ; 44 : 65-70
- Rosenblatt DE. Elder Abuse. What can physicians do ? Arch. Fam Med . 1996 ; 5:88-90
- Sugg NK, Inui T : Primary care physicians' response to domestic violence. JAMA 1992 ; 267:3157-3161
- Tataru T. Understanding the Nature and scope of domestic elder abuse with the use of state aggregate data : Summaries of the key findings of a national survey of state APS and Aging Agencies. J Elder Abuse neglect. 1993 ; 5 : 35-57