

UNIVERSITE DE PARIS DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE

Année universitaire 2011-2012

MÉMOIRE DE DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE PSYCHOGÉRIATRIE :

L'approche des personnes âgées difficiles
(Diagnostic et prise en charge médicale)

Les femmes victimes de violence conjugale dans un
contexte de démence:

3 situations difficiles vécues par l'unité mobile de
gériatrie

Présenté et soutenu publiquement le

Au centre hospitalier Sainte Anne

Par Docteur Anne Le Néchet

Née le 29/08/1971

Médecin praticien hospitalier gériatre au centre hospitalier d'Antibes Juan les Pins (06).

SOMMAIRE

1. introduction
2. Situations 1 et 2, ou comment ces situations ont justifié le thème de ce mémoire?
3. données de la littérature
4. Situation 3, ou comment ne pas répéter l'échec?
5. Discussion
6. conclusion

1. introduction

La situation des femmes victimes de violence au sein du couple, de surcroît dans un contexte de démence, présente une complexité clinique, sociale et juridique. L'unité mobile de gériatrie a été confrontée à cette situation à trois reprises au cours des années 2010 et 2011: les deux premières situations nous ont beaucoup interrogées, compte-tenu de l'évolution rapidement défavorable de l'état des patientes que nous avons prises en charge, nous les décrivons avant d'analyser plus en détail la situation du troisième couple, que nous suivons toujours et pour lequel il reste encore un questionnement concernant les décisions à prendre.

La violence conjugale envers des femmes démentes comporte des situations qui peuvent être très différentes les unes des autres: de la violence de toute une vie, qui se poursuit dans le contexte de démence, à la violence apparue dans le contexte de démence.

Elle interroge les soignants sur leur place dans ce contexte: la notion du secret est importante: dans l'échange entre le patient et le médecin, le travailleur social ou l'infirmière, ce qui est confié est voué à rester confidentiel à la demande du patient, ainsi que ce qui est caché mais néanmoins arrivé à la connaissance du médecin.

Qu'en-est-il dans le contexte de démence: alors que la patiente revendique son droit à continuer à vivre son choix et souvent nier la situation de violence, la notion de personne vulnérable impose au médecin hospitalier de signaler les situations de maltraitance à la justice, le délivrant du secret médical. Alors que la maladie laisse aux individus leur tempérament, et qu'il existe donc autant de cas et d'approches personnalisés, la réponse juridique s'applique sur un mode plutôt binaire, et aboutit à la séparation du couple, séparation qui peut décompenser totalement l'état psychologique de la femme, ce qui s'est passé concrètement lors de nos deux premières prises en charge.

2. Cas cliniques 1 et 2, ou comment ces situations ont justifié le thème de ce mémoire?

2.1. L'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) : description succincte et mode de fonctionnement:

L'UMG a été créée sur le Centre Hospitalier d'Antibes Juan les Pins en 2007: on ne pouvait alors parler d'équipe puisque elle était composée initialement d'une seule personne, une assistante sociale.

Sa mission, inscrite dans le projet d'établissement, était d'éviter les hospitalisations de personnes âgées arrivant aux urgences, présentant un syndrome gériatrique (troubles cognitifs, chutes à répétition, isolement socio familial...) conduisant à une inadéquation avec le lieu de vie habituel, mais ne relevant pas d'une hospitalisation en l'absence de problème médical aigu la justifiant. L'équipe a été renforcée par une IDE en 2008, puis par un médecin gériatre en 2009. J'en occupe les fonctions à mi-temps depuis cette époque.

Nous intervenons, compte-tenu de la mission, de manière très largement majoritaire dès l'arrivée de la personne âgée aux urgences (80% de notre activité). Nous réalisons une évaluation médico-sociale (évaluation gériatrique standardisée a minima, évaluation sociale: évaluation du lieu de vie, aides formelles et informelles en place, évaluation des ressources financières), et proposons au décours de la synthèse médico-sociale une prise en charge la plus adaptée possible (organisation d'un retour au domicile avec mise en place d'aides adaptées et lien avec les intervenants extrahospitaliers, orientation vers un SSR ou vers un EHPAD).

Le contexte de violence est fréquemment rencontré par l'équipe, souvent sous-tendu par des formes de maltraitance financière, associée régulièrement à des maltraitances à la personne sous forme de négligence et prise en charge inadaptée. Le recours au signalement au procureur n'est pas négligeable (7 situations en 2011), mais les cas de violence physiques conjugales avérées que nous allons développer ici ont particulièrement interrogé l'équipe au cours des années 2010- 2011, en raison de l'évolution défavorable des deux premières histoires.

2.2 Cas cliniques :

Cas clinique N° 1: Mr et Mme B, ou l'histoire d'une violence conjugale probablement sous-tendue par l'épuisement de l'aidant.

- Mme B. âgée de 77 ans est hospitalisée la première fois le 22/03/2010, dans le service de court séjour gériatrique, pour maintien à domicile difficile, dans un contexte d'altération de l'état général, amaigrissement de 18Kg et troubles cognitifs.
- On retrouve dans son dossier les antécédents suivants : Troubles cognitifs évoluant depuis environ 1 an, Chirurgie thyroïdienne pour nodule, Hystérectomie pour fibrome, Chirurgie de cataracte bilatérale.
- Elle vit au domicile avec son époux. Le couple n'a pas eu d'enfant. Il n'y a aucune aide en place au domicile.
- Durant l'hospitalisation en court séjour, plusieurs diagnostics sont posés : maladie d'Alzheimer, sigmoïdite diverticulaire, fécalome, et dénutrition (albumine à 30, amaigrissement sévère).

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé devant l'existence de troubles cognitifs chroniques, et d'un bilan neuropsychologique réalisé durant l'hospitalisation (avec une interprétation discutable compte-tenu d'une très probable part confusionnelle et d'une passation des tests difficile en raison d'une opposition de la patiente). Ce bilan conclut à « l'existence d'une détérioration sévère du niveau cognitif global, chez une patiente désorientée, présentant des troubles de l'encodage, de la récupération (non facilitée par l'indiçage sémantique), des troubles de la mémoire de travail, une apraxie visuo-constructive. Les examens complémentaires habituels n'ont pas montré d'anomalie particulière. La patiente est mise sous MEMANTINE.

- Sur le plan social et environnemental, le courrier adressé à son médecin traitant à la sortie signale : « en accord avec son époux, elle regagne le domicile avec aides mises en place, son époux ne souhaitant pas pour l'instant un placement en institution. Au vu des troubles cognitifs déjà très importants présents, nous l'avertissons de la précarité de ce retour à domicile, et de l'aggravation probable des troubles cognitifs de sa femme afin qu'il puisse prévoir un éventuel placement en maison de retraite ». La cadre de santé du service fait le lien avec le CLIC avant sa sortie car « Mr B a l'air épuisé et dépressif ». Elle contacte elle-même l'association d'aide à domicile pour courses, ménage, et aide à la personne.

- Mme B est ré hospitalisée moins de 15 jours plus tard, le 15/04/2010, pour « placement », dans le même service.
- Les soignants notent dans le dossier de soins, cible « comportement » : « veut rentrer chez elle, très pénible, a été retrouvée dehors, veut aller retrouver son mari...très difficile à

gérer ». Sous ce même item, on retrouve au cours de l'hospitalisation « comportement plus calme ».

- L'assistante sociale de l'unité mobile prend en charge la situation, et résume ses interventions dans le dossier :

Première rencontre avec Mr B. pour demande des pièces justificatives pour le dossier d'inscription en EHPAD.

Lors du deuxième rendez-vous, en début d'entretien, Mr B exprime son souhait d'un placement, plusieurs propositions d'établissements lui sont faites. Durant le même entretien, Mr B ne souhaite plus de placement, avançant l'argument financier. L'assistante sociale lui conseille néanmoins de faire des inscriptions en EHPAD. Elle prend contact avec le CLIC, qui connaît le couple et qui signale que « Mr B est ambivalent, il refuse l'APA, refuse de divulguer ses ressources et a expulsé l'association de maintien à domicile » mise en place à la sortie de la dernière hospitalisation.

- Le 23/04/2010, Mr B contacte de nouveau le CLIC pour organiser la sortie de l'hôpital de son épouse : il refuse tout placement en maison de retraite en raison du coût financier. Il s'engage à reprendre contact avec le prestataire d'aide à domicile pour un passage quotidien, et un passage biquotidien avec l'infirmière libérale. Il serait alors favorable à une demande d'APA mais refuse de communiquer ses revenus.

Un entretien avec l'équipe médicale et sociale du service a lieu le 26/04/2010 pour formaliser ces engagements.

- La patiente regagne son domicile le 28/04/2010. Le courrier de sortie précise « nous avons pu constater l'agressivité du mari et son ambivalence : rester vigilant car risque de maltraitance ».

- Elle est ré hospitalisée le 01/05/2010 pour suspicion de maltraitance de la part de son époux :

- Les transmissions de l'infirmière libérale du domicile sont les suivantes : « il y a quelques jours il a menacé de l'étrangler, et ce matin il m'a dit avoir craqué hier soir et lui avoir donné un coup de poing ». L'infirmière libérale a averti Mr B qu'elle faisait hospitaliser son épouse, et allait signaler les faits au commissariat de police. Il est mis en garde à vue, dont il ressort rapidement. Elle est hospitalisée sur les lits portes des urgences, où l'équipe mobile de gériatrie est appelée. Je la vois pour la première fois lors de cette hospitalisation.

- L'évaluation gériatrique montre :
 - L'absence de troubles de l'équilibre malgré une marche en dorsiflexion à 90°, réductible mais permanente.
 - La dénutrition déjà connue
 - L'absence d'incontinence urinaire
 - Un état buccodentaire correct
 - L'absence de troubles sensoriels
 - Des lésions cutanées (hématomes) multiples, diffuses sur tout le corps (para dorsale droite, para dorsal gauche, para lombaire droite, en regard de la fesse droite, para trochantérienne), et avec notamment un hématome de 3cm sur 3,5 sur le front.
 - Sur le plan cognitif, elle est orientée dans l'espace, un peu désorientée dans le temps, elle présente un discours incohérent, et le testing mnésique n'est pas réalisable.
 - Elle est très angoissée par la situation, déambule dans le service, est sur la défensive quand on lui parle de ses hématomes « mon mari n'a rien fait, je me suis cognée dans une porte et je suis tombée par terre » ...puis « si vous voyez mon mari, dites-lui que je ne lui garde pas rancune »... « ça fait longtemps qu'on n'a pas été fâchés aussi gravement »...
- L'infirmière du domicile, contactée par téléphone, nous rapporte que quelques jours auparavant, il lui avait dit lors d'un soin d'hygiène « ébouillantez la avant que je ne le fasse... ».
- En accord avec le médecin chef de service, Mme B est hospitalisée en SSR, et l'Unité Mobile de Gériatrie contacte les intervenants au domicile, afin de coordonner le signalement au Procureur de la République, afin d'obtenir la protection juridique de Mme B. Le signalement de l'infirmière fera état de la solitude de Mr et Mme B : « ils vivaient seuls, sans famille, un seul couple d'amis (des voisins) » et que « l'appartement était très sombre car les volets restaient tout le temps fermés, et que Mr B avait sécurisé tout l'appartement : grille à chaque fenêtre, portes blindées, 5 verrous à la porte d'entrée... ». Mr B lui avait dit « qu'il n'avait confiance en personne ». Lors de la préparation de la deuxième sortie, après l'entretien avec l'équipe médicale « Mr B. exprimait déjà son énervement et son épuisement vis-à-vis de sa femme, et qu'il aurait du mal à la supporter ». L'infirmière avait de nouveau contacté le CLIC pour leur signaler son inquiétude. Le rendez-vous envisagé avec l'assistante sociale du CLIC n'a pas eu lieu, Mme B ayant été ré-hospitalisée avant.

- En début d'hospitalisation, les transmissions ciblées relatent un état d'opposition aux soins, avec troubles du comportement (déambulation et agitation). Mme B fait dans les premiers jours d'hospitalisation deux chutes. Son mari, régulièrement présent est décrit comme « très demandeur pour un transfert à l'EHPAD publique hospitalière (située en dehors du centre hospitalier), critiquant nos soins, et faisant des allusions sur la qualité de nos soins ». Le 21/05/2010, elle est admise sur un lit d'EHPAD mais situé dans le service SSR (son mari accepte). Son traitement comporte SERESTA®, TOPALGIC®, EBIXA®, EXELON®
- Deux mois après le début de son hospitalisation apparaissent les escarres, un refus d'alimentation, des douleurs, la persistance d'une opposition aux soins. En octobre, elle présente un état de rétention urinaire dans un contexte infectieux et présente rapidement des troubles de conscience.
- Le 29 octobre, son mari est convoqué par le tribunal de grasse pour expertise psychiatrique, dont le rendez-vous est fixé au 6/11/2010.
- Mme B. décède le 28/11/2010.

Cas clinique N° 2: Mr et Mme D, ou l'histoire d'une violence conjugale ancienne, où la vulnérabilité de Mme nous amène à intervenir.

- Mme D. est connue de l'hôpital avant notre intervention :
 - Elle est venue en Août 2010 en consultation mémoire. Le médecin trouve un MMS à 20/30, un test de l'horloge à 3/7 et une épreuve des 5 mots à 8/10 (troubles de type hippocampiques). Mme D. est totalement anosognosique, et dépendante selon les IADL. Des examens complémentaires sont prescrits, elle ne revient pas à sa deuxième consultation.
 - Elle était déjà passée à 3 reprises aux urgences depuis 2009 pour :
 - Une chute dans sa baignoire avec douleurs costales et vertébrales (est partie très rapidement sans attendre les soins) (aout 2008)
 - Une plaie de l'avant-bras « avec une assiette » ayant nécessité une suture (05/2010)
 - Une chute avec plaies des faces antérieures du bras droit et de la jambe gauche ayant nécessité des sutures, et un hématome occipital, chute compliquée d'un malaise d'allure vagal. (25/04/2011).
 - Elle est ré hospitalisée le 29/04/2011 pour suspicion de violences conjugales : à son arrivée, elle présente des hématomes au niveau de la face, des plaies du bras droit, des deux jambes (ayant nécessité des sutures) et un hématome de la hanche G, et on retrouve les cicatrices plus anciennes.
- L'Unité Mobile de Gériatrie intervient le 02/05/2011 à la demande du service de chirurgie où elle est hospitalisée. Nous recueillons les informations suivantes :
 - Mme D. est mariée, vit au domicile avec son conjoint, et a deux filles (hors département). Elle a été adressée par l'IDE libérale intervenant au domicile pour suspicion de violence conjugale.
 - Son dossier fait mention des antécédents suivants :

Coronaropathie ayant nécessité des angioplasties, RGO, polypectomie, hernie discale opérée, fracture du bras droit, et les antécédents cognitifs décrits lors de la consultation mémoire.
 - Son mari nous dit qu'elle ne prend pas de traitement (elle prenait 4 traitements à visée cardiovasculaire en 2010, et du TEMESTA®).
 - L'évaluation gériatrique montre :
 - Un syndrome post chute majeur, la marche nécessite l'aide d'une tierce personne et se

fait en rétropulsion majeure.

- Des troubles cognitifs avec un ralentissement idéatoire important, une désorientation temporo-spatiale, un discours incohérent, et des troubles du comportement avec agitation intermittente et inversion du rythme nyctéméral, faisant suspecter un syndrome confusionnel décompensant les troubles cognitifs connus. Elle n'est pas capable de dire pourquoi elle est hospitalisée, et quand on lui montre ses hématomes en lui demandant ce qui s'est passé, elle répond « mon mari ne me bat pas ».
 - Une dénutrition avec un IMC à 18, un amaigrissement de 19 Kg en 9 mois.
 - L'absence d'incontinence.
 - Une presbycusie sévère limitant la conversation, une acuité visuelle permettant la lecture.
 - Des hématomes diffus du visage, tronc, membres supérieurs et des plaies suturées aux membres.
 - Une suspicion de globe urinaire.
- La biologie met en évidence une anémie (Hb = 7,2), macrocytaire, pour laquelle elle a été transfusée (pas de bilan d'anémie réalisé avant la transfusion) et une hyponatrémie à 123.
- La patiente est sous TIAPRIDAL®
- Sur le plan médical, nous proposons :
- Des examens complémentaires : TDM cérébral, bilan biologique complet.
 - L'arrêt du TIAPRIDAL® visiblement mal toléré, l'initiation d'un ATHYMIL® 10mg le soir.
- La réalisation d'un bilan social complet est impossible, son mari ne coopérant pas. Nous proposons le déclenchement d'une mesure de protection juridique : les filles sont contactées, nous leur expliquons la situation : elles nous demandent de ne pas faire de signalement au procureur, et envisagent de faire la demande de mesure de protection pour leur mère.
- Nous réévaluons la situation le 04/05/2011 :
- Amélioration du syndrome confusionnel à la pose de la sonde urinaire (globe vésical confirmé), la patiente reste très ralentie sur le plan psychique : l'ATHYMIL® est stoppé, le scanner ne montre pas de lésions hémorragiques.

- Je m'entretiens avec son mari présent : initialement il exprime ses regrets par rapport à sa violence, mais devient très agressif dans ses propos lorsque je lui explique que son épouse ne peut quitter l'hôpital comme il le demande. Mme D. verbalise alors la peur que lui inspire son mari et me demande de le faire sortir. Ce sera la seule et unique fois qu'elle le verbalisera en notre présence.

- Mme D. est ensuite transférée en SSR.

- Plusieurs entretiens sont menés avec son mari, pour lui expliquer la nécessité d'un nursing adapté à l'état de santé de son épouse, justifiant la nécessité de non-sortie de l'hôpital et à terme une institutionnalisation. Nous proposons, pour ne pas séparer le couple, que lui-même fasse une demande d'admission dans l'établissement où serait transférée son épouse (il refuse). Mr D présente visiblement des troubles mnésiques et du jugement, sur une personnalité semblant pathologique. Militaire retraité (légionnaire), il évoque volontiers qu'il a traversé des guerres horribles pour nous défendre, et que la France est en train de s'effondrer à cause de minables comme nous.
- En parallèle, de nombreux entretiens téléphoniques sont réalisés avec une des filles qui s'est désignée comme référente, pour lui réexpliquer la situation et qu'elle doit constituer le dossier pour le déclenchement de la mesure de protection (l'expert psychiatre est passé le 19/05 et conseille une mesure de protection de type tutelle). Nous apprenons que le contexte de violence conjugale est ancien (« petites, nous avons vu notre père fracasser notre mère sur la baignoire »), les filles semblent terrifiées et en même temps fascinées par ce père qu'elles décrivent comme tout puissant. Sa fille décrit un couple très fusionnel, ayant toujours vécu dans la violence réciproque. Elle raconte que leur couple était primordial, les enfants au second plan. Nous lui expliquons que lui-même présente des troubles cognitifs et lui conseillons de déposer également un dossier de demande de tutelle pour lui, ce qu'elle refuse. Elle demande à plusieurs reprises s'il n'est pas possible de tenter « une dernière fois » un retour à domicile.
- A la demande de l'assistante sociale, je réévalue Mme D. le 01/06/2011 :
 - Le discours est totalement incohérent, avec des idées délirantes, distorsions visuelles, fausses reconnaissances, le MMS est irréalisable, elle présente un tableau de régression psychomotrice majeure. Devant la disparité entre le MMS à 20/30 en août 2010 et l'état cognitif constaté, je propose la réalisation d'un EEG (qui ne montrera pas de signe en faveur d'une épilepsie).
 - Le même jour, je rencontre son époux qui reconnaît dans un premier temps ses difficultés mnésiques et accepte le principe d'une consultation mémoire pour être aidé, mais rapidement il devient très revendicateur, opposé aux projets. Le lien n'est pas créé. Il oublie tous les rendez-vous fixés avec l'assistante sociale.

- Dans l'intervalle, la fille nous a adressé un dossier de demande de mesure de tutelle, mais incomplet.
 - Mme D. reste dans le même état de régression psychomotrice dans les semaines qui suivent, alternant épisodes d'agitation et d'hypersomnolence.
 - Les soignants constatent plusieurs épisodes de violence de Mr D. envers son épouse : par exemple en juin 2011, on note dans les transmissions : « nous entendons un cri de douleur venant de la chambre : à notre entrée, le mari se recule brutalement, elle montre son genou en disant, il ne faut pas l'embêter », quelques jours plus tard : « agitée en présence de son mari, crie+++ . Au départ de son mari, Mme D. exprime clairement en avoir marre d'être battue et de voir son mari ».
- Le comportement de Mr D. se dégrade : de plus en plus menaçant verbalement avec les soignants du service SSR (« je vais vous tuer si vous m'empêchez d'emmener ma femme », il vient une après-midi avec une arme blanche dissimulée derrière son dos. Il change ses habitudes de visite : alors qu'il venait passer l'après-midi avec son épouse puis rentrait chez lui, il revient désormais en début de soirée. L'après-midi du 02/08/2011, il est très agité, violent verbalement et menaçant gestuellement : la cadre de santé supérieure m'appelle, le chef de service (qui a en charge Mme D.) étant en consultation. J'essaye de discuter avec Mr D. mais il est effectivement très agité et menaçant : quelques échanges calmes peuvent avoir lieu, puis le discours repart en boucle sur son souhait de sortir son épouse et sur son passé militaire. Les menaces envers le personnel du service sont répétées : menaces verbales accompagnées de gestes violents et menaçants mais il ne porte pas de coups. J'appelle le psychiatre de garde pour avoir son avis : à son arrivée, nous retrouvons Mr D. secouant violemment le fauteuil de son épouse. Le psychiatre s'entretient avec lui. Nous décidons d'une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte, le passage à l'acte semblant possible. La fille, contactée par téléphone par le psychiatre, accepte après explications de nous faxer le certificat de tiers : finalement elle se rétracte une heure plus tard. Le chef de service arrive, et décide de faire repartir Mr D., et de le convoquer en entretien avec le directeur de l'hôpital. L'entretien aura lieu quelques jours plus tard et améliorera le comportement de Mr D. Parallèlement, le lien avec son médecin traitant est fait, afin qu'il reçoive les soins nécessaires. Il maintient ses visites quotidiennes, visiblement son état physique se dégrade : il flotte dans ses vêtements. Nous essayons de prendre des renseignements auprès de l'infirmier qui continue des soins auprès de lui à domicile : il nous dit ne constater aucun problème. Nous proposons plusieurs fois à Mr D. de trouver une institution où tous deux pourraient être ensemble : il refuse, il veut que sa femme retourne au domicile.
- L'état général de Mme D. se dégrade, son autonomie physique ne permet plus la verticalisation, en dehors des transferts lit-fauteuil. Elle fait plusieurs chutes. La tentative de prise en charge par la psychologue n'est pas poursuivie : Mme D. semble méfiante

« vous êtes qui ? pourquoi vous venez ? ». Elle se croit parfois à Tahiti (lieu où elle a voyagé avec son mari, période de sa vie qu'elle idéalise). Une souffrance est exprimée : « je regrette de ne pas avoir plus voyagé, maintenant c'est trop tard, je suis coincée dans ce corps ». La violence n'est jamais évoquée directement. Auprès de l'assistante sociale, elle confiera « je sais que ce n'est pas bien ce qu'on a fait avec les enfants, les gendarmes vont venir nous chercher ».

- À l'automne 2011, Sa fille nous recontacte pour nous signaler des achats répétés et des débits importants sur le compte de son père : nous lui conseillons de nouveau de faire une demande de mesure de protection juridique, ce qu'elle accepte enfin. Le médecin psychiatre notera sur son certificat qu'il recommande une curatelle. Nous ne savons pas actuellement si la mesure de protection a été prononcée. Sa fille ne nous contacte plus.
- En questionnant l'équipe du SSR en mars 2012, on note une légère amélioration du comportement de Mr D. : il demande régulièrement la sortie de son épouse, mais ses propos semblent indiquer qu'il pense qu'elle est hospitalisée depuis peu de temps : s'il manifeste son agacement lorsqu'on lui explique qu'elle ne peut quitter l'hôpital, il se calme plus facilement. Il a eu néanmoins récemment des périodes d'agressivité envers les soignants, notamment les périodes où son épouse était contenue (contention ventrale et poignets « justifiées » par des soins nécessitant une perfusion). L'équipe signale également que la violence verbale et les injures sont réciproques, provenant aussi bien de Monsieur que de Madame. Mme D. est clinophile, toutes les tentatives de stimulation (notamment par le kinésithérapeute) déclenchent une opposition. Son humeur et son comportement varient entre une euphorie avec jovialité, où les propos semblent relativement adaptés, et des épisodes de propos totalement incohérents, accompagnés d'une agressivité et opposition.

3. Données de la littérature.

Si l'on retrouve relativement facilement des données concernant la maltraitance conjugale d'une part et la maltraitance envers les personnes âgées d'autre part, les données de la littérature concernant la maltraitance conjugale au sein des couples de personnes âgées sont très pauvres, et de surcroît lorsque l'on y ajoute le mot clef "démence". Dans le cadre de la démence, on retrouve la notion de maltraitance "en général", mais la notion de couple apparaît peu, et c'est plus la notion d'aidant qui prend le devant, comme si la maladie faisait disparaître la notion de couple traditionnel, pour faire apparaître un couple "malade-aidé", réduisant la relation autour de la maladie, de ses symptômes, des difficultés et des besoins qu'elle fait surgir, faisant passer au second plan la notion de couple "aimant-aimé".

Ce silence n'est pas anodin, et rappelons que l'association ALMA a été créée par le Pr Hugonot pour casser la loi du silence qui règne parfois au sein de l'entourage familial et professionnel autour de la maltraitance des personnes âgées.

Les principales données de la littérature sont d'origine canadienne, pays où des études ont été menées sur ce thème afin d'essayer de réfléchir aux pistes de prises en charge.

3.1. Epidémiologie

Dans l'étude pancanadienne de Podineks and coll, en 1990, 4% de la population interrogée (âgée de plus de 60 ans), rapporte avoir été victime de violence: le conjoint est l'abuseur dans la plupart des cas. Au Québec, en 2007, des données policières révèlent que les femmes âgées de plus de 60 ans représentent 2% des victimes de violence conjugale.

En Norvège, une étude menée par Ide Hydle (19) entre 1984 et 1986 montrait que 1 à 2,8% des patients âgés visités par des services de soins à domicile seraient victimes de violence de la part d'un ou des membre(s) de la famille.

Dans un article français paru dans Journal International de Victimologie en 2006 (2), Robert Cario, professeur de sciences criminelles rapporte que la synthèse des recherches conduit à indiquer que près de 3/4 des victimisations ont lieu en familles en termes de prévalence.

Selon lui, la victimisation des personnes âgées comporte 3 éléments essentiels la caractérisant : la personne âgée est totalement dépendante de l'aidant ou de l'intervenant (à domicile comme en institution), l'aidant ou l'intervenant est totalement dépassé par les exigences de soins que requiert la personne âgée, et la victimisation est cachée aux autres ou non immédiatement visible.

Une étude réalisée au Québec (6) montre que les mauvais traitements physiques (31,1%) sont plus répandus lorsque la maltraitance a lieu au sein du couple, comparé à l'échantillon (personne âgée maltraitée en dehors du couple). Au sein du couple, la violence physique constitue la 2ème forme de mauvais traitements la plus courante, elle se traduit surtout par des

coups, gifles, poussées et contentions. Dans la même étude, on retrouve que, comme au sein de l'échantillon, au sein du couple âgé la majorité des victimes sont des femmes (3 sur 4): ce sont donc majoritairement les hommes qui maltraitent au sein des couples âgés. Toujours dans la même étude, on retrouve que près de 6 conjoints maltraités sur 10 sont autonomes physiquement, cela va à l'encontre des résultats de plusieurs études suggérant que la perte d'autonomie physique constitue un facteur de risque important associé aux mauvais traitements. Concernant la notion de troubles cognitifs, l'étude met en évidence que le 1/4 des conjoints maltraités souffre de pertes cognitives, chiffre superposable au pourcentage des conjoints maltraitants. Dans plus de 8 situations sur 10, un des conjoints est l'aidant de l'autre: on a accordé beaucoup d'importance aux situations où les mauvais traitements sont infligés par un aidant stressé et complètement débordé par la tâche à accomplir, mais l'étude montre aussi que presque 40% des conjoints maltraités sont les aidants de partenaires qui les maltraitent.

La limite de l'ensemble de ses données statistiques est liée au silence qui entoure ces situations de maltraitance : au Canada (19), 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 plusieurs membres de sa famille ou d'un soignant : cette même étude estimait qu'un cas sur 20 de violence financière était signalé. On peut vraisemblablement penser que le signalement de violences physiques au sein du couple âgé est également largement sous-estimé.

3.2. Dynamique des mauvais traitements:

Une des questions qui surgit lorsqu'on aborde les mauvais traitements au sein du couple âgé est de savoir si ceux-ci sont apparus récemment ou s'ils sont l'expression d'une situation de violence conjugale qui a vieilli avec le couple.

Dans l'étude québécoise de Sylvie Gravel , dans les situations où les deux conjoints sont lucides, les intervenants ont identifié que le couple vivait de la violence conjugale depuis de nombreuses années, parfois depuis le début du mariage (depuis plus de 40 ans dans plus de 2/3 des cas) : cette violence concerne la femme dans la grande majorité des cas, et dans 21,8% des cas elle est réciproque. Cette violence conjugale est dans la moitié des cas d'ordre physique.

Toujours dans cette même étude, la population des couples touchés par des pertes cognitives a été étudiée:

Lorsque c'est le conjoint maltraitant qui souffre de pertes cognitives, certains de ces mauvais traitements s'inscrivent encore une fois dans une problématique de violence conjugale déjà présente depuis plusieurs années et qui se perpétue avec les pertes cognitives. Dans d'autres cas, les mauvais traitements semblent être la conséquence directe des pertes cognitives de l'un des conjoints, et s'inscrivent dans l'apparition des troubles du comportement tels l'agressivité et la violence.

Quand c'est le conjoint maltraité qui souffre de pertes cognitives, on retrouve dans l'étude moins de cas de mauvais traitements s'inscrivant dans une violence ancienne, mais plutôt un manque d'information sur les troubles cognitifs de leur conjoint et un stress à l'origine de l'émergence de mauvais traitements.

Dans cette population, on retrouve également la notion de violences réciproques: ce comportement agressif peut être le prolongement d'une relation de couple où le conjoint faisait déjà usage de violence physique réciproque, ou il peut apparaître dans une relation exempte jusque-là de violence.

3.3 Les facteurs de risque de rencontrer de la violence au sein des couples âgés:

Facteurs psychologiques et facteurs dynamiques:

Les causes de la violence relèvent de facteurs pouvant être associés à l'individu (intra) ou à la relation entre deux personnes qui sont en situation de violence (inter). Les modèles psychologiques expliquent la violence dans le couple par des caractéristiques ou des traits de personnalité des personnes qui maltraitent et des personnes maltraitées. Dans le modèle de dynamique de relations entre le couple, la violence est considérée comme le résultat d'une réaction à l'autre conjoint, plutôt que comme le résultat d'une pathologie individuelle, comme c'est le cas pour les modèles psychologiques.

La violence faite aux personnes âgées, incluant celle exercée par le conjoint serait étroitement associée à une dynamique de pouvoir et de contrôle sur l'autre personne.

Facteurs sociaux:

Selon la théorie de l'apprentissage social, l'exposition à la violence pendant l'enfance est un facteur associé positivement à la reproduction de comportements violents à l'intérieur du couple.

D'après la théorie du modèle situationnel, le stress serait un élément à l'origine de comportements de violence entre les individus âgés. Ce stress peut être occasionné par des facteurs tels l'âge (inquiétude sur la santé), le niveau de revenu, la santé, le lieu de résidence, les conditions environnementales. Le stress exacerberait les tensions déjà présentes dans les mariages peu harmonieux.

Les antécédents de violence familiale ou conjugale sont un facteur de risque identifié dans plusieurs études, pour qu'un aidant devienne maltraitant.

3.4. Le vécu des femmes âgées battues et la difficile décision de mettre fin à une relation conjugale violente:

Certains points rejoignent totalement les sentiments et expressions des femmes battues plus jeunes, d'autres sont spécifiques de la population âgée, et expliquent d'autant plus le secret qui entoure ces situations et la difficulté pour les femmes de prendre une décision. Une revue de littérature a été réalisée sur les sentiments exprimés par la population de femmes âgées subissant des violences conjugales, étudiées pour le rapport de recherche sur "la violence conjugale chez les personnes âgées: une réalité particulière" (au Québec en 2009): on retrouve plusieurs facteurs expliquant la difficulté à quitter un conjoint violent malgré les nombreux impacts sur leur vie:

- faible estime d'elle-même,
- croyance qu'elles sont incapables d'endosser des rôles et responsabilités jusqu'alors assumés par les conjoints,
- l'isolement social,
- la loyauté envers le conjoint et en l'institution du mariage,
- la stigmatisation par la famille et les amis,
- la socialisation traditionnelle (chez les personnes âgées, le processus de socialisation se manifeste, entre autres, par une subordination au conjoint qui a pris et continue de prendre le contrôle de la vie familiale, et souvent même de la vie personnelle de son épouse).
- On retrouve également la peur de perdre les biens accumulés au cours d'une vie commune, une situation d'insécurité financière.
- La peur de vieillir seule, le désespoir, l'impuissance et l'insatisfaction face à la vie sont autant de motifs qui exercent une influence sur la décision des femmes âgées à ne pas quitter le domicile conjugal.
- On retrouve une partie de ces facteurs dans une phrase de femme âgée battue refusant de quitter le domicile conjugal: "j'aime ma petite maison, je l'ai décorée à mon goût... oui, j'aurais dû partir avant, mais maintenant je suis trop vieille..."
- La femme qui vit depuis un grand nombre d'années dans un milieu de violence psychologique et physique peut avoir adopté, au fil du temps, des comportements d'acceptation et de résignation, et intégré un état de victime.
- Le déni de la maltraitance est également un obstacle à l'analyse de la situation et à la prise de décision.

Ces facteurs expliquent que les femmes âgées subissant des violences s'expriment sur ce sujet lors de situations critiques, les ayant souvent conduit à l'hôpital, alors que leurs tentatives d'aborder le problème sans le citer précisément se fait lors de consultations médicales pour des motifs qui masquent le problème de fond: plaintes psychologiques en lien avec un état anxieux, un état dépressif, des troubles du sommeil, ou plaintes somatiques, qui vont les conduire dans une prise en charge médicalisée avec prescription d'examen complémentaires ou de médicaments, notamment psychotropes, réponse inadaptée à la réelle problématique, ce qui tend à suggérer que le dépistage des maltraitances conjugales devrait être réalisé de manière active lors des consultations gériatriques, et avec des outils adaptés.

3.5. Le couple soumis à l'épreuve de la démence

Le parcours du conjoint du dément, appelé à jouer le rôle d'aidant, se décompose en trois étapes: le déni de la maladie, le deuil du couple, l'investissement d'un couple nouveau. (20)

Le déni de la maladie s'appuie sur le pacte dénégatif unissant le couple, l'angoisse de perdre l'étayage du double représenté par le partenaire malade, et tout ce qui donne au conjoint la certitude d'être capable de prolonger la vie du couple à l'identique.

Le deuil du couple est déclenché par un événement traumatique: apparition d'un symptôme supplémentaire interprété comme le signe que le conjoint a cessé de porter certains objets narcissiques communs. Différent du deuil que réalise une séparation brutale et définitive, ce deuil en présence du conjoint est fréquemment appelé deuil blanc.

L'investissement d'un couple nouveau peut prendre plusieurs modalités possibles: déni pathologique (déformation psychotique de la réalité, compromettant tout plan d'aide), évolution autistique (style de vie immuable isolant le couple du monde extérieur), évolution opératoire (conjoint investi dans un programme d'aide purement fonctionnelle, en réprimant les émotions qui pourraient y être liées), le réinvestissement ambivalent (malade perçu comme un partenaire tantôt gratifiant, tantôt source de souffrance, la séparation est à la fois redoutée et espérée).

Concernant les situations de violence conjugale sous-tendue par le contexte de démence de la personne maltraitée, de nombreuses recommandations existent pour la mise en place de structures d'éducation, et de répits pour les aidants familiaux. Si ces recommandations sont reprises dans le dernier plan Alzheimer, il semble néanmoins bien évident que les moyens dédiés à leur mise en place sont insuffisants, et qu'au-delà de structures dédiées, l'ensemble des acteurs doit prendre le temps (qu'il n'a pas) pour écouter, expliquer, afin de prévenir de possibles dérives vers des situations de maltraitance. L'entretien individuel avec le patient puis avec son entourage familial lors des consultations spécialisées, trouve ici l'une de ses indications: permettre de libérer la parole du patient, permettre de dépister les signes d'épuisement de l'aidant et du risque de prise en soin inadapté.

L'entretien dans une circonstance de suspicion de violence conjugale doit également être mené de manière individuelle (19) :

Avec la personne présumée victime, l'approche doit être prudente, permettant un climat de confiance et des questions ouvertes (s'intéressant à l'environnement du patient, à son état de santé, et à l'origine possible des lésions. Il doit permettre de rechercher les facteurs de risque (troubles cognitifs, dépendance, situation financière), l'épuisement et les facteurs de stress de la victime.

Avec l'agresseur présumé, le contact doit être prudent et ouvert, sans jugement (« comprendre sans juger » selon l'exigence éthique de l'association ALMA), sans oublier qu'il s'agit souvent du collaborateur unique des soins, qui risque de bloquer l'accès à la victime s'il se sent jugé ou menacé. L'entretien doit permettre de rechercher des facteurs de risque.

3.6. Ce que dit le conseil de l'ordre, et le code déontologique

Le code de déontologie médicale définit les bases réglementaires et éthiques du rôle et des devoirs de la profession médicale et permet de mieux comprendre la dichotomie et le dilemme entre le respect et la révélation du secret médical. Dans son article 44 (article R. 4127-44 du code de la santé publique), il stipule que " lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit 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. Mais il lui dit également de « ne pas s'immiscer dans la vie privée du malade »

L'article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique) inscrit que le secret professionnel ne s'applique pas dans le cadre de la protection des personnes fragiles adultes, et l'article 10 (article R.4127-10 du code de la santé publique) stipule que "l'accord des intéressés n'est pas nécessaire" dans ce cadre-là.

3.7. Ce que disent les textes de loi

Les textes de loi ont bien prévu un cadre pour le signalement par le médecin des situations de maltraitance auxquelles il peut être confronté, notamment lorsqu'il s'agit des personnes n'étant pas en mesure de se protéger.

Le nouveau code pénal issu de la loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 est entré en vigueur le 01/03/1994. Il exprime le souci de renforcer la protection de la personne qui doit être protégée contre les atteintes de toute nature pouvant lui être portées, dont les atteintes à la personne humaine, la mise en danger de la personne, la protection des plus faibles. Néanmoins, il ne donne aucune définition de la vulnérabilité, il désigne simplement les infractions dont la vulnérabilité est l'un des éléments constitutifs et les infractions où elle est une circonstance aggravante.

L'article 226-14 du Code Pénal précise que le secret professionnel peut être écarté dans les cas où la loi en dispose autrement, les dérogations au principe du secret sont alors prévues par la loi et la révélation de l'information prime sur la confidentialité, la protection des personnes étant prioritaire. Il permet "au médecin, avec l'accord de la victime, (de) porte(r) à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique (...) Lorsque la victime est (...) une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire".

L'article 226-13 du code pénal (relatif au secret professionnel) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Afin de favoriser la levée du secret sans crainte de sanctions disciplinaires, la loi n° 2002-73 du 17/01/2002 dans son article 89 a ajouté un alinéa précisant qu'« aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait d'un signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes et dans les conditions prévues par le présent article ».

A l'inverse, la non-information des autorités s'agissant de mauvais traitements à l'égard d'un personne vulnérable expose à des peines de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende (code pénal, article 434-3) et l'article 223-6 du Code pénal, portant sur la non-assistance à personne en danger, rappelle que "quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 Euros d'amende".

Mais la frontière entre dénonciation calomnieuse et le souci de porter assistance est parfois si mince... L'essentiel est de ne pas rester inerte, donc de prendre une initiative : dans ces circonstances, il ne faut pas rester seul, il faut « mouiller les autres ».

Le constat médical doit décrire les lésions de manière précise, définir les critères de vulnérabilité avec les outils d'une évaluation gériatrique standardisée, et la dimension émotionnelle, psychologique, doit être soulignée, étant parfois plus importante que l'aspect physique.

3.8 Ce que ne disent pas les textes:

Nous n'avons pas trouvé de textes, recommandations, concernant l'aide à apporter à la fois à la personne maltraitée au sein du couple, mais également à son conjoint maltraitant, au-delà de la mise en sécurité et de la nécessité d'alerter les instances juridiques.

Sylvie Gravel and co abordent ce point-là sous forme d'interrogations: "la question des

interventions possibles pour aider ces femmes se posent. De quelle manière peut-on intervenir? Etant donné leur âge et leurs valeurs, faut-il intervenir auprès d'elle comme on le fait auprès de leurs consœurs plus jeunes?"

4. cas clinique N°3, ou comment ne pas reproduire l'échec ?

- L'Unité Mobile de Gériatrie prend en charge pour la première fois Mme P. le 26/04/2011 lors de son hospitalisation aux urgences pour chute compliquée d'une plaie de jambe.

Mme P. est âgée de 75 ans, bouchère retraitée, elle vit avec son mari, sans aucune aide à domicile.

L'interrogatoire de Mme P. sur les circonstances de sa chute est peu précis. Son mari nous rapporte des troubles cognitifs accompagnés de chutes fréquentes depuis un an. Le dernier malaise aurait été précédé d'une perte de connaissance brève.

Pas d'anomalie de l'examen clinique en dehors de la plaie de jambe.

Ses antécédents consistent en une hypercholestérolémie traitée, et un antécédent de fistule anale opérée.

Son traitement comporte : fénofibrate le soir, dompéridone et mépronizine (récemment stoppé par le médecin traitant en raison des troubles cognitifs et des chutes).

➤ L'évaluation gériatrique standardisée montre :

- Des troubles de l'équilibre, avec notion de chutes répétées, les transferts sont marqués par une prise de risque avec risque de chute, il existe une astasie-abasie et un risque important de rechute.
- Sur le plan cognitif, la patiente et son entourage rapportent des troubles mnésiques et une désorientation temporospatiale depuis environ un an. On note un manque du mot net dans le discours spontané. La désorientation temporospatiale est complète, l'actualité récente n'est pas connue, le discours peu précis. L'apprentissage des 3 mots du MMS est à 3/3, la récupération à 2/3, l'indiçage n'améliorant pas le score.
- Sur le plan comportemental, la courte hospitalisation aux lits porte des urgences est marquée par une inversion du rythme nyctéméral avec agitation nocturne et comportement désinhibé. Pas d'hallucinations visuelles. Le mari nous dit qu'il n'existe pas de troubles du comportement au domicile.
- Il existe une possible dénutrition, mais le poids antérieur n'est pas connu, et il est difficile de faire préciser la qualité des apports alimentaires.
- Pas d'incontinence
- Pas de déficit sensoriel.

- Je préconise des examens complémentaires :
 - TDM cérébral (résultat normal),
 - EEG (normal).
 - Le bilan biologique ayant montré une anémie (Hb = 10,2), macrocytaire (VGM = 106), le bilan est complété par un dosage de vitamine B12 et de folates, qui sont abaissés.
 - La FOGD montre un aspect de gastrite banale.

- Nous proposons à Mme P. un transfert en SSR, compte-tenu du risque de rechute : elle le refuse, voulant rentrer à son domicile.
- Lors de l'entretien avec son époux, l'assistante sociale reparle de notre proposition de transfert en SSR : il refuse catégoriquement, expliquant que leur « séparation est impossible ». Nous sommes effectivement frappés par le comportement très « amoureux » du couple, que nous qualifions alors d' « inséparables ». Le couple n'ayant pas de mutuelle, il leur est conseillé d'en prendre une, une future hospitalisation étant probable, et pour permettre des soins à domicile à la sortie.
- Mme P. regagne donc son domicile, avec une prescription de vitamine B12 injectable, de SPECIAFOLDINE®, d'actes infirmiers (injections, pansements de plaie) et de kinésithérapie.
- Nous lui remettons, avec son accord, un rendez-vous de consultation mémoire en externe.
 - **Elle est ré-hospitalisée le 22/05/2011 aux urgences pour chutes à répétition (liées à de nouvelles chaussures selon la patiente).**
- Son mari signale qu'il est en difficulté, il dit ne plus pouvoir la relever quand elle tombe. L'examen clinique aux urgences montre des hématomes diffus et multiples (fosse lombaire droite, poignets, jambes, arcade sourcilière droite). Il n'y a pas de fracture, la biologie standard est normale en dehors d'un syndrome inflammatoire.
- Mme P. est hospitalisée en court séjour gériatrique (nous n'intervenons pas dans sa prise en charge, mais sommes tenus au courant de son hospitalisation, qui ne nous surprend pas). Elle y reste 5 jours. Le bilan montre des fractures de côtés multiples nécessitant des antalgiques pallier 2. Le scanner cérébral ne montre pas de complications hémorragiques, mais une atrophie cortico-sous-corticale avec dilatation ventriculaire, une leucoaraïose. Le dosage vitaminique montre une normalisation des taux de vitamine B12 et folates.

- La patiente rejoint son domicile avec son mari, avec des ordonnances de kinésithérapie et de traitement. (vitamine B12, SPECIAFOLDINE® 5, compléments alimentaires, DAFALGAN®, PROTELOS®, CALCI D3®, TOPALGIC®.
 - Elle est ré hospitalisée le 24/06/2011, un peu moins d'un mois après sa sortie, adressée par les forces de l'ordre qui demandent son hospitalisation : elle aurait été victime de maltraitance conjugale.

- L'examen aux lits porte des urgences fait mention de multiples hématomes de l'hémiface gauche, des hématomes de la région dorsale, des douleurs au niveau costal droit. Le médecin urgentiste note dans son dossier que « la patiente décrit des violences conjugales depuis environ 6 mois, assez fréquentes ». Un médecin légiste est mandaté par la justice pour venir faire un constat de plaies et blessures (nous ne le rencontrons pas). Nous apprenons que c'est une voisine qui a alerté les forces de l'ordre en entendant les cris de Mme P, et que Mr P. a été mis en garde à vue et aurait avoué avoir frappé son épouse.

- Le bilan est complété par un nouveau scanner qui ne montre pas d'élément nouveau.

- L'unité mobile de gériatrie intervient le 26/06/2011 :
 - Cliniquement, nous retrouvons un hématome en lunette, des plaies superficielles du front, des hématomes diffus sur les régions dorsales et lombaires, des hématomes sur les membres.
 - L'évaluation gériatrique montre :
 - Des troubles de l'équilibre déjà connus, mais les transferts et la marche sont réalisés sans aide.
 - Des troubles cognitifs sans anosognosie, l'orientation temporelle reste correcte, elle ne sait pas où elle se trouve, elle ne connaît pas l'actualité récente mais peut donner le nom du président de la république, le rappel des trois mots est à 0, mais corrigé par l'indigage.
 - Sur le plan psychologique, elle confie que la maltraitance avec agressivité physique de son mari existe depuis plusieurs années (5 à 6 ans). Elle n'est pas opposée à une entrée en institution. Une fois son mari présent dans le service, elle niera avoir tenu ces propos.
 - Sa dénutrition s'aggrave, elle a perdu 3 Kg en 2 mois (poids actuel à 45Kg).
 - Elle est devenue incontinente de manière occasionnelle.

- L'entretien avec l'assistante sociale fait apparaître :

Mme P n'a toujours pas de mutuelle.

Mr et Mme P. disent ne pas avoir de famille en dehors d'un neveu qu'ils voient très peu.

- Mr P. nie la situation qui a conduit son épouse à l'hôpital et souhaite un retour à domicile.

Nous lui expliquons qu'un signalement au procureur doit être envisagé en vue de déclencher une mesure de protection. L'assistante sociale lui explique que Mme P. relève désormais d'une institutionnalisation et lui remet la liste des documents qu'il doit rapporter pour déclencher une demande d'aide sociale et de mutuelle. Mr P. semble avoir compris que Mme P. ne rentrerait pas au domicile.

Nous aurons plusieurs entretiens avec lui lors des premiers jours : son comportement est très fluctuant : acceptant par moment que son épouse aille dans un EHPAD à la condition que lui-même soit admis avec elle, il se montre d'un coup très agité et agressif verbalement envers nous, refusant que son épouse ne puisse revenir au domicile : lorsque nous lui expliquons que les circonstances de son admission empêchent que cela soit envisageable, il nous explique sa version des faits : « elle était encore tombée, je lui criais dessus mais je ne l'ai pas frappée ». Aucun des papiers demandés n'est rapporté, et alors que les rencontres sont quotidiennes, il ne nous reconnaît pas et ne se souvient pas des explications déjà données.

Devant son insistance à vouloir organiser la sortie de son épouse, nous adressons un signalement au procureur, décrivant l'état de vulnérabilité de la patiente, le fait qu'elle-même a verbalisé la violence dont elle serait victime, ce qu'elle nie ensuite, et nous demandons d'envisager le déclenchement urgent d'une mesure de protection afin de pouvoir protéger Mme P. et de permettre son orientation dans un établissement adapté.

- Mme P est hospitalisée dans le service de SRR le 27/05/2011.

Dans le même temps, l'assistante sociale continue à essayer de travailler avec Mr P., mais le travail redémarre à zéro lors de chaque entretien. Elle me demande de le voir en entretien, en raison des troubles mnésiques qu'il présente. Lors de l'entretien, nous expliquons à Mr P. (qui nous raconte de nouveau sa version des faits) que nous ne sommes pas de la justice ou de la police, que nous n'avons pas à porter de jugement, et que notre rôle est de prendre soin de son épouse, et que nous nous inquiétons pour lui car il semble avoir des troubles mnésiques. Mr P accepte volontiers de passer un court dépistage cognitif, qui ne met pas en évidence de troubles patents pouvant expliquer ses nombreux oublis.

Son comportement avec nous se modifie alors complètement : nous n'avons plus à nous représenter, il se souvient des rendez-vous, rapporte les papiers nécessaires. Avec l'assistante sociale, il se permet des propos non adaptés : « alors, comment il va le petit canard ... », nécessitant de lui rappeler la distance nécessaire.

- Mme P. est transférée le 23/08/2011 à l'EHPAD hospitalier (dont je suis le médecin coordonnateur).

➤ À son admission :

Elle est dépendante pour tous les gestes de la vie quotidienne, la verticalisation nécessite l'aide d'une tierce personne ; elle est clinophile, et présente des troubles du comportement alimentaire : garde les aliments en bouche ou les cache dans sa serviette avant de les jeter.

➤ 3 jours après son admission, sa situation est discutée en staff multidisciplinaire d'équipe :

- Il est décidé de ne pas poursuivre les contentions physiques, pour tenter de travailler plutôt sur la verticalisation et la reprise d'autonomie, et pour limiter le risque de piégeage dans les barrières ou de chute grave. Pour limiter le risque de blessures, un matelas de gym est placé au pied du lit.
- Mme P. est prise en charge par le kiné dès son admission en EHPAD : l'objectif est de lui redonner une possibilité de marche avec déambulateur.
- Concernant l'alimentation, nous proposons de reprendre une texture normale (à la place de la texture mixée), nous adaptons les repas à ses goûts.
- Il est prévu de faire une évaluation gériatrique complète au mois de septembre pour adapter un plan de soin personnalisé plus précis.

➤ Dès le 16/09/2011, l'équipe redemande à ce que soit discutée sa prise en charge lors du staff multidisciplinaire dédié aux discussions des cas difficiles :

- le problème posé par les équipes est celui d'une déambulation nocturne (surprenante au vu de l'autonomie de marche 3 semaines plus tôt). Nous convenons d'une adaptation environnementale : Mme P. a une aide à la toilette matinale tardive, l'équipe la laissant dormir jusqu'en fin de matinée : il est décidé que le réveil sera au contraire précoce, pour essayer de restaurer un meilleur rythme veille/sommeil et laisser la patiente déambuler dans la journée, ce qui est moins dérangerant pour les autres résidents. Pour l'instant, il est décidé de ne pas introduire de traitement, et de réévaluer la situation 3 semaines plus tard.

➤ Dès la semaine suivante, l'équipe redemande de discuter de la situation, toujours pour le problème de déambulation nocturne : la proposition de lever précoce n'est pas réalisée par l'ensemble de l'équipe (certains soignants préférant la voir dormir le matin plutôt que la voir déambuler...).

➤ La situation de Mme P. est rediscutée lors d'un staff, non pas en raison des troubles de Madame, mais en raison de l'attitude de son mari. Il vient la voir tous les jours de 12H à 14h (nous apprendrons plus tard que ces horaires correspondent aux horaires de stationnement gratuit dans le quartier de l'EHPAD, Mr P. venant en voiture de la ville voisine où il habite). Les aides-soignantes se plaignent d'une familiarité excessive de Monsieur, avec des propos

déplacés à connotation sexuelle, à leur égard. Au cours de la discussion, j'apprends que les soignants se laissent tutoyer par le couple, et le valident en disant que le couple a toujours tutoyé tous ses clients dans leur boucherie et qu'ils procèdent naturellement de même à l'EHPAD. L'encadrement resitue la place de soignant, et la nécessaire distance, et il est demandé aux soignants de ne pas se laisser tutoyer ou aborder de manière familière. Les soignants rapportent également le souhait du couple que madame rentre au domicile, et s'interroge sur la légitimité de son maintien en EHPAD, monsieur P. répétant à qui veut bien l'entendre qu'il n'y a jamais eu de problème au domicile.

➤ L'évaluation gériatrique est réalisée le 08/10/2011 :

- L'examen clinique général est sans particularité en dehors d'un discret syndrome extrapyramidal marqué essentiellement par un tremblement de repos.
- Le statut nutritionnel est en voie d'amélioration : alors qu'elle pèse 39 Kg à son admission, elle a repris 5 Kg, mais les apports restent irréguliers.
- Mme P. a récupéré une autonomie de marche, elle déambule énormément, sans aide de marche, et sans trouble de l'équilibre. Le timed get up and go test est à 20 secondes. Elle a fait une seule chute depuis son admission, sans conséquence traumatique.
- Son état buccodentaire est satisfaisant, avec des prothèses adaptées, et il n'y a pas de déficit sensoriel (acuité visuelle permettant la lecture, absence de presbycusie).
- Sur le plan cognitif, il existe une plainte mnésique spontanée : « la mémoire, je n'en ai plus depuis un an ». Le MMS est à 15/30, avec perte de points dans l'orientation temporo-spatiale (semblant accessible à une stimulation), au calcul mental, au rappel de deux mots, amélioré pour un à l'indigage, à la répétition de phrase, et il existe une apraxie constructive. Le test des 5 mots de Dubois est à 6/10 : le rappel immédiat est à 4 (3 en libre, 1 avec l'indigage), 2 en différé (0 en libre, 2 avec l'indigage), avec des intrus spontanés ou déclenchés par l'indigage. L'horloge est pathologique, les chiffres sont notés de 1 à 12, s'y ajoute le chiffre 24, tous les chiffres sont agglutinés dans les quadrants de gauche, et une seule aiguille est présente.
- L'analyse des troubles psycho-comportementaux est faite par l'équipe avec l'échelle NPI : on retrouve la notion d'une désinhibition (déshabillage dans les lieux communs), un comportement moteur aberrant (déambulation nocturne), des troubles du sommeil : elle dort toujours très peu la nuit, dort le matin. Elle signale lors de l'entretien avoir toujours été une petite dormeuse : elle se couchait vers 23H et se levait (pour son activité professionnelle) vers 4H. Elle ne signale pas d'hallucinations. Il n'y a pas de fluctuation des signes. Il n'y a pas de signes en faveur d'une dépression, l'humeur est gaie, elle plaisante volontiers. Elle connaît les différents membres de l'équipe, et a une attitude très familière avec eux, maniant volontiers l'ironie, parfois blessante.
- La continence diurne existe. Par contre, la nuit, les soignants lui mettent une protection en raison d'une incontinence nocturne : cette protection est très mal tolérée par Mme P.

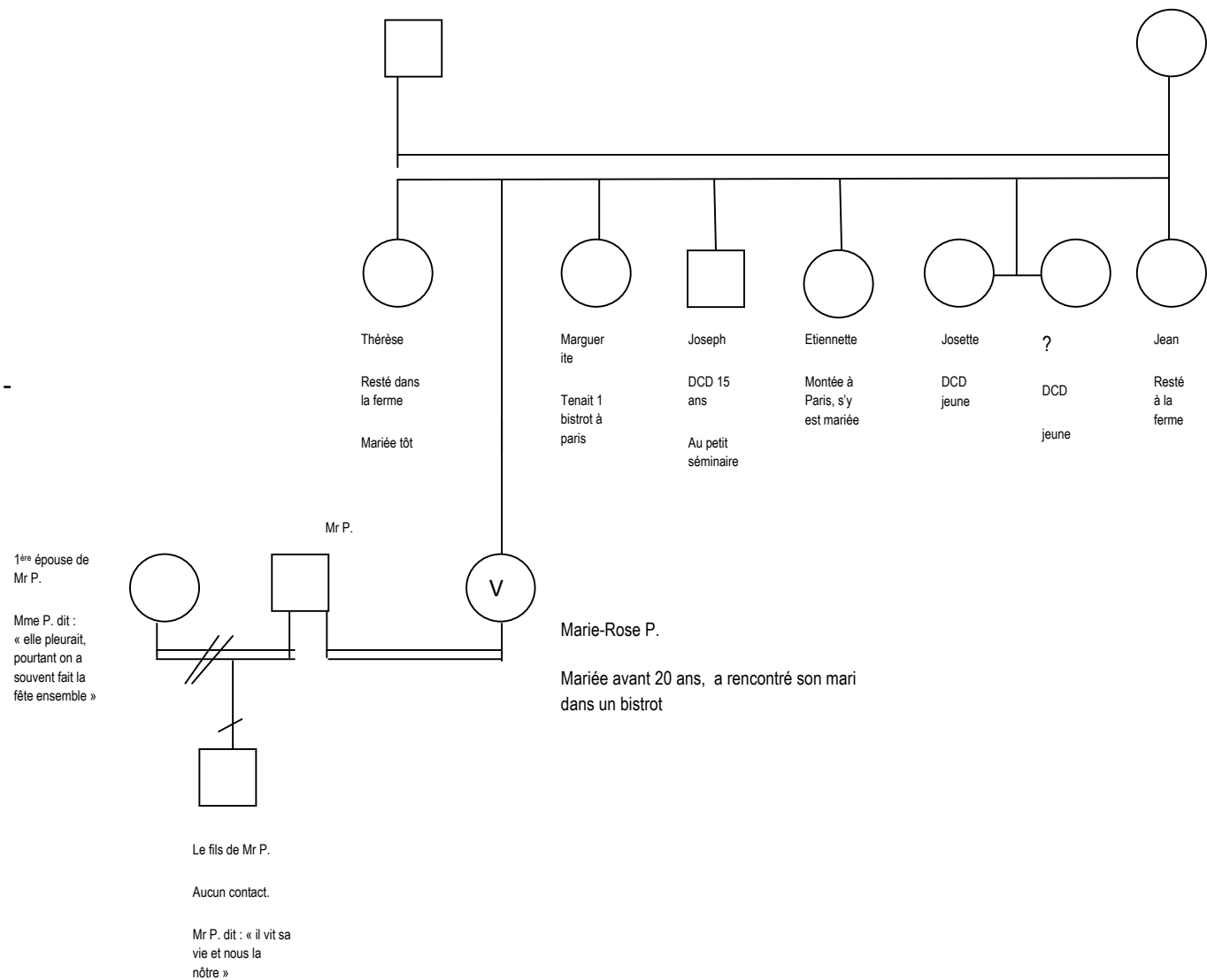
qui la retire régulièrement.

- L'état cutané est satisfaisant, le braden à 21, on note seulement une érosion superficielle en regard d'une crête tibiale.
 - Elle n'a pas de douleurs.
 - o La synthèse fait état d'une bonne adaptation à l'EHPAD, avec reprise de poids et d'une autonomie de marche, mais avec persistance de troubles du comportement avec notamment une déambulation nocturne.
 - o Le plan de soins retient :
 - La poursuite des efforts sur le plan nutritionnel, l'ajout d'une collation nocturne.
 - La kinésithérapie n'étant plus justifiée, elle est arrêtée.
 - Sur le plan cognitif, un bilan neuropsychologique, et une IRM sont prescrits pour essayer de poser un diagnostic étiologique.
 - Sur le plan psycho comportemental, il est proposé de retravailler sur son projet de vie, afin de l'amener à participer à des activités en place dans l'EHPAD, (interrogée sur ses goûts, elle dit préférer les activités manuelles). Pour répondre à son besoin de déambulation, des accompagnements au patio sont proposés. Enfin concernant les troubles du sommeil, nous maintenons la proposition d'un coucher tardif en essayant de lui proposer des activités dans la soirée. La discussion sur l'incontinence nocturne est difficile, les soignants ne voulant pas abandonner l'idée du change pourtant très mal tolérée par Mme P. : il est proposé de l'installer au coucher seulement (et pas plus tôt comme cela était réalisé). Nous proposons également de stopper le SEROPLEX®, qui n'est plus jugé indispensable.
- L'évolution est marquée par :
- L'introduction quelques jours plus tard de TERCIAN® 25 - 1/2cp au coucher 6 par son médecin traitant, sollicité par l'équipe au sujet des troubles du comportement nocturne.
 - Une chute (Mme P. aurait été bousculée par une autre résidente), avec fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus, nécessitant une attelle de Dujarrier, très mal tolérée par Mme P. qui la retire régulièrement.
 - Le 27/10/2011, l'équipe sollicite de nouveau son médecin traitant qui note dans le dossier : « troubles du comportement à type d'agressivité +++ rendant l'ambiance de nuit insupportable . bon effet du TERCIAN 25 ½ cp au coucher. La psychiatre qui intervient dans l'établissement intervient à la demande du médecin traitant, ses

conclusions seraient les suivantes : il semblerait que les troubles du comportement de Mme P. reproduise sa conjugopathie. Le TERCIAN® serait efficace mais à dose plus importante ce qui risquerait d'entraîner une hypotension. Elle propose de le remplacer par un thymorégulateur.

- Parallèlement, l'IRM a montré une lésion ischémique récente, ainsi qu'une atrophie hippocampique. Le bilan cardio vasculaire montre une surcharge athéromateuse prédominant sur la carotide droite, et l'absence d'anomalie cardiaque, mais l'examen est limité, Mme P. refusant le contact de la sonde. Le bilan neuropsychologique retrouve au premier plan un syndrome sous corticofrontal, avec un retentissement mnésique, un trouble des fonctions instrumentales avec notamment un manque du mot, une désinhibition et une anosodiaphorie. Le score des 5 mots de Dubois s'est amélioré : total à 10/10 (3+2 ; 4+1). Le profil cognitif n'étant pas typique, et en raison de l'évolutivité des troubles dans des circonstances mouvementées sur les derniers mois, il est décidé de surveiller avant de poser des hypothèses étiologiques.
- L'évolution sur les semaines suivantes est marquée par :
 - Une discussion sur la prise en charge de la continence : les équipes avaient décidé de la mise en place d'un pyjama de type grenouillère pour empêcher Mme P. de retirer son change. Cette décision n'est pas validée par l'encadrement. Nous décidons de solliciter pour un accompagnement régulier aux toilettes. La récupération d'une continence nocturne est ainsi obtenue.
 - Au niveau comportemental, on note plutôt une dégradation marquée par des relations difficiles avec certains résidents qu'elle va solliciter de manière inadaptée, et avec les soignants qui se disent épuisés par son attitude provocatrice. Apparaît également une apathie avec confinement partiel en chambre, qu'elle refuse de quitter l'après-midi (notamment lorsqu'elle est invitée à participer aux animations), répondant qu'elle ne veut pas prendre le risque de manquer un appel de son mari. Nous retrouvons à plusieurs reprises des boîtes d'EQUANIL®, rapportées par son mari : les soignants lui expliquent à plusieurs reprises qu'il ne doit pas en rapporter, lui dit que c'est son épouse qui les réclame.
- De son côté, Mr P. fait une demande d'admission à l'EHPAD : je lui propose de le voir en consultation, pour finaliser le bilan mémoire débuté avec lui. Il accepte.
 - Il existe des troubles cognitifs légers, sans retentissement sur la vie quotidienne, dans un contexte d'humeur triste, pouvant faire évoquer un syndrome dépressif réactionnel à la séparation avec son épouse. Les troubles mnésiques sont d'allure mixte, et s'accompagne d'un syndrome dysexécutif avec troubles attentionnels importants. L'absence de motivation rend l'interprétation des troubles difficiles. Il existe des antécédents vasculaires et un possible éthyilisme chronique modéré sous-jacent. Nous ne portons pas de diagnostic, et proposons de le revoir à 9 mois pour un bilan de contrôle, ce qu'il accepte.

- Lors de l'entretien, je lui explique que son attitude (qui n'a pas changé, les soignants ont rapidement abandonné les tentatives de demander au couple une relation moins familière) est un frein actuellement à son admission à l'EHPAD. Il se dit surpris, me dit que les soignants ne lui ont jamais demandé d'être vouvoyé, et que d'ailleurs le soignants eux-mêmes tutoient le couple.
- J'apprends au cours de l'entretien que lui-même a eu un fils avec qui il a perdu tout contact depuis des dizaines d'année (il ne peut préciser) : cette situation n'a pas de cause selon lui, et lui semble tout à fait normale « il vit sa vie et je vis la mienne ». Il explique que ce fils serait né d'un premier mariage non désiré (je crois comprendre qu'il a épousé cette femme en raison de la grossesse). La mère aurait abandonné l'enfant dans sa petite enfance, aurait été poursuivie, et ce serait lui qui aurait obtenu la garde de son fils. L'entretien laisse une impression d' « histoire réécrite ».
- Je rencontre ensuite Mme P. en entretien : elle accepte volontiers (elle me reconnaît très bien d'un passage à l'autre, même s'ils sont séparés par des périodes où elle ne me voit pas pendant plusieurs semaines).
- Je tente de créer un génogramme mais elle a de la difficulté à décrire sa famille, et je n'obtiens précisément que sa fratrie (cf page suivante).
- Il ressort de la construction du génogramme que la fratrie débute et s'achève avec « ceux qui sont restés à la ferme », ce qui est dit sur un ton d'échec. Les autres enfants (dont Mme P., Marie-Rose) sont « envoyés » en internat chez les religieux, ici c'est le souvenir d'une période difficile. Ensuite, pour les 3 sœurs (Marie-Rose, Marguerite et Etienne), le destin semble identique : parties à Paris dans la famille, elles y rencontrent un homme, se marient et restent à la capitale : cela est raconté par Mme P. sur un ton de victoire, comme si elles avaient réussi à échapper à quelque-chose. Quant au frère, il entre au petit séminaire, et y meurt jeune. C'est également le destin des deux sœurs jumelles, mais là le souvenir de Mme P. est très flou, et semble totalement dépourvu d'affects.



- Au cours de cet entretien, Mme P. oscille entre des propos morbides (« j'attends de crever ») et des propos évoquant une thymie correcte (« je suis heureuse ici »).
- Concernant sa vie, elle signale qu'elle a vécu des évènements douloureux, mais toujours avec des propos qui – a priori- ne vont pas ensemble : « il y a eu le divorce de mon mari, cette femme qui venait pleurer...je lui ai expliqué que je n'y pouvais rien, et on a fait plusieurs fois la fiesta ensemble... ». Je lui parle du fils de son mari, elle signale que c'est elle qui l'a élevé, « et quand il a été grand, il s'est marié, il voulait être libre » : aucun affect ni explication sur la rupture ne sont exprimés, elle s'agace un peu « et puis qu'est-ce que vous cherchez... ? ».
- En fin d'entretien, je lui dis que je reviendrai la voir, elle me répond qu'elle veut bien : « vous êtes bien mignonne », avant d'ajouter : « mais qu'est-ce que je dois vous préparer comme réponse pour la prochaine fois.... »....
- Il semble bien qu'il y a des secrets dans cette famille :
 - o dans la jeunesse de Mme P. : les trois filles parties à paris ont peut-être fui quelque chose ?
 - o que s'est-il réellement passé avec le fils de Mr P.?
 - o dans quelles circonstances Mr P. et Mme P. se sont-ils rencontrés ?
 - o quelles étaient leurs relations de couple ?

5. Discussion :

Lorsqu'on reprend a posteriori les trois situations, on y retrouve trois points communs :

L'un essentiel, la situation de violence conjugale,

La présence importante des trois époux auprès de leurs épouses hospitalisées puis institutionnalisées, la demande incessante de trois épouses d'être auprès de leur mari

Et l'effondrement psychologique des trois épouses.

On y retrouve également des points de divergence essentiels :

L'ancienneté de la violence conjugale,

Les facteurs sous-tendant la violence,

Et la prise de conscience du présumé maltraitant.

Le sentiment des soignants de l'unité mobile de gériatrie, au décours des deux premières situations, était celui d'avoir fait leur devoir en cherchant à protéger la victime de maltraitance, mais également celui d'un malaise lié à l'évolution défavorable de l'état global de ces deux femmes. Nous avons assumé nos responsabilités : signaler la maltraitance, mettre la victime à « l'abri » de son agresseur, mais le « résultat » obtenu nous interrogeait.

Nous allons tenter d'analyser a posteriori les situations, afin d'aider la réflexion sur la troisième situation, toujours en cours actuellement.

Dans la première situation :

- Plusieurs points sont classiquement retrouvés dans les situations difficiles à gérer, pouvant conduire à un acte de maltraitance (au sein d'une famille, maltraitance physique ou autre) : ce sont ces points qui ont permis d'avoir un repérage du risque de maltraitance, et une attitude préventive de bonne qualité, même si elle a été mise en échec :
 - Le côté ambivalent du conjoint, avec acceptation puis refus des aides, du projet de placement...
 - Argument financier opposé aux propositions d'institutionnalisation
 - L'absence d'aides mises en place au domicile, jusqu'à 15 jours avant la première hospitalisation

- L'isolement familial et amical.
- La critique des soins prodigués par les soignants lors des hospitalisations.
- Un point est plus inhabituel, et a rendu compliquée la prévention :
 - Le côté hyper sécurisé de l'appartement et une défiance anormale envers autrui.
- Le mari est présent régulièrement auprès de son épouse.

Après une période initiale marquée par des changements de décision, un refus de coopérer dans le temps avec les différents intervenants, il va participer activement aux procédures administratives lors de la 3^{ème} hospitalisation (une fois le passage à l'acte commis).

- Mme B. présente - lors des deux premières hospitalisations - des troubles du comportement qu'on peut très probablement rapporter à un état anxieux, majoré par la confusion liée à la rupture d'ancrage. Ce syndrome anxieux est également très présent lors de la troisième hospitalisation. Cet état anxieux fait progressivement place à un syndrome dépressif, voire un syndrome de glissement (on ne retrouve pas la notion de début brutal mais les transmissions ne sont pas très fréquentes), et aboutit rapidement au décès. Sa demande de rejoindre son mari est très marquée, notamment lors de la démarche d'institutionnalisation.
- La violence conjugale semble avoir vraiment été déclenchée par l'effondrement cognitif de la patiente, sa « déchéance » est ressentie par son mari de manière très violente : « si vous aviez pu voir comme elle était brillante... je préférerais la voir morte que dans cet état-là ». La personnalité psychorigide du mari, ainsi que ses habitudes de « dirigeant » (il rappelle régulièrement lors des premiers contacts sa position haut placée au sein de services sociaux, méprisant les explications données par l'assistante sociale, pourtant nécessaires, ses connaissances n'étant plus « à jour ») sont également probablement en cause dans la situation d'isolement et donc de manque de soins qu'il avait développé au domicile conjugal. On retrouve également des traits de personnalité paranoïaque (« confiance en personne », verrous sur toutes les portes, secret sur ses revenus...)
- Si la prise de conscience de l'acte de maltraitance existe (il ne nie pas son geste, il prévient même l'infirmière quelques jours plus tôt), il explique ses gestes violents par sa douleur morale : il reste tout au long des entretiens plus marqué par ce qu'il nomme la « déchéance » de son épouse que par sa propre violence envers elle. Il y a une forme de reconnaissance des actes, mais totalement dénuée d'affect, s'opposant à un affect dépressif très marqué sous-tendu par l'état cognitif de son épouse : comme si sa propre

violence était légitimée par l'état de déchéance de son épouse.

- La structure de ce couple semble être de type psychotique, la démence de Mme B. est insupportable pour Mr B., car touchant à l'intégrité de leur couple. Lors de la prise en charge initiale, on semble être au stade de deuil du couple, mais un deuil impossible à réaliser pour MR B. , qui envisage finalement une mort réelle de l'épouse.
- Si l'on essaye d'analyser la prise en charge de ce couple, aurait-on pu faire autrement ?
 - Avant l'arrivée à l'hôpital, et lors des premières hospitalisations, les équipes hospitalières, comme de ville s'étaient donné les moyens d'un accompagnement de qualité : l'aide proposée a pourtant peu bénéficié au couple, en raison de la personnalité et du vécu de la situation de Mr B. : l'aide traditionnelle s'est heurtée à ce mode de fonctionnement individuel et de couple. Aider Mr B. à accepter et prendre en charge de manière satisfaisante Mme B. démente était voué à l'échec.
 - Lors de la prise en charge hospitalière, nous avons veillé à procurer une sécurisation de Mme B., en la maintenant en milieu hospitalier. Il a sans doute manqué dans la prise en charge la notion de sécurité ressentie par la patiente, ce qui peut éventuellement expliquer sa rapide régression et son décès. Par ailleurs, notre prise en charge s'est axée sur Mme B. Mr B n'étant pas hospitalisé, nous avons eu des entretiens avec lui, mais toujours au sujet de la prise en charge de son épouse. A aucun moment nous ne lui avons proposé un soutien psychologique, ni alerté son environnement médical sur le très probable syndrome dépressif qu'il présentait. D'une certaine manière, la problématique de couple a été omise, pour n'aborder le problème que sous l'angle d'un des deux conjoints, en l'occurrence l'épouse vulnérable en situation de maltraitance.

Dans la deuxième situation :

- L'époux est très présent, depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à maintenant : il ne se passe pas une journée sans qu'il vienne rendre visite à son épouse. Sa présence pose d'ailleurs problème, en raison de la violence qu'il manifeste, envers les soignants du service, mais également envers son épouse (fauteuil secoué violemment, bras maintenu fermement, cris, gestes menaçants...).
- Le couple réclame régulièrement le retour à domicile de Mme, au moins au début. Alors que Mme D. a verbalisé à quelques reprises sa peur de son mari et la volonté d'en être protégée, elle est beaucoup plus régulièrement dans un discours de déni de la situation et d'idéalisation de leur couple. Mme D. ne semble plus demander le retour à domicile désormais.
- Mme D. a perdu de l'autonomie physique, et la visite faite lors d'une garde dans le

service où elle est actuellement hébergée m'a laissé une profonde impression de perte d'élan vital et d'allure totalement régressive.

- L'histoire du couple, rapportée par l'une des filles fait état d'une violence conjugale très ancienne, Mme D. tient d'ailleurs des propos typiques d'une femme plus jeune victime de violence conjugale (« mon mari ne m'a pas frappée » me dit-elle lors de notre premier entretien alors que je lui demande quels sont les faits qui l'ont conduite à l'hôpital). Notre intervention se justifie là par son caractère de vulnérabilité, mais la démence n'explique en rien les faits de violence, elle y ajoute de la gravité en raison de la vulnérabilité, elle représente également un facteur aggravant dans le déclenchement des actes de violence, Mme D s'échappant peut-être de son rôle de « dominée » dans son contexte de démente.
- A première vue, les facteurs sous-tendant la violence conjugale semblent liés avant tout à la personnalité du mari. Il est vraisemblable que les troubles cognitifs dont il souffre également, mais à un moindre degré, aggravent ses capacités de jugement et soient un facteur aggravant de ses passages à l'acte. Les échanges que nous avons eus avec lui vont dans ce sens : l'oubli à mesure des raisons de l'hospitalisation puis de l'hébergement de son épouse le pousse régulièrement à des gestes de violence envers l'équipe, alors qu'il semble qu'une partie du discours d'explications aient été temporairement entendue.
- La prise de conscience de Mr D. par rapport aux faits de violence semble totalement nulle. Le psychiatre (qui l'a vu en entretien lors de la démarche en vue d'une hospitalisation sous contrainte) a réussi à lui expliquer « l'anormalité » de son comportement : en prenant référence à son passé militaire, il lui a expliqué que dans son métier, il avait obéi à des ordres, et qu'en dehors de son métier, en tant que citoyen, il avait à obéir à des lois, lois qui n'autorisaient pas la violence, ni envers son épouse, ni envers l'équipe soignante : ce rappel au cadre a paru être très temporairement entendu, mais aucune réaction d'émotion n'a pu être constatée, et le discours s'est rapidement réorienté vers des propos revendiquants et agressifs. Néanmoins, la violence de ses comportements semblent avoir diminuée depuis l'entretien avec le directeur de l'hôpital (importance de l'autorité...mais comment cela peut-il être rémanent ?...).
- Concernant la structure du couple, il s'avère qu'elle est plus compliquée qu'elle ne le semble a priori : alors que la situation met de prime abord une victime et un agresseur, le couple est très fusionnel, et entretient des relations ambivalentes, avec finalement une forme d'agressivité réciproque. La double démence du couple remanie certainement leurs relations, et pourtant on semble s'immiscer dans ce qui a été leur histoire, leur manière de fonctionner ensemble, pendant toute une vie : une

fusion dans une violence quotidienne.

- Quelle prise en charge aurait pu être proposée ?
 - Concernant Mme D., on peut s'étonner qu'aucune démarche n'ai été effectuée par les intervenants au domicile en prévention: la recherche du médecin traitant montrera un certain nomadisme médical, développé par son mari pour la prise en charge de Madame, lui-même ayant gardé son médecin traitant, mais qu'il voyait fort peu régulièrement. L'isolement du couple au domicile explique probablement le non repérage du contexte de violence. Les soignants du domicile, et notamment l'IDE contacté pour la prise en charge de Mr ne semblent pas avoir pris conscience de la situation.
 - La séparation du milieu familial était indispensable, Mme D. n'étant plus en mesure de se protéger. Cette séparation a été associée à un déclenchement de mesure de protection juridique, afin de permettre son orientation en EHPAD. Malheureusement, la démarche a été longue, en raison des hésitations de sa fille. Mme D. a donc été admise sur un des lits d'EHPAD hospitalière installé au sein du service SSR. Ces lits ne correspondent en rien à un lieu de vie, et la prise en charge a donc été de type hospitalière, avec ses limites. Quand la mesure de protection a été prononcée, il nous a été difficile d'envisager le transfert dans un EHPAD plus adapté, en raison de la violence du mari envers les soignants (nous redoutions le passage à l'acte de Mr D. envers les soignants, il ne nous semblait pas très loyal de transférer Mme D. dans une autre institution dans ces conditions...). Alors qu'elle traversait une situation très difficile (Mme D. n'acceptait pas plus que son mari son maintien en institution), sa prise en charge s'est effectuée dans un environnement n'apportant pas l'étayage qui aurait été nécessaire.
 - Concernant Mr D., nous avons alerté à plusieurs reprises l'entourage familial (en particulier sa fille auto-désignée référente) sur le mauvais état de santé physique (aggravation sévère d'une dénutrition diagnostiquée par la taille des vêtements qui semblaient devenir au fil des semaines beaucoup trop amples, incurie) et cognitivo-comportemental (avec mise en danger de sa personne et d'autrui): notion d'armes à feu au domicile, conduite automobile vraisemblablement dangereuse. En raison de l'opposition de Mr D. à toute tentative d'offre de soins (le projet de le voir en consultation mémoire a été impossible à réaliser), nous avons conseillé à sa fille de déclencher une mesure de protection juridique: malgré de nombreux entretiens

téléphoniques et des explications récurrentes, elle s'y est refusée, argumentant qu'elle ne pouvait « toucher à ce père tout puissant ». cette démarche n'a été entamée par elle que lorsque la surveillance des comptes a mis en évidence des dépenses surprenantes, qui pouvaient être imputées selon elle plutôt à un entourage professionnel au domicile malveillant qu'à des dépenses réalisées par Mr D : on peut noter alors que cette démarche qu'elle avait refusée jusque-là devenait d'une urgence ressentie qui ne tolérait pas les délais habituels de la justice... La mesure de protection s'est avérée alors être une simple curatelle : nous comptons sur la décision d'une tutelle à la personne pour accompagner M. D sur le plan thérapeutique, ce qui n'a donc pas été possible. L'hospitalisation sous contrainte aurait vraisemblablement permis d'initier la prise en charge thérapeutique.

Concernant la situation N°3 :

- On retrouve la notion d'isolement du couple (social, familial) et également le refus des aides et des intervenants extérieurs. Par ailleurs il existe de faibles revenus financiers, dont on sait qu'ils peuvent également favoriser l'apparition de maltraitance.
- Il est difficile à ce jour d'émettre une hypothèse sur l'ancienneté de la violence : lors des premières rencontres avec le couple, nous les avons qualifiés d'« inséparables », et nous n'avons pas eu la moindre suspicion d'une éventuelle maltraitance. Dans le discours de Mme P., on a une datation changeante de cette situation de violence, qui reste de toute façon peu évoquée, et même largement niée.
- L'histoire du couple est difficile à comprendre :
 - que s'est-il passé avec la première femme de Mr P. ?
 - Comment expliquer la rupture avec le fils de Mr P. ?
 - Dans l'enfance de Mme P., l'écriture d'un début de génogramme permet de faire quelques remarques : la première et le dernier de la fratrie sont « restés à la ferme » : la manière qu'a eue Mme P. de le dire évoque là un échec. Les autres enfants (en dehors des jumelles sur lesquelles elle reste très floue, ne retrouvant même pas le prénom de l'une d'entre elles, et qui semblent être décédées jeunes), il y a eu un fils, mort à 15 ans au séminaire (très pleuré par les parents dit-elle) et trois filles (dont Mme P.) qui sont toutes parties à Paris chercher du travail et revenues mariées : la manière dont en parle Mme P. évoque là une victoire, s'opposant au destin de ceux restés à la ferme, et également à l'éducation très stricte reçue en pensionnat (volonté des parents). Mr P. serait-il un moyen de fuir quelque chose, quel qu'en soit le prix à payer ?
 - Il semble que ce couple ai un voire plusieurs secrets, leur histoire est difficile

à comprendre, ce qui peut être expliqué chez Mme P. par ses troubles cognitifs.

- Quant à Mr P., il semblait s'être « déguisé » en « pauvre monsieur lui-même un peu perdu » lors des premiers contacts faisant suite à la situation de maltraitance, déguisement qu'il a laissé tomber lorsque nous lui avons fait comprendre que nous ne portions pas de jugement. Son récit de vie reste néanmoins très difficile à comprendre. Nous avons un peu l'impression d'être dans une forme de comédie, que l'on soit avec lui ou avec elle : dans ces conditions, il est difficile d'aider.
 - Ici, il semble qu'il y ait à la fois un facteur psychologique et un facteur psychodynamique qui soit en cause : la personnalité de Mr P. est particulière : l'absence totale d'émotion dans son discours quand il parle de ce fils avec qui il n'a plus aucun contact, la négation de son acte de violence (en dehors des aveux faits aux autorités), ce revers quasi immédiat d'attitude du « vieux monsieur un peu perdu qui oublie ses rendez-vous et ses papiers » à une attitude séductrice avec l'assistante sociale, puis avec les soignants (qu'il sort de leur statut, les tutoyant, se permettant des expressions grivoises avec les aides-soignantes), la réclamation récurrente que son épouse revienne au domicile, comme s'il ne s'était jamais rien passé, nous ont fait évoquer la possibilité d'un pervers narcissique. La relation de couple semble être également faite sur un mode d'agressivité réciproque, sans que l'on puisse savoir si il existait de la violence avant la survenue de l'état démentiel de Mme P.
- Cette troisième situation nous a beaucoup interrogées, compte-tenu de l'évolution défavorable des deux premières patientes. L'évolution défavorable de Mme P. lors de sa prise en charge en SSR a d'ailleurs ravivé nos angoisses : est-ce que séparer une femme battue de son mari conduisait inéluctablement à un effondrement ? Nous avons essayé de plus travailler le lien avec l'époux, même si cela a été compliqué initialement. L'évolution lors du transfert en EHPAD hors hospitalière a largement aidé à une amélioration de Mme P., témoignant de l'importance d'un environnement « protecteur ». Néanmoins, son isolement en chambre qui s'aggrave laisse à penser que tant que le couple ne sera pas rapproché, elle peut de nouveau évoluer vers une forme de régression.
 - La question que nous nous posons aujourd'hui est celle de l'entrée potentielle de Mr P. dans l'EHPAD. Le couple formule ce souhait. Les soignants y sont plutôt favorables : une partie d'entre eux ne comprend même pas pourquoi le retour à domicile de Mme P. ne serait pas possible, adhérant aux explications de Mr P. (il ne s'est rien passé à domicile). L'encadrement (médecin coordonnateur, cadre de santé) reste beaucoup plus prudent dans la décision : faire entrer Mr P. à l'EHPAD, n'est-ce-pas faire entrer le loup dans la bergerie ? comment va-t-on gérer le comportement du couple, qui pose déjà problème

lors des deux heures quotidiennes passées par Mr P. dans l'établissement ? Quel équilibre trouver entre le respect de l'intimité du couple et la « surveillance » pour prévenir de potentiels actes maltraitants futurs ? Où en est la décision de justice ? Autant de questions qui restent aujourd'hui au stade de questions. Un « ni oui – ni non » a été donné comme réponse à Mr P : des explications lui ont été données quant à son comportement inadapté avec les soignants, qui devait changer avant qu'on puisse envisager son admission : pour l'instant, aucun changement n'a été constaté, et les règles émises ne sont pas respectées...

6. conclusion

Conclusion : à terminer

Des pistes de réflexion :

1) Maintenir la sécurité « physique » et morale : c'est une obligation légale, et c'est aussi notre devoir ressenti

2) Mais INTRODUIRE LA NOTION DE SECURISATION et de sentiment de sécurité ressenti;

3) L'urgence d'agir et la nécessité de pouvoir prendre son temps : un double enjeu difficile dans le contexte hospitalier actuel.

4) Travailler sur le lien avec « l'agresseur », réclamé par leurs épouses : pas facile quand les troubles de personnalité et de comportement sont importants : défiance de Mr B., violence de Mr D., comportement manipulateur de Mr D.

5) quand la violence a fait partie du schéma du couple toute une vie, la victime peut elle accepter de vivre la séparation ? la question posée par S. Gravel de l'aide à apporter aux femmes victimes de violence de cette génération reste entière, il est probable qu'elle soit en partie différente compte-tenu de la période de vie concernée.

6) la démence, un facteur psychologique protecteur contre la violence de la situation : un échappatoire possible ? La démence un facteur aggravant pour l'évolution après la séparation ?

Bibliographie :

A. Ancelin Schützenberger : « Aie, mes aieux ! ». Collection la méridienne.

F. Beck, C. Cavalon, F. Maillochon : violences et santé en France, état des lieux : DRESS décembre 2010.

N. Berg, A. Moreau et D. Giet : la maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société. Rev Med Brux - 2005 – S344-S349.

A. Boiffin, H. Beck, J. Vaillant et l'équipe ALMA Paris : souffrances et maltraitances, ressemblances et dissemblances : Maltraitance psychologiques et souffrances 19/11/2008.

F. Busby : dossier « violences et santé : quelles actions éducatives ? » : Alma, à l'écoute de la maltraitance des personnes âgées. La Santé de l'homme, sommaire N° 389.

R. Cario : considérations victimologiques et pénales sur les maltraitances à l'égard des aînés. Journal international de victimologie, 2006-11, www.jidv.com

P. Charazac. L'aide-mémoire de psychogériatrie. Collection Dunod.

JP. Clément : psychiatrie de la personne âgée. Collection médecin-sciences, Flammarion.

S. Gravel, M. beaulieu, M. lithwick : quand vieillir ensemble fait mal : les mauvais traitements entre conjoints âgés. Criminologie, XXX, 2, 1997.

P. Guillet et all : rapport du haut Comité de la santé publique : rapport violences et santé. Mai 2004

P. Guillomot, A. Dyan : caractéristiques psychogériatriques du vieillissement, réseau internet francophone « vieillir en liberté ».

B. Hoerni : la maltraitance : du phénomène de société au drame de santé publique, 15^{ème} jeudi de l'ordre, 4 avril 2002.

L. Montminy, C. Drouin : la violence en contexte conjugal chez les personnes âgées : une réalité particulière. Rapport de recherche présenté au Ministère de la Santé et des Services sociaux : juin 2009.

L. Montminy, C. Drouin : la présence des aînées en maison d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale : journal international de victimologie : tome 3, numéro 3 – avril 2005.

L. Montminy, C. Drouin : des pistes pour comprendre et accompagner les aînées qui vivent de la violence conjugale, les maisons d'hébergement pour femme victimes de violence conjugale : une ressource à découvrir...ou à développer pour les femmes âgées. Collection Etudes et Analyses, numéro 30, juillet 2004, 71P.

JC. Monfort : la psychogériatrie. Collection Que sais-je ?

H. Thomas, C. Scodellaro, D. Dupré-lévêque: perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitant : une étude qualitative. Drees, études et résultats, N° 370 – janvier 2005.

Site internet « justice au Québec » : politique d'intervention en matière de violence conjugale.

Site internet www.cg59.fr/observatoire-des-maltraitances: la maltraitance, la bientraitance, le signalement.

Site internet [www: CAT devant une suspicion de maltraitance au SAU](http://www.CAT.devant.une.suspicion.de.maltraitance.au.SAU). R. Dubuisson, A. Rancurel.

Site internet www.medileg.fr/maltraitance-envers-les-personnes : maltraitance envers les personnes âgées. F. Makhoulouf, V. Scolan, février 2010.