

SYNTHÈSE

COMMENT MIEUX LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE ?



SYNTHÈSE

COMMENT MIEUX LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE ?

CÉLINE RICOUR, ANJA DESOMER, CÉLINE POUPPEZ, CÉLIA PRIMUS, IMGARD VINCK



■ PRÉFACE

Au début de cette année 2020, presque 20% de la population belge était âgée de 65 ans et plus et nous comptons même un peu plus de 1700 centenaires.

Nos aînés occupent une place fondamentale dans notre société : riches de leur vécu et de leurs expériences, ils ont beaucoup à partager et à transmettre. Pourtant cette image d'Epinal cache aussi une autre réalité, moins optimiste sur la condition respectable de la personne âgée dans notre société : celle de la maltraitance de nos aînés. Moins connue que la maltraitance des enfants ou la violence entre partenaires, auxquelles le tout nouvel accord de coalition accorde une attention particulière, elle n'en est pas moins fréquente ni ravageuse et se pare surtout d'idées reçues et de tabous qu'il faut déconstruire. Non, les victimes ne sont pas seulement des personnes vulnérables, fragiles, séniles ou démentes. Non, les auteurs de maltraitance ne sont pas des bourreaux qui font souffrir intentionnellement et qui jouent de leur ascendance sur leur victime. La maltraitance des personnes âgées peut revêtir différentes formes voire même s'insinuer de façon insidieuse dans une relation d'aide et de soins qui se voulait bienveillante. À domicile ou en institution d'hébergement, la dynamique interpersonnelle entre les aidants et les aidés peut s'enrayer pour de nombreuses raisons, liées à l'environnement, au contexte de soins ou à la surcharge professionnelle ou émotionnelle.

L'ampleur de ce phénomène en Belgique est certainement sous-estimée. Notre rapport illustre les données collectées dans le pays tout en remettant en lumière l'arsenal de mesures répressives et non-répressives qui existe déjà. Les nombreuses rencontres et interviews des professionnels qui se trouvent confrontés, en première ligne, à des (présomptions de) maltraitance ont permis d'identifier les multiples obstacles qui freinent encore la détection, la prévention et la prise en charge de ces situations.

Comme pour la maltraitance infantile, la formulation de recommandations ne peut se limiter au seul secteur des services sociaux et de santé. C'est en effet l'action concertée de différents intervenants, issus des secteurs de la police, de la justice, de la santé et de l'aide sociale qui doit être encouragée. Mais cette action concertée aura plus de chances de porter ses fruits si chaque intervenant sait exactement quand et comment intervenir dans son contexte professionnel, et au sein de son réseau local. Pour cette raison, nous proposons un arbre décisionnel pour guider les professionnels à réagir adéquatement et rompre le cycle de la maltraitance.



Cette thématique nous a amenés à lancer de larges consultations et à rencontrer les acteurs qui ne relèvent pas seulement du secteur de la santé. Tous ont témoigné d'un vif intérêt à l'idée de repousser les frontières qui définissent leur propre champ de compétences et de créer des réseaux intersectoriels, éléments incontournables pour appréhender des situations nécessitant la mobilisation de forces complémentaires. La lutte contre la maltraitance des aînés mérite d'être identifiée de façon explicite dans l'approche intégrée de la violence intrafamiliale et d'être soutenue par des politiques fortes pour soutenir aidants proches et professionnels soignants à cultiver la bienveillance.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint a.i.

Sabine STORDEUR
Directeur de Programme Scientifique a.i.

Marijke EYSEN
Directeur Général a.i.



■ MESSAGES CLÉS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance des personnes âgées comme « *un acte unique ou répété, ou l'absence d'action appropriée, qui se produit dans le cadre d'une relation où l'on s'attend à de la confiance, et qui cause du tort ou de la détresse à une personne âgée.* »

Les constats :

- La maltraitance des personnes âgées est un problème largement sous-estimé : l'OMS (2020) estime que, dans la tranche d'âge des 60 ans et plus, une personne sur six a subi une forme de maltraitance au cours de l'année écoulée ; pourtant **seul un cas sur 24 est signalé**.
- La maltraitance envers les personnes âgées est une problématique **multifactorielle** qui s'inscrit dans une perspective relationnelle entre la victime et l'auteur de maltraitance, et qui est affectée par des facteurs sociaux, politiques et culturels, ainsi que des facteurs spécifiques à la personne âgée, à l'auteur de maltraitance et à l'environnement.
- Les **aidants proches**, investis dans une relation d'aide, parfois au détriment de leurs propres besoins et de leur équilibre familial et personnel, peuvent progressivement et insidieusement glisser dans une relation où la maltraitance se substitue à l'aide bienveillante (« *derailed care* »).
- Les victimes de maltraitance peuvent être **réticentes** à dénoncer une situation de maltraitance par crainte de trahir une relation de confiance, par crainte de représailles ou par méconnaissance des possibilités d'accompagnement qui existent.
- La sous-détection et la gestion sous-optimale des situations de maltraitance des personnes âgées résultent souvent d'une intrication complexe de facteurs de risque pouvant relever de différents secteurs (les services de santé, l'aide sociale, la police et la justice).
- En Belgique, il n'existe **pas de plan national ou régional ni d'accords structurels** entre la justice, les soins de santé et les services sociaux pour appréhender la maltraitance des personnes âgées.
- Des **organisations et services spécialisés** dans l'écoute et le conseil des personnes âgées, le support des professionnels et dans la lutte contre la maltraitance des aînés sont établis dans chaque région de notre pays : VLOCO, Respect Seniors, Écoute Seniors et *Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling*.
- En Belgique, il n'existe pas de **politique intégrée de gestion des plaintes** à l'encontre des services de santé ou des prestataires de soins. La profusion d'organismes de référence aux niveaux fédéral, régional et local, ayant chacun sa propre spécificité, ne facilite pas les démarches de recours par les citoyens.



- De nombreux **obstacles** à la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées ont été identifiés aux différentes étapes du processus (prévention, détection, intervention). Certains d'entre eux relèvent des professionnels de la santé et de l'aide sociale, des acteurs de la police et de la justice, des organisations et services spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées, ainsi que des autorités politiques.

Les pistes d'amélioration identifiées :

- En cas de (suspicion de) maltraitance d'une personne âgée, tout professionnel actif dans les secteurs de l'aide et des soins, en contact avec des personnes âgées devrait avoir à disposition et utiliser un **plan par étapes**. Un plan générique est proposé dans le rapport. Il devrait être adapté aux spécificités zonales et locales de la pratique de chaque professionnel et/ou institution de la santé et de l'aide sociale. Des **outils de détection** pratiques et adéquats sont également présentés.
- Les professionnels de première ligne des secteurs de la santé et de l'aide sociale devraient être **mieux formés** au sujet de la maltraitance des personnes âgées, des possibilités de lever le secret professionnel, de la bientraitance et des mesures judiciaires existantes.
- La possibilité pour les professionnels de signaler des cas de maltraitance de personnes âgées à la police, aux autorités judiciaires et aux organisations et services spécialisés devrait être **rendue plus explicite dans l'arsenal législatif**, par exemple en étendant le champ de l'article 458bis du Code Pénal (à d'autres autorités et à d'autres infractions) ou en prévoyant dans une autre législation, une possibilité, pour tout professionnel impliqué dans l'aide ou les soins, de déroger au secret professionnel en vue de protéger une personne âgée victime de maltraitance.
- Les différentes **portes d'entrée** existantes pour les victimes de maltraitance (organisations et services spécialisés dans la lutte contre la maltraitance, justice de paix, initiatives intersectorielles comme les Family Justice Centres) devraient être renforcées et rendues plus accessibles. Elles devraient être complétées par des postes de référents en maltraitance.
- Une **politique intégrée de gestion des plaintes** devrait être élaborée afin que les plaintes contre un prestataire de soins de santé ou concernant la qualité des soins puissent être signalées à une instance unique. Cet organisme peut ensuite référer le cas à l'organisation/service (local) le plus approprié pour la suite de la prise en charge.
- Dans les **établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées** ainsi que dans les services **d'aide et de soins à domicile**, il est nécessaire de favoriser les pratiques respectueuses des droits et de la dignité des aînés et de mettre l'accent sur la bientraitance. À cet effet, il serait nécessaire de réviser leur fonctionnement, leur financement et d'optimiser le suivi de la qualité des soins délivrés.



- La société dans son ensemble et les autorités qui la guident devraient être **davantage sensibilisées** (et de manière répétée) aux problématiques de la maltraitance, de l'âgisme (discrimination liée à l'âge) et de la charge excessive portée par les aidants proches. À terme, cela devrait favoriser un changement des mentalités et l'adoption d'initiatives de soutien et de renforcement des secteurs des soins et de l'aide aux personnes âgées.
- Un soutien à la **recherche** et à la **collecte de statistiques** sur cette thématique sont des conditions essentielles pour évaluer l'efficacité des initiatives adoptées et aboutir à une politique de qualité.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	3
■	SYNTHÈSE	6
1.	INTRODUCTION	11
1.1.	UN PROBLÈME SOUS-ESTIMÉ ET INSUFFISAMMENT PRIS EN CHARGE.....	11
1.2.	OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	12
1.3.	MÉTHODOLOGIE	13
2.	LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES	13
2.1.	DÉFINITION DE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES	13
2.2.	TYPES DE MALTRAITANCE	15
2.3.	FACTEURS DE RISQUE	15
2.3.1.	Facteurs de risque – et de protection – liés à la personne âgée maltraitée	16
2.3.2.	Facteurs de risque liés à l’auteur	16
2.3.3.	Facteurs de risque – et de protection – liés à l’environnement familial et/ou social.....	16
2.3.4.	Facteurs de risque liés aux situations de soins délivrés par des professionnels en institution ou à domicile	17
2.3.5.	Facteurs de risque socioculturels	17
2.4.	CAUSES DE LA SOUS-DÉTECTION	17
2.5.	EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS DE PRISE EN CHARGE	18
3.	SITUATION BELGE : LES ACTEURS ET SERVICES SPÉCIALISÉS DANS L’AIDE	18
3.1.	EN FLANDRE	19
3.2.	EN WALLONIE	21
3.3.	À BRUXELLES	22



3.4.	EN COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE.....	23
4.	SITUATION BELGE : CADRE LÉGAL DE PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES.....	24
4.1.	MESURES RÉPRESSIVES	24
4.1.1.	Infractions et procédures pénales.....	24
4.1.2.	Alternatives possibles à la sanction pénale	25
4.1.3.	Sanctions administratives contre des établissements d'accueil et d'hébergement ou des services de soins à domicile	27
4.1.4.	Sanctions administratives ou déontologiques contre les professionnels de santé.....	29
4.2.	MESURES NON RÉPRESSIVES	29
4.2.1.	Mandat de protection extrajudiciaire	29
4.2.2.	Mise sous tutelle	29
4.2.3.	Protection contre certains abus financiers	30
4.2.4.	Obligation alimentaire	30
4.2.5.	Interdiction temporaire de résidence.....	30
4.3.	CONSIDÉRATIONS SUR LE SECRET PROFESSIONNEL.....	31
4.3.1.	Cas particuliers	33
5.	SITUATION BELGE : PLANS ET PROCÉDURES EXISTANTS.....	34
5.1.	PLANS D'ACTION NATIONAUX.....	34
5.2.	PLANS D'ACTION RÉGIONAUX	36
5.2.1.	Flandre	36
5.2.2.	Wallonie.....	36
5.2.3.	Bruxelles.....	36
5.3.	POLITIQUES LOCALES AUTOUR DES PERSONNES ÂGÉES	36
5.4.	PROCÉDURES D'INTERVENTION.....	37



5.5.	GUIDELINES POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE	37
5.6.	FORMATIONS POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER	38
6.	SITUATION BELGE : RÉSUMÉ DES OBSTACLES IDENTIFIÉS	38
6.1.	OBSTACLES AU NIVEAU DES PROFESSIONNELS DE PREMIÈRE LIGNE	39
6.1.1.	Formation et information insuffisantes	39
6.1.2.	Manque d'outils de détection et de procédures de prise en charge	39
6.1.3.	Confusion autour du secret professionnel	40
6.1.4.	Manque de respect de l'autonomie décisionnelle de la personne âgée	40
6.1.5.	Manque de modèle de concertation entre professionnels impliqués dans les soins aux personnes âgées.....	40
6.1.6.	Manque de communication et de coordination entre secteurs	41
6.1.7.	Manque d'effectifs	42
6.2.	OBSTACLES AU NIVEAU DES ORGANISATIONS ET SERVICES SPÉCIALISÉS	43
6.3.	OBSTACLES AU NIVEAU DES VICTIMES	43
6.4.	OBSTACLES AU NIVEAU DES AIDANTS PROCHES	44
6.5.	OBSTACLES AU NIVEAU DES AUTORITÉS POLITIQUES.....	45
6.5.1.	Absence de plans d'action spécifiques	45
6.5.2.	Soutien insuffisant des maisons de repos (et de soins)	45
6.5.3.	Divergences de fonctionnement et d'attitude entre régions.....	45
6.6.	OBSTACLES AU NIVEAU DE LA SOCIÉTÉ DANS SON ENSEMBLE.....	46
7.	ANALYSE DES OUTILS DE DÉTECTION EXISTANTS	46
7.1.	OUTILS DE DÉTECTION DISPONIBLES DANS LES LANGUES NATIONALES BELGES	47
7.2.	PERSPECTIVES POUR LA BELGIQUE.....	49
7.2.1.	Aucun outil n'est utilisable dans toutes les situations	49



7.2.2.	Vers l'outil 'idéal' ?	50
8.	STRATÉGIES D'INTERVENTION PRÉCOCE : SIX PAYS SOUS LA LOUPE.....	51
8.1.	AUSTRALIE.....	51
8.2.	CANADA.....	52
8.3.	FRANCE.....	52
8.4.	PAYS-BAS.....	53
8.5.	ROYAUME-UNI.....	53
8.6.	ÉTATS-UNIS	53
8.7.	CONCLUSIONS POUR LA BELGIQUE.....	54
9.	ANALYSE DE POLITIQUES DE PRÉVENTION DANS 3 PAYS.....	56
9.1.	L'ADOPTION DE MESURES LÉGISLATIVES ET ADMINISTRATIVES	56
9.2.	L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT	57
9.3.	SENSIBILISATION ET FORMATION DES PROFESSIONNELS.....	58
9.4.	SENSIBILISATION DU GRAND PUBLIC.....	59
9.5.	SOUTIEN AUX AIDANTS PROCHES.....	59
9.6.	LA LUTTE CONTRE L'ÂGISME.....	60
9.7.	L'AUTONOMISATION DES PERSONNES ÂGÉES	60
9.8.	CONCLUSION.....	61
10.	PISTES POUR L'AMÉLIORATION DE LA POLITIQUE GLOBALE EN MATIÈRE DE MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE	61
10.1.	MISER SUR LES ACTEURS DE PREMIÈRE LIGNE FACE À LA MALTRAITANCE	62
10.1.1.	Développer un plan par étapes.....	62
10.1.2.	Mettre à disposition des outils de détection pratiques et adéquats	63



10.1.3.	Améliorer les connaissances des professionnels de première ligne	64
10.1.4.	Renforcer les portes d'entrées existantes.....	67
10.1.5.	Rendre possibles les concertations multidisciplinaires pour les problèmes de maltraitance de personnes âgées.....	69
10.1.6.	Instituer une personne de référence pour tous les professionnels de la santé et de l'aide sociale	70
10.2.	SOUTENIR LES APPROCHES INTERSECTORIELLES	70
10.2.1.	Plateformes et accords intersectoriels	71
10.2.2.	Family Justice Centres	71
10.3.	PRENDRE DES MESURES AU NIVEAU DE LA SOCIÉTÉ DANS SON ENSEMBLE	72
10.3.1.	Lutter contre l'âgisme à tous les niveaux de la société	72
10.3.2.	Sensibiliser le grand public à la maltraitance des personnes âgées	72
10.3.3.	Développer une politique intégrée de gestion des plaintes	73
10.3.4.	Adapter le fonctionnement des établissements d'hébergement et d'accueil et des services d'aide et de soins à domicile	73
10.3.5.	Mieux soutenir les aidants proches.....	74
10.3.6.	Renforcer les mesures non répressives	76
10.3.7.	Systématiser et centraliser l'encodage des données relatives à la maltraitance des personnes âgées.....	77
10.3.8.	Encourager la recherche	77
11.	PLAN PAR ÉTAPES.....	78
■	RECOMMANDATIONS.....	83



1. INTRODUCTION

1.1. Un problème sous-estimé et insuffisamment pris en charge

La maltraitance des personnes âgées est un problème largement sous-estimé, dont seule la pointe de l'iceberg est visible (Encadré 1). Au cours de l'année 2019, l'OMS estime que, dans la tranche d'âge des 60 ans et plus, une personne sur six a subi une forme de maltraitance ; pourtant, **seul un cas de maltraitance sur 24 est signalé** (4 %) ^a.

Encadré 1 – La maltraitance des personnes âgées dans le monde

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2017 sur la base de 52 études menées dans 28 pays de diverses régions du monde a rapporté qu'au cours d'une année écoulée, 15,7 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à leur domicile ont été victimes d'une forme de maltraitance ^b.

Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2011 mentionnait le chiffre de 2500 décès par an en Europe suite à des comportements maltraitants envers des personnes âgées. ^c

Toujours d'après l'OMS ^a, la maltraitance pourrait être encore plus fréquente chez les personnes âgées vivant en institution mais les données à ce sujet sont équivoques.

La maltraitance des personnes âgées peut se produire dans différents contextes : au sein de la sphère familiale, dans une maison de repos, dans le cadre de soins à domicile, etc. Elle peut se présenter sous différentes formes : maltraitance physique, psychologique, sexuelle, financière, civique (p.ex. placement forcé, privation de liberté, ouverture du courrier...), etc. (voir section 2.2).

Les conséquences de la maltraitance des personnes âgées sont multiples : lésions physiques, blessures psychologiques, augmentation de la mortalité, diminution de la qualité de vie, altération de l'état de santé général, etc. Les lésions physiques vont des égratignures et des contusions mineures aux fractures entraînant une invalidité, tandis que les conséquences psychologiques, parfois de longue durée, peuvent se manifester sous forme de dépression, de délire, de syndrome de stress post-traumatique et d'anxiété. La contention physique ou l'insuffisance des soins peuvent entraîner des lésions telles que des escarres. Une étude longitudinale ^d de 13 ans a montré que les personnes âgées victimes de maltraitance sont deux fois plus susceptibles de mourir prématurément que celles qui n'en sont pas victimes.

L'impact de la maltraitance et de la négligence est amplifié par la fragilité et la diminution des réserves physiologiques, plus fréquentes avec l'avancée en âge, ce qui fait qu'un incident, même unique ou apparemment sans gravité, peut déclencher une spirale descendante menant à la perte d'autonomie, à une maladie grave, voire au décès.

^a <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

^b Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(2):e147-e56

^c WHO Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen; 2011.

^d Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *Jama*. 1998;280(5):428-32.



Des données récentes montrent en outre que la maltraitance génère des coûts économiques considérables : les personnes âgées maltraitées doivent séjourner plus longtemps à l'hôpital et font davantage usage des services d'urgence que les personnes âgées non maltraitées.^e Par ailleurs, la mobilisation des systèmes juridique et social afin de gérer les situations problématiques liées à la maltraitance ont également un coût notable.

1.2. Objectifs de cette étude et questions de recherche

La question de recherche initiale de cette étude émanait d'une association d'infirmiers urgentistes qui souhaitaient que le KCE les aide à identifier un outil de détection de la maltraitance adapté à leur contexte de travail. Cependant, comme la détection ne représente qu'une étape de la chaîne de gestion de la maltraitance, le KCE a décidé d'aborder plus largement cette problématique. C'est pourquoi cette étude porte sur tous les types de maltraitements infligés à une personne âgée par des membres de son entourage proche ou par des professionnels de santé (indistinctement désignés comme « auteurs » dans cette synthèse), dans différents contextes (domestique, résidentiel, hospitalier, etc.). Elle aborde les différentes étapes de la gestion de la maltraitance, c'est-à-dire la prévention, la détection et l'intervention (pour les définitions de ces termes, voir chapitre 1.10 du [rapport scientifique](#)). La question de recherche initiale est donc maintenue, mais sa portée a été élargie, pour être finalement déclinée en plusieurs sous-questions :

- Comment la gestion de la maltraitance des personnes âgées est-elle organisée actuellement en Belgique ?

- Quels sont les obstacles et les facilitateurs rencontrés par les principaux acteurs impliqués dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées en Belgique ?
- Quels enseignements pouvons-nous tirer d'une sélection d'autres pays en matière de prévention et de réponse précoce à la maltraitance des personnes âgées ?
- Quels outils de détection de la maltraitance des personnes âgées sont disponibles pour les différents contextes de soins ?
- Quelles solutions peut-on proposer pour améliorer la gestion de la maltraitance des personnes âgées en Belgique ?

L'étude ne prend pas en compte les situations d'auto-négligence, ni les préjudices causés à une personne âgée en dehors d'une relation de confiance (p.ex. un vol de sac dans la rue).

^e Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL, Hunt JL, Talamantes MA, Brzyski RG, et al. Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *Am J Public Health.* 2004;94(4):605-12. ; Dong X, Simon MA. Association between elder abuse and use of ED: findings from the Chicago Health and Aging Project. *Am J Emerg Med.* 2013;31(4):693-8.



1.3. Méthodologie

La présente **synthèse** propose un résumé du travail effectué ; les recherches extensives ainsi que les références précises utilisées par l'équipe de recherche sont présentées dans les différents chapitres du **rapport scientifique** :

- Les **données** collectées dans le cadre de cette recherche proviennent essentiellement d'une revue non systématique de la littérature scientifique et de la littérature grise (documents gouvernementaux, sites internet, etc.) : pour les détails, voir les chapitres 1, 2, 3 et 4 du [rapport scientifique](#).
- La **législation, la doctrine et la jurisprudence** ont été consultées pour illustrer le volet légal du rapport : pour les détails, voir le chapitre 2 du [rapport scientifique](#).
- L'identification des **outils de détection** a fait appel à une revue systématique de la littérature scientifique : pour les détails, voir le chapitre 5 du rapport scientifique.
- Une **collecte de données qualitatives** a été réalisée auprès des principaux acteurs de terrain en Belgique afin d'identifier les obstacles majeurs à la détection et à la prise en charge des situations de maltraitance dans notre pays : pour les détails, voir les chapitres 6 et 7 du [rapport scientifique](#).

Enfin, sur la base des informations et données récoltées au cours de ces étapes, des pistes d'amélioration ont été élaborées et soumises aux principaux stakeholders via des groupes de discussion et une enquête en ligne, pour juger leur faisabilité et acceptabilité. Ici également, la méthodologie suivie est décrite en détail dans le chapitre 8 du [rapport scientifique](#).

^f https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_chapitre-6.pdf

2. LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES

2.1. Définition de la maltraitance des personnes âgées

L'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** définit la maltraitance des personnes âgées comme « *un acte unique ou répété, ou l'absence d'action appropriée, qui se produit dans le cadre d'une relation où l'on s'attend à de la confiance, et qui cause du tort ou de la détresse à une personne âgée.* »

Cette définition inclut les concepts de violence (geste singulier ou répétitif) et de négligence (absence d'action appropriée). Elle éclaire sur le fait que ce n'est pas l'intentionnalité qui compte, mais plutôt les résultats obtenus et elle insiste sur l'existence d'une relation de confiance entre la victime et l'auteur et sur l'importance des conséquences, que ces dernières soient ou non apparentes.^f

En **Belgique**, les différentes législations ne proposent pas de définition juridique uniforme de ce que l'on entend par « maltraitance des personnes âgées ». Le droit pénal et le droit civil utilisent leurs propres définitions des actes de maltraitance en termes d'infractions ou de responsabilité civile, sans en faire une catégorie d'actes spécifiquement ou exclusivement dirigés contre les personnes âgées.

Dans le cadre de l'action de l'**Agence Wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés (« Respect Seniors »)**, reconnue et subventionnée par les autorités wallonnes pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées, le Code wallon de l'action sociale et de la santé définit la maltraitance des personnes âgées comme « *tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe de personnes qui entretiennent une relation personnelle ou professionnelle avec un aîné, et qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice physique, moral ou matériel* »⁹.

⁹ Article 378 du Code Wallon de l'action sociale et de la santé (partie décrétable - décret du 29 septembre 2011).



En Flandre, le **Vlaams OndersteuningsCentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO)** a développé sa propre définition opérationnelle formulée comme suit : « *Par maltraitance à l'égard d'une personne âgée (de 55 ans ou plus), on entend tous les actes ou omissions (d'actes) de tous ceux qui sont dans une relation personnelle et/ou professionnelle avec la personne âgée, à la suite desquels celle-ci souffre ou est susceptible de souffrir (de façon répétée) de dommages physiques et/ou psychologiques et/ou matériels, et où la personne âgée présente une dépendance partielle ou totale* ». ^h En utilisant explicitement la notion d'ouderenmis(BE)handeling, le VLOCO souligne le fait que **l'acte maltraitant n'est pas toujours conscient ou intentionnel** (p.ex. un conjoint épuisé qui oublie de donner un médicament, le personnel des maisons de repos en sous-effectif structurel qui peine à accomplir les tâches essentielles, etc.).

Malgré l'absence d'une définition univoque et consensuelle, on constate que les notions de **préjudice** et de **relation de confiance** sont transversales dans toutes les définitions existantes, ainsi que, très souvent, le fait que la maltraitance peut être **active ou passive, unique ou répétée**.

Encadré 2 – À partir de quel âge une personne est-elle « âgée » ?

Bien que toutes les définitions de la maltraitance réfèrent aux personnes âgées, l'âge minimal à partir duquel une personne est dite « âgée » n'est pas toujours précisé ; ainsi en est-il de la définition proposée par l'OMS. Le Code Wallon de l'action sociale et de la santé place le seuil à « 60 ans au moins »^e tandis que le *Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling* (VLOCO – voir plus loin) définit un aîné comme une personne âgée de 55 ans et plus.

En fait, il n'existe pas de définition univoque de ce qu'est une « personne âgée ». La plupart des pays occidentaux ont accepté l'âge de 60 (ou 65) ans comme seuil de la vieillesse, mais cette limite est artificielle.

En effet, les personnes âgées constituent un groupe très hétérogène en fonction de leur « fragilité » c'est-à-dire leur capacité physiologique à rebondir après une maladie ou à réagir à un événement stressant. Ainsi, pour certains experts, la définition de la population à risque de maltraitance devrait se baser davantage sur la fragilité que sur l'âge. Toutefois, cette vision n'est pas non plus partagée par tous. D'autres experts avancent que le risque de maltraitance n'est pas lié à une vulnérabilité intrinsèque de la personne âgée mais plutôt à son environnement ; ils dénoncent donc la vision 'âgiste' liant risque de maltraitance à une fragilité de la personne âgée.

Pour toutes ces raisons, aucune limite d'âge n'a été fixée dans le cadre de cette étude.

^h <https://www.besafe.be/nl/veiligheidstemas/geweld/ouderenmis-be-handeling>



2.2. Types de maltraitance

Il existe de nombreuses classifications des différents types de maltraitance. Nous proposons la suivante, adaptée de Rosen *et al.*ⁱ

Maltraitance physique: *actions, paroles ou attitudes qui portent préjudice au bien-être ou à l'intégrité physique, comme l'usage intentionnel de la force physique pouvant entraîner des blessures corporelles, des douleurs physiques ou un handicap.* Par exemple : bousculer, intimider, frapper, brûler, nourrir de force, administrer des médicaments de façon inadéquate, utiliser des moyens de contention (physiques ou chimiques), gifler, donner des coups de pied, tirer les cheveux, utiliser des objets domestiques comme armes, utiliser des armes à feu, des couteaux, etc.

Maltraitance psychologique : *actions, paroles ou attitudes qui portent préjudice au bien-être ou à l'intégrité psychologique en infligeant intentionnellement de l'anxiété, de la douleur ou de la détresse.* Par exemple : chantage affectif, manipulation, humiliation, insultes, infantilisation, dénigrement, menaces verbales et non verbales (de punition ou de privation), privation d'autonomie, supervision excessive des activités, réprimandes verbales, harcèlement, intimidation, isolement des autres, etc.

Maltraitance sexuelle : *actions, gestes, paroles ou attitudes à connotation sexuelle qui ne sont pas consentis et qui affectent le bien-être, l'intégrité ou l'identité sexuelle de la personne.* Par exemple : commentaires ou attitudes suggestifs, blagues ou insultes à connotation sexuelle, promiscuité, exposition indécente (comportement exhibitionniste), agression sexuelle (attouchements non désirés, rapports sexuels forcés), nudité forcée, photographie sexuellement explicite, etc.

Maltraitance financière ou matérielle : *obtention ou utilisation frauduleuse, illégale, non autorisée ou malhonnête des biens ou des documents juridiques de la personne, privation d'information financière ou juridique, ou désinformation.* Par exemple : pressions pour modifier un

testament, transaction bancaire sans consentement (utilisation d'une carte de crédit, Internet, etc.), prix excessif facturé pour des services rendus, détournement de fonds ou de biens, vol d'identité, vol d'argent ou de biens, signature forcée de contrat, procuration forcée, etc.

Négligence : *refus ou défaut d'accomplissement d'une partie quelconque des obligations ou des devoirs envers la personne âgée, pouvant lui causer un préjudice ; peut être intentionnelle ou non intentionnelle.* Par exemple : privation de nourriture, d'eau, de vêtements, de logement, de médicaments ; non-pourvoi de soins d'hygiène personnelle ou d'aides physiques telles que déambulateur, canne, lunettes, appareils auditifs, dentier ; non-assistance en termes de sécurité personnelle ou de suivi médical approprié, non-information ou désinformation de la personne sur ses droits, non-assistance à sa participation dans l'exercice de ses droits, non-gestion des biens dans son intérêt ou non-fourniture des biens nécessaires ; non prise en considération des capacités, de la compréhension ou des connaissances financières d'une personne ; rejet, indifférence et isolement social, etc.

2.3. Facteurs de risque

Les facteurs de risque qui peuvent accroître les possibilités de maltraitance d'une personne âgée peuvent être relevés à plusieurs niveaux : au niveau individuel (personne âgée maltraitée et auteur de maltraitance), au niveau de la famille, au niveau du contexte de vie/de soins, et au niveau socioculturel. Cependant, le niveau de preuve scientifique soutenant la validité des différents facteurs de risque est variable, certains d'entre eux sont donc controversés.

En parallèle, certaines recherches^j mettent également en avant des **facteurs protecteurs** dans le chef de la victime potentielle et de son environnement.

ⁱ Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. Clin Geriatr Med. 2018;34(3):435-51.

^j https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_chapitre-6.pdf



2.3.1. Facteurs de risque – et de protection – liés à la personne âgée maltraitée

Les **facteurs de risque** classiquement considérés sont les suivants : dépendance ou difficulté financière, démence, sexe féminin, vieillesse avancée, faible niveau d'instruction, caractéristiques personnelles pouvant prédisposer aux préjugés (odeur, apparence...), comportement perturbateur ou violent envers les soignants (agressivité, réticence aux soins...), dépendance aux substances (alcoolisme, toxicomanie, médicaments), dépendance pour les soins de base (alimentation, hygiène, médicaments...), difficulté ou incapacité à s'exprimer, attitude de soumission, confiance excessive dans les autres, difficultés comportementales ou émotionnelles, isolement social ou géographique, méconnaissance des langues officielles, méconnaissance des droits et des ressources à sa disposition, méfiance à l'égard des services publics (services sanitaires et sociaux, police...) et mauvaise santé physique et mentale. Certains de ces facteurs de risque peuvent accroître la dépendance des personnes âgées à l'égard de leurs aidants proches.

Les **facteurs de protection** propres à la personne âgée elle-même sont l'estime de soi, la capacité à demander de l'aide, la compréhension des émotions et les facultés de coping, le sentiment de compétence et d'inclusion sociale (participation sociale), la capacité d'apprendre sur soi-même et sur la société, et le maintien de bonnes habitudes de vie.

2.3.2. Facteurs de risque liés à l'auteur

Du côté de l'auteur, le fait **d'être le principal aidant**, d'avoir le sentiment de porter ce rôle comme un **fardeau** ou de le ressentir comme une **obligation** peut être un facteur de risque important de glisser – même non intentionnellement – dans la maltraitance. Par ailleurs, les risques de devenir maltraitant sont majorés lorsque l'auteur potentiel est en proie à des problèmes de santé (physique ou mentale), d'abus d'alcool ou de drogues, ou à des problèmes professionnels, familiaux ou financiers. Chez un aidant proche, la dépendance émotionnelle ou financière vis-à-vis de la personne âgée augmente également le risque de maltraitance, de même que le manque de soutien extérieur et le manque de connaissances au sujet des éventuelles pathologies de la personne âgée et des soins appropriés à

donner. D'après les acteurs de terrain belges interrogés dans le cadre de cette étude, les auteurs potentiels les plus préoccupants sont les enfants (adultes) en situation de dépendance (alcool, drogues) et les aidants proches dépassés par la lourdeur de leur tâche. Le risque d'abus financier augmente également à cause de la digitalisation croissante des opérations bancaires et de l'assouplissement des règles en matière d'héritage.

2.3.3. Facteurs de risque – et de protection – liés à l'environnement familial et/ou social

L'OMS considère qu'une situation de vie commune est un facteur de risque, bien qu'il soit difficile de déterminer si les conjoints ou les enfants adultes des personnes âgées sont davantage susceptibles de commettre des actes de maltraitance. Dans certains cas, une longue histoire de mauvaises relations familiales peut s'aggraver en raison du stress lorsque la personne âgée devient plus dépendante. La transmission intergénérationnelle du comportement violent est également un facteur de risque plausible.

La solitude des aidants proches et des personnes âgées, et le manque de soutien social qui en découle, sont également des facteurs de risque majeurs et fréquents. En effet, de nombreuses personnes âgées sont isolées en raison d'un déclin de leurs capacités physiques ou mentales, et/ou du décès d'amis et de membres de la famille.

En revanche, la richesse du réseau social, la bonne adaptation du milieu de vie aux besoins de la personne âgée, l'absence de préjugés âgistes et la disponibilité de revenus suffisants sont considérés comme des facteurs protecteurs.



2.3.4. Facteurs de risque liés aux situations de soins délivrés par des professionnels en institution ou à domicile

Dans les situations de soins délivrés par des professionnels, la maltraitance est plus susceptible de se produire lorsque :

- les normes en matière de soins de santé et de services sociaux sont faibles ;
- le personnel est insuffisamment formé, supervisé, rémunéré et lorsqu'il est surchargé de travail ;
- l'infrastructure et l'équipement sont inadaptés ;
- l'organisation des soins est basée sur l'intérêt de l'institution plutôt que sur celui des résidents.

2.3.5. Facteurs de risque socioculturels

De nombreux facteurs socioculturels peuvent influencer le risque de maltraitance des personnes âgées. Dans notre culture occidentale, qui accorde une place prépondérante à la productivité, aux facultés cognitives et à la rationalité, **la représentation des personnes âgées comme étant fragiles, faibles et dépendantes** génère une attitude globalement négative à leur égard (**âgisme**) qui accentue le risque de maltraitance. En effet, dans la mesure où les personnes âgées ne correspondent pas/plus à la norme sociale et sont traitées comme « déficitaires » (ce qui peut inclure le fait d'être moins valorisé et moins visible), elles sont reléguées à un statut de moindre valeur et leurs besoins sont traités comme s'ils n'avaient pas autant d'importance que ceux des actifs.

D'autres facteurs socioculturels sont l'érosion des liens entre les générations d'une famille, le manque de moyens financiers, les systèmes d'héritage (qui affectent la distribution du pouvoir et des biens matériels au sein des familles), la migration des jeunes couples (laissant les parents âgés seuls, particulièrement dans des sociétés où les personnes âgées étaient traditionnellement prises en charge par leur progéniture), et le manque de moyens pour payer les soins et les services d'aide.

2.4. Causes de la sous-détection

La sous-détection des situations de maltraitance des personnes âgées résulte le plus souvent d'une **intrication complexe de facteurs interdépendants, qui peuvent relever de différents secteurs**. Les professionnels de première ligne ne sont pas suffisamment formés pour reconnaître ces situations, ne savent pas comment réagir, craignent de perdre la confiance de la personne âgée ou de son entourage, ou sont mis en difficulté par les obligations que leur impose leur secret professionnel. Si, de surcroît, ils ne peuvent pas s'appuyer sur un cadre solide et clair pour signaler un cas et s'ils n'ont pas la possibilité de faire appel à un service spécialisé car celui-ci est sous-financé et ne peut pas répondre à la demande, ils seront probablement moins motivés à intervenir.

Les personnes âgées maltraitées elles-mêmes se taisent trop souvent, par honte de leur situation, par loyauté vis-à-vis de l'auteur de la maltraitance, par crainte de représailles ou parce qu'elles craignent de perdre un contact social qu'elles considèrent comme précieux. Il se peut également qu'elles ne connaissent pas les possibilités d'aide, ou peut-être, tout simplement, ne se rendent-elles pas compte que ce qu'elles vivent est de la maltraitance. L'entourage (famille, voisins...) rencontre également des difficultés à demander de l'aide pour autrui par refus de s'immiscer dans la situation ou par crainte de représailles. Enfin, il existe aussi parfois une certaine méfiance vis-à-vis des services d'aide.



2.5. Efficacité des interventions de prise en charge

Les preuves de l'efficacité des interventions sont actuellement très limitées. Conséquence pratique de cet état de fait, la manière dont les situations de maltraitance sont gérées dépend fortement de la sensibilité du professionnel impliqué.

C'est pour cette raison que les auteurs d'une revue Cochrane récente (2016)^k concluent à la nécessité de mener des études d'évaluation de haute qualité pour déterminer s'il existe des programmes d'intervention spécifiques efficaces pour réduire les épisodes de maltraitance chez les personnes âgées. Ils recommandent également d'inclure dans toutes les recherches futures l'évaluation de la mise en œuvre des programmes d'intervention, en incluant une analyse coût-efficacité et un volet d'évaluation de l'équité.

Une équipe canadienne a effectué une revue systématique de la littérature en 2017^l (incluant des publications évaluées par les pairs de 2009 à 2016) portant sur l'efficacité des interventions communautaires de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Là encore, les données probantes sont rares, ce qui peut s'expliquer par les difficultés à mesurer des résultats tels que la « diminution de la maltraitance et de la négligence envers les personnes âgées » ou des interventions telles que « la prévention de la maltraitance ».

Au niveau international le nombre de publications se multiplie sur le sujet ces dernières années. En Belgique, l'intérêt académique pour le sujet existe, mais les initiatives restent isolées.

^k Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(8):CD010321.

3. SITUATION BELGE : LES ACTEURS ET SERVICES SPÉCIALISÉS DANS L'AIDE

De façon très schématique, la détection d'une situation de maltraitance peut donner lieu à deux grands types d'approche : soit **l'organisation d'une trajectoire d'aide (approche volontaire)**, soit un renvoi direct vers une **trajectoire judiciaire** (pour les cas les plus graves). En Flandre, il existe une voie médiane pour les cas les plus complexes, sous la forme d'un suivi conjoint par les secteurs de l'aide sociale, la police et la justice (**approche en chaîne** – voir plus loin).

Dans ce chapitre, nous passons en revue les intervenants directement impliqués dans l'approche dite 'volontaire' de la maltraitance des personnes âgées, tandis que les approches judiciaires sont décrites dans le chapitre suivant.

Les acteurs de l'approche volontaire reçoivent les appels à l'aide, offrent une écoute, des informations et des conseils, orientent, voire organisent une prise en charge et un suivi de la situation. Ces acteurs sont aussi impliqués dans la prévention (par exemple, en mettant en place des campagnes de sensibilisation ou en donnant des formations aux professionnels). D'autres organisations s'investissent spécifiquement pour les aidants proches, qui jouent un rôle crucial dans le contexte de la maltraitance des personnes âgées, ou dans la lutte contre l'âgisme. Ces différents acteurs et leur apport spécifique sont décrits plus en détail dans le chapitre 2 du [rapport scientifique](#).

Toutefois, la problématique de la maltraitance des personnes âgées est complexe et **recouvre souvent de nombreux autres problèmes sous-jacents**, tant dans le chef de la victime que de l'auteur (difficultés relationnelles préexistantes, toxicomanies, problèmes financiers, problèmes mentaux, etc.). Les acteurs impliqués dans la gestion de telles situations sont donc souvent amenés à faire appel à des services spécialisés (par

^l Fearing G, Sheppard CL, McDonald L, Beaulieu M, Hitzig SL. A systematic review on community-based interventions for elder abuse and neglect. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2017;29(2-3):102-33.



exemple des services pour la prise en charge des addictions). Nous n'entrons pas dans une description détaillée de ces services spécialisés qui relèvent d'une autre thématique que celle de ce rapport.

Comme les compétences liées à la gestion de la maltraitance des personnes âgées dans la trajectoire d'aide sont principalement exercées par les entités fédérées, les acteurs s'organisent et interagissent différemment selon les régions/communautés du pays. Dans cette synthèse, nous utiliserons la terminologie générale « établissements d'hébergement et d'accueil pour personnes âgées » lorsque nous ferons référence aux MR/MRS, résidences-services, centres d'accueil de jour, de soir et/ou de nuit, centres de soins de jour et les courts séjours. Cette terminologie permet d'englober tous les établissements d'hébergement et d'accueil dans les 3 Régions du pays, quelles que soient leurs appellations respectives.

3.1. En Flandre

En Flandre, la politique relative à la maltraitance des personnes âgées est intégrée dans une **approche globale de la violence intrafamiliale**. La porte d'entrée de ce plan d'approche est **une ligne d'assistance téléphonique (1712)** ouverte au grand public pendant les heures de bureau, et également accessible via e-mail, Facebook ou une *chatbox*. Cette ligne téléphonique accueille les appels pour tous les types de violence intrafamiliale ; ceux relatifs à la maltraitance de personnes âgées sont assez rares.

La réponse donnée aux appels signalant une situation de maltraitance consiste essentiellement à offrir une écoute, des informations (p.ex. juridiques) et des conseils (p.ex. comment réagir à la situation). Les appelants sont parfois orientés vers des organisations telles les CAW (*Centra voor Algemeen Welzijn*) ou les services sociaux qui proposent de l'aide concrète (par exemple l'envoi d'une aide-ménagère pour soulager un aidant proche dépassé). L'initiative d'agir est laissée à l'appelant, sauf en cas de suspicion de danger grave. Ce sont les organismes compétents pour l'aide de première ligne en matière de bien-être des personnes, tels que les CAW, les CPAS, les services sociaux des mutualités, etc. qui gèrent ces situations. Il n'y a donc **pas d'organisation spécialisée unique centralisant la gestion de ces situations**. Il s'ensuit que l'enregistrement

des situations de maltraitance signalées n'est pas effectué de manière homogène, ce qui empêche d'avoir une vue d'ensemble fiable de l'ampleur du problème.

Pour les cas de **maltraitance au sein d'établissements d'accueil et d'hébergement**, la « *Woonzorglijn* » est accessible par téléphone (02/553.75.00) tous les jours ouvrables, uniquement en matinée, ou via un formulaire en ligne. La *Woonzorglijn* coopère avec le département *Woonzorg en Eerste Lijn* de l'*Agentschap Zorg en Gezondheid* (Agence flamande pour les soins et la santé) et avec l'Inspection des soins (*Zorginspectie*), qui peuvent assurer le suivi des plaintes et chercher la solution la plus appropriée à la situation (et éventuellement prendre des sanctions – voir plus loin).

La ligne d'assistance 1712 n'est **pas destinée aux professionnels** ; ceux-ci sont plutôt orientés vers le **VLaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO)** lorsqu'ils ont besoin d'être conseillés. Toutefois, comme le VLOCO est intégré au CAW de la province de Flandre orientale, la plupart des appels qu'il reçoit proviennent de Flandre orientale (36 %), et de la province d'Anvers (29 %), grâce à la présence de CAW dynamiques dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées. Le VLOCO a été très actif dans la formation des professionnels et la sensibilisation du grand public à la problématique, mais il ne compte plus qu'un seul employé au moment de la rédaction de ce rapport, en raison de restrictions budgétaires.

Le VLOCO a également à son actif la création d'une plateforme de discussion dans la province de Flandre orientale, avec des représentants de CPAS, des soins à domicile, etc., et une collaboration avec le SEL (*Samenwerkingsinitiatief EersteLijnsgezondheidszorg*) de Waasland qui a débouché sur l'élaboration d'une **procédure d'intervention par étapes (stappenplan)** pour la prise en charge des situations de maltraitance des personnes âgées. Une autre mission particulière du VLOCO a été l'élaboration d'un **instrument d'évaluation des risques de maltraitance** en collaboration avec la *Vrije Universiteit Brussel* (VUB), l'**échelle RITI** de détection de la maltraitance des personnes âgées (voir chapitre 7).

Dans les cas de violence intrafamiliale plus difficiles (et souvent plus graves), lorsque l'approche volontaire ne semble pas suffisante, il peut être



nécessaire de mettre en collaboration les services sociaux avec la police et la justice, qui suivent alors conjointement le cas. C'est ce que l'on appelle « **l'approche en chaîne** » (*ketenaanpak*). Elle permet aux différents acteurs de partager leurs informations et points de vue afin de trouver ensemble les solutions les plus adéquates. Concrètement, dans une approche en chaîne, le dossier passe par un partage d'informations (pertinentes et nécessaires), l'élaboration d'une approche personnalisée et un suivi du dossier.

L'approche en chaîne n'est actuellement pas accessible directement par le grand public ; elle est généralement initiée par la police ou par les services d'aide et de support. Dans certaines provinces flamandes, le développement de l'approche en chaîne a abouti à des collaborations structurées dans le cadre de **Family Justice Centres (FJC)**. Un FJC peut servir de lieu où la police, le parquet, les CAW, l'Aide à la jeunesse (*Jeugdhulp*), des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux sont physiquement réunis sous un même toit, ce qui leur permet d'échanger leurs points de vue, de réagir rapidement et de centraliser les interventions nécessaires pour la victime et ses proches. De cette manière, le processus judiciaire se déroule en coordination constante avec le processus d'assistance. Une solution intermédiaire également rencontrée est la mise en place d'un gestionnaire de cas (*case manager*) pour assurer la coordination et le suivi des prises en charge et référer vers des instances plus spécialisées lorsque c'est nécessaire.

Les FJC ne sont pas (encore) structurellement ancrés dans la législation et n'ont donc pas de financement pérenne ; les services participants les financent sur leurs propres budgets, avec éventuellement des moyens supplémentaires de la part des autorités locales ou provinciales. Au moment de la rédaction de ce rapport, on comptait 3 FJC en Flandre (Antwerpen,

Limburg, Mechelen), chacun avec ses propres spécificités. Il nous revient cependant^m qu'une étude sur un éventuel déploiement des FJC dans toute la Flandre a été lancée. L'objectif est de renforcer leur visibilité et leur domaine d'action, voire de les rendre directement accessibles pour les professionnels et la population. Les FJC pourraient ainsi devenir des points de contact uniques pour toutes les formes de maltraitance (et plus seulement pour les cas complexes). Il faut toutefois souligner que, à l'heure actuelle, seule une minorité des cas traités par les FJC concernent la maltraitance de personnes âgées.

Encadré 3 – Prévalence de la maltraitance des personnes âgées en Flandre

En 2018, le nombre de cas de maltraitance de personnes âgées enregistrés en Flandreⁿ reste difficile à déterminer. En effet, étant donné qu'il n'existe aucune centralisation des données sur la maltraitance des personnes âgées, la prévalence est probablement sous-estimée.

Le **VLOCO** (qui ne recueille que les déclarations des professionnels) a enregistré une centaine de cas, dont une majorité de violences psychologiques et physiques, suivies de près par les abus financiers. Dans 63 % des cas, les victimes vivaient avec l'auteur des faits^o. Et dans seulement 1 % des cas, l'auteur de la maltraitance était un professionnel.

Le VLOCO dispose également de données provenant de la complétion d'échelles RITI (instrument d'évaluation des risques – voir plus loin) ; en 2018, ces échelles ont été complétées 58 fois. Plus de 75 % de ces enregistrements indiquaient un code 'rouge', ce qui correspond à un risque de maltraitance très élevé.

^m Communication personnelle du cabinet de la Ministre flamande de la Justice et du Maintien, de l'Environnement, de l'Énergie et du Tourisme, Zuhair Demir (NVA) et de responsables de FJC.

ⁿ Il est très difficile de comparer les enregistrements des organisations spécialisées car la manière dont elles ventilent les chiffres n'est pas similaire (p.ex. certaines organisations enregistrent tous les appels, tandis que

d'autres n'enregistrent que les cas pour lesquels un dossier a été établi). Cependant, la tendance générale est que moins de cas sont signalés en Flandre.

^o Jaarverslag VLOCO 2018. Disponible ici : https://wp.assets.sh/uploads/sites/430/2019/06/VLOCO_JVSL_2018-online.pdf



La **ligne d'assistance téléphonique 1712** a pour sa part relevé 159 cas. La majorité des cas provenait du contexte familial. Dans 9 % des cas, la maltraitance relevait d'un établissement d'hébergement^p. Six pourcent des cas relevaient d'un contexte médical ou psycho-social.

En 2018, les **Centra voor Algemeen Welzijn** (CAW) ont lancé 82 procédures d'assistance liées à de la maltraitance de personnes âgées^q

3.2. En Wallonie

En Wallonie, toute la problématique de la maltraitance des personnes âgées est gérée par l'**Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés, appelée aussi « Respect Seniors », subventionnée par la Région wallonne pour couvrir ses frais de personnel et de fonctionnement.** Respect Seniors analyse les situations qui lui sont signalées (y compris en accueil résidentiel), conseille, coordonne les professionnels concernés et, si nécessaire fait appel à un réseau d'intervenants au niveau local (services d'aide à domicile, médecins traitants, administrateurs de biens, maisons de repos...). L'agence s'occupe également de la sensibilisation du grand public, de la prévention, de la promotion de la bientraitance et, de façon générale, de la réflexion autour de la maltraitance des personnes âgées. En 2018, les 213 séances de sensibilisation de Respect Seniors ont permis de toucher 7427 personnes. Et récemment, l'agence a été mandatée pour former des agents de la police.

Respect Seniors dispose de six antennes couvrant l'ensemble du territoire de la Région wallonne et a mis en place une **ligne téléphonique d'urgence** (0800 / 30.330). Cette ligne est accessible **au grand public et aux professionnels** pendant les heures de bureau ; les répondants sont des travailleurs psychosociaux. Toutes les informations échangées avec les appelants sont encodées dans une **base de données commune**, accessible à tous les membres du personnel de l'agence, ce qui facilite le partage et la transmission d'informations entre antennes, tout en respectant le secret professionnel.

La philosophie de l'approche de Respect Seniors est systémique, prenant en compte la complexité de chaque situation et le point de vue de chacune des personnes impliquées, sans juger ni stigmatiser. L'organisation insiste également sur la prise en compte des capacités de décision de la personne âgée et sur le respect de son consentement (sauf dans des situations dangereuses ou très graves).

Il n'existe **pas d'initiatives d'approche en chaîne, ni de Family Justice Centre** en Wallonie, mais il semble que des collaborations informelles entre police, justice et services d'aide sociale aient lieu, sur une base anonyme (sans partage de données).

^p Jaarverslag 1712 2018. Disponible ici : https://1712.be/Portals/1712/volw/Files/Documents/Jaarverslag1712_2018.pdf

^q Jaarverslag VLOCO 2018 https://wp.assets.sh/uploads/sites/430/2019/06/VLOCO_JVSL_2018-online.pdf p.15



Encadré 4 – Prévalence de la maltraitance des personnes âgées en Wallonie

En 2019, **Respect Seniors** a reçu 2007 contacts liés à une suspicion de maltraitance envers une personne de 60 ans ou plus. Cette année-là, 746 nouvelles fiches relatives à une situation de maltraitance présumée ont été créées. Au total, 855 situations ont été suivies en 2019, dont 65,8 % provenaient du domicile et 25,1 % d'une institution (certaines situations étant déjà en cours lors des années précédentes)^r.

L'auteur de la maltraitance est un membre de la famille dans 65,8 % des cas, un professionnel d'une institution dans 13,8 % des cas, un autre professionnel (sans précision) dans 7,4 % des cas et un membre de l'entourage (amis, voisins) dans 6,5% des cas.

3.3. À Bruxelles

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, les principaux acteurs concernés par la maltraitance des personnes âgées émanent du secteur des soins résidentiels. Il s'agit d'**Infor-Homes** pour les francophones (financé par la Commission communautaire française - CoCoF et par IrisCare) et de **Home-Info** pour les néerlandophones (financé par la *Vlaamse Gemeenschapscommissie* - VGC) ; les deux organisations sont regroupées au sein d'une organisation coupole (vzw Home-Info/asbl Infor-Homes), financée par la CoCom/GGC

Infor-Homes et Home-Info ont des missions similaires, c'est-à-dire avant tout fournir des informations sur les lieux d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées, à leur famille et/ou aux prestataires de soins, signaler les problèmes et/ou les lacunes aux pouvoirs publics concernés et sensibiliser le grand public au respect des personnes âgées. Les deux organisations peuvent jouer un rôle de médiateur dans les établissements de soins pour

personnes âgées, lorsque des problèmes sont signalés (ou soupçonnés). Au sein d'Infor-Homes, un service de médiation propose un espace de dialogue, la 'Senior Médiation', pour aborder les questions difficiles et construire des solutions pratiques face à une situation conflictuelle^s. Il se concrétise par des conventions de partenariat avec des médiateurs familiaux agréés qui se forment en gérontologie.

Chacune des deux organisations a mis en service **un point de contact spécifique pour les questions de maltraitance** : **Écoute Seniors** (anciennement SEPAM) pour les francophones (02/223.13.43) et **Brusselse Meldpunt Ouderenmis(be)handeling** pour les néerlandophones (02/511.91.20). Ces deux services peuvent être utilisés tant par les personnes âgées vivant dans un établissement de soins que par celles vivant à domicile, ainsi que par les professionnels impliqués dans un cas de maltraitance (présumée). Le contact peut se faire par téléphone (mais les heures de permanence sont restreintes) ou par mail (ecouteseniors@inforhomesasbl.be; brusselomb@misc.irisnet.be).

^r <http://www.respectseniors.be/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-administratif-annuel-2019Respect-Seniors-2019-2.pdf>

^s <http://www.inforhomesasbl.be/fr/senior-mediation>



Encadré 5 – Prévalence de la maltraitance des personnes âgées à Bruxelles

En 2019, **Écoute Seniors** (anciennement SEPAM) a reçu 660 signalements de maltraitance de personnes âgées, dont 262 ont mené à la constitution d'un dossier^t. Parmi ceux-ci, 64 % concernaient une situation en institution.

Le **Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling** a reçu 149 signalements^u, dont 34 ont mené à la constitution d'un dossier ; 76 % de ces signalements concernaient une situation en institution d'accueil et d'hébergement et 19 % une situation vécue à domicile. Dans les institutions d'accueil et d'hébergement, 75 % des cas signalés relevaient d'une maltraitance commise par un professionnel ; à domicile, ce chiffre était de 13 % des cas.

De plus, le **Dienststeele für Selbstbestimmtes Leben** (l'office pour une vie autodéterminée) institué au sein de la Communauté germanophone informe et conseille les seniors et leurs proches (et toute personne ayant besoin de soutien) concernant les aides existantes et la prévention de la maltraitance.

Il existe aussi de nombreuses initiatives locales, notamment une **maison de rencontre** tenue par des bénévoles afin d'offrir un lieu où toute personne en demande d'aide peut trouver une écoute, des conseils et une certaine sécurité, avant d'être éventuellement orientée vers d'autres services.

3.4. En Communauté germanophone

En Communauté germanophone, il n'y a pas de structure spécifique à la maltraitance des personnes âgées comparable à Respect Seniors (Wallonie) ou Infor-Homes (Bruxelles). Cependant, sur le terrain, les services actifs en Communauté germanophone contactent l'ASBL Respect Seniors en cas de besoin.

Une **ligne d'assistance téléphonique existe** pour tous les appels d'urgence (le 108), qui est accessible 24h/24 et 7 jours sur 7. Les répondants sont des bénévoles ; ils donnent des informations sur les services de conseil et de soutien existants et peuvent transmettre l'appel à des institutions ou services spécialisés si l'appelant le souhaite.

^t http://www.inforhomesasbl.be/images/Inforhomes/PDF/2019_Rapport_Activites_IH.pdf

^u <https://home-info.be/wp-content/uploads/2020/05/jaarverslag-HI-OMB-2019-DEF.pdf>



4. SITUATION BELGE : CADRE LÉGAL DE PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES

Dans ce chapitre consacré au cadre légal, nous résumons les mesures judiciaires, déontologiques et administratives possibles en réponse à des situations de maltraitance de personnes âgées, lorsque les actions requises vont au-delà du champ d'action des secteurs de la santé et de l'action sociale. Les mesures classées comme « répressives » se concentrent principalement sur la sanction de l'auteur tandis que les mesures classées comme « non répressives » (préventives ou correctrices) visent principalement à protéger la personne âgée. Ces mesures sont cumulables.

Ce chapitre aborde ensuite quelques notions relatives au secret professionnel. En effet, il est important que les professionnels qui soignent ou sont en contact avec des personnes âgées sachent dans quelle mesure ils peuvent déposer une plainte ou signaler des faits à différentes autorités, tout en respectant les balises de leur secret professionnel. Dans certains cas, il s'agira même d'une obligation (voir section 4.3).

L'analyse détaillée du cadre légal belge se lit au chapitre 2 du [rapport scientifique](#) en anglais.

4.1. Mesures répressives

4.1.1. Infractions et procédures pénales

Au niveau **pénal**, il n'existe pas d'infractions spécifiques visant exclusivement la maltraitance des personnes âgées. Un nombre important d'infractions pénales de droit commun peuvent toutefois constituer des chefs d'inculpation pour ce type de faits (coups et blessures, non-assistance, menaces, harcèlement, escroquerie, empoisonnement, abandon, négligence, etc.). Depuis 2011, **certaines de ces infractions sont plus sévèrement sanctionnées si elles sont perpétrées à l'encontre de personnes considérées comme « vulnérables », dont font partie les personnes âgées^v**. Dans la foulée de cette réforme, un délit spécifique « d'abus de faiblesse » a été ajouté, notamment pour renforcer la protection des aînés^w. Les comportements maltraitants contre les personnes âgées semblent donc largement couverts en termes de qualification.

Il existe par ailleurs **des circulaires « COL »** émises par le ministre de la justice et le collège des procureurs généraux (donc contraignantes) pour prescrire à la justice et à la police la manière de traiter et d'enregistrer les violences intrafamiliales (COL 3/2006) et notamment les violences dans le couple (COL 4/2006). Ces circulaires couvrent partiellement certaines situations de maltraitance des personnes âgées, à savoir les violences commises par un descendant ou un autre membre de la famille proche ou par un conjoint. Les obligations contenues dans ces circulaires peuvent être adaptées au contexte local par les responsables de la justice et de la police, ce qui a pour conséquence de grandes différences dans les pratiques entre arrondissements mais aussi entre Régions. Une circulaire COL a également été publiée (COL 4/2018) pour clarifier le cadre dans lequel les concertations entre la police, la justice et les services d'aide peuvent avoir lieu. Ces concertations pourraient également être organisées pour les cas

^v Loi du 26 novembre 2011 modifiant et complétant le Code pénal en vue d'incriminer l'abus de la situation de faiblesse des personnes et d'étendre la protection pénale des personnes vulnérables contre la maltraitance

^w Article 442^{quater} du Code pénal.



de maltraitance à l'égard des personnes âgées (article 458ter du Code pénal – 4.3). Enfin, une autre circulaire couvre les interdictions temporaires de résidence en cas de violence domestique (COL 18/2012).

Plus spécifiquement, il est question de définir une politique pénale en matière de maltraitance des personnes âgées via une circulaire spécifique. Cette circulaire doit détailler la façon dont les autorités judiciaires du pays gèrent ce type de maltraitance ainsi que les données à enregistrer pour disposer de statistiques pertinentes. À l'heure d'écrire ces lignes, cette circulaire était encore en préparation.

Afin de soutenir les personnes âgées dans le cadre des procédures pénales, il existe différents **services d'aide aux victimes** (services d'assistance policière aux victimes, maisons de justice, et services agréés d'aide aux victimes – voir Encadré 6).

Encadré 6 – Les services d'aide aux victimes

Il existe différents types de soutien pour les victimes d'infractions pénales:

Services d'assistance policière aux victimes

Présents dans chaque zone de police locale, ces services de première ligne offrent un soutien aux victimes directement après les faits (soutien moral, écoute, aide dans les démarches pratiques et administratives, etc.). Ces services peuvent intervenir même si la victime hésite à porter plainte, par exemple en cas de violence domestique.

Services d'accueil des victimes dans les Maisons de justice

Les Maisons de justice offrent une gamme de services et de soutien tout au long de la procédure judiciaire, du dépôt de plainte jusqu'à l'exécution de la peine par l'auteur de l'infraction. Elles servent d'interface avec le pouvoir judiciaire, mais uniquement avec l'accord du juge en charge du dossier. Elles ne fournissent pas de soutien psycho-social. Ces services sont placés sous la compétence des entités fédérées.

ASBL Services d'aide aux victimes (SAV)

Les services d'aide aux victimes sont des ASBL reconnues et subsidiées par les entités fédérées. Ce sont des services indépendants de la police et de la justice. Ils apportent un soutien social, administratif et psychologique à court, moyen ou long terme aux victimes de toutes les formes de violence. Il en existe au moins un par arrondissement judiciaire.

Enfin, pour certains délits, les personnes âgées peuvent se faire accompagner par une personne de leur choix lors de l'audition par les autorités judiciaires ; dans le cadre de procédures pour abus de faiblesse, il est théoriquement prévu que cet accompagnement puisse être fait par une organisation spécialisée tout au long de la procédure. Néanmoins les arrêtés royaux nécessaires à l'implémentation de cette décision n'ont jamais été adoptés.

4.1.2. Alternatives possibles à la sanction pénale

De nombreuses personnes âgées mais aussi de nombreux professionnels voient le système pénal comme exclusivement punitif et hésitent à porter plainte ou à signaler certains comportements par crainte de rompre définitivement un lien important à leurs yeux et d'envoyer l'auteur en prison. Pourtant, plusieurs alternatives existent tant pour le Procureur du Roi (dans la phase préalable au procès) que pour le juge.

Ainsi, il est relativement fréquent que le Procureur du Roi conditionne le classement sans suite des poursuites au respect de mesures qu'il juge utiles pour désamorcer la situation (par exemple suivre une formation, s'éloigner quelque temps du domicile, ne pas récidiver...). Par ailleurs, l'article 216ter du Code d'instruction criminelle lui permet de proposer une **médiation pénale** assortie le cas échéant de mesures d'accompagnement (voir Encadré 7) pour mettre fin aux poursuites, si du moins l'auteur reconnaît sa responsabilité et est prêt à réparer les dommages.



Enfin, il est possible pour un juge de prononcer des conditions (mesures probatoires) comme l'interdiction de tout contact avec la victime, une peine de travail, ou le suivi d'une formation à la gestion de l'agressivité. Si ces mesures sont respectées par l'auteur, la peine ne sera pas exécutée.

Les parties peuvent également demander que le conflit soit résolu par la **médiation selon la loi de 2005** (voir Encadré 7).

Encadré 7 – Les procédures de médiation

Il existe deux types de procédures de médiation reconnues en cas d'infractions pénales.

La médiation pénale^x

La médiation pénale est une procédure que le Procureur du Roi peut proposer à l'auteur et à la victime et qui vise à résoudre un litige sans l'intervention d'un juge. Elle ne peut être appliquée que si l'infraction ne semble pas devoir être punie de plus de deux ans d'emprisonnement. L'objectif est d'initier un processus de communication entre l'auteur et la victime au terme duquel les deux parties parviennent à un accord.

Si nécessaire, le Procureur du Roi peut y ajouter :

- un règlement des dommages entre l'auteur de l'infraction et la victime,
- le suivi d'une thérapie,
- le suivi d'une formation,
- des travaux d'intérêt général.

Cette médiation est organisée par les Maisons de justice.

Bien que cette procédure semble être une bonne option pour les cas de maltraitance des personnes âgées, les stakeholders interrogés ont signalé certains obstacles à son utilisation, comme la surcharge des services de médiation des Maisons de justice, ou le fait que la victime est souvent réticente ou incapable d'y coopérer pleinement en raison de sa relation étroite avec l'auteur.

La médiation selon la loi de 2005^y

Contrairement à la médiation pénale, la médiation organisée dans le cadre de la loi de 2005 ne met pas fin aux poursuites pénales. Elle ne relève pas du Procureur du Roi ; ce sont les parties elles-mêmes (auteurs, victimes, proches) qui peuvent en faire la demande, à tout moment de la procédure et même après la condamnation de l'auteur. Son champ d'application est également beaucoup plus large que celui de la médiation pénale, car il n'est pas limité par la nature du délit, ni par sa gravité.

Comme la médiation pénale, il s'agit d'un processus qui permet aux personnes en conflit de participer activement et volontairement à la résolution des difficultés. Elle est effectuée par des médiateurs professionnels indépendants. Son but est de faciliter la communication et d'aider les parties à s'entendre sur la manière de remédier au problème.

Ici encore, il s'agit d'une option intéressante pour les cas de maltraitance. Néanmoins, sur le terrain, il a été signalé que les médiateurs refusent d'intervenir lorsqu'il y a un déséquilibre dans la relation, ce qui est presque toujours le cas pour la maltraitance des personnes âgées.

^x Article 216 ter du Code d'instruction Criminelle.

^y Loi du 21 février 2005 modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne la médiation.



4.1.3. Sanctions administratives contre des établissements d'accueil et d'hébergement ou des services de soins à domicile

La programmation, l'agrément et le contrôle des établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées sont placés sous la compétence des entités fédérées (**Région Wallonne** (hors Communauté germanophone) : Service Public de Wallonie – Direction des Aînés ; **Communauté Flamande** : *Agentschap Zorg en Gezondheid* ; **Région bruxelloise** : pour les centres de soins résidentiels néerlandophones, la Communauté flamande est compétente et sa compétence est exercée par l'*Agentschap Zorg en Gezondheid* et pour les institutions bicommunautaires et francophones, la CCG/CoCom est compétente et sa compétence est exercée par IRISCARE. **Pour la Communauté germanophone** : la tutelle sur les maisons de repos et de soins est une compétence du gouvernement de la Communauté germanophone.

Dans toutes les entités fédérées, les **établissements d'accueil et d'hébergement** doivent satisfaire à des critères d'agrément et à des normes de qualité. Celles-ci concernent entre autres le respect de la vie privée, la dignité, l'autonomie, la participation, la liberté de choix, l'intégration, la sécurité, le droit de plainte, l'information et les droits des résidents, mais elles ne comportent rien de spécifique au sujet de la maltraitance des personnes âgées (sauf à Bruxelles où certains établissements dépendant de la CoCom/GGC doivent afficher de façon visible les numéros des services spécialisés dans la maltraitance et former leur personnel à cette thématique).

Pour les **services d'aide et de soins à domicile**, chaque entité fédérée prévoit également des règles, mais celles-ci restent souvent assez générales (un personnel suffisant, une organisation respectueuse des droits fondamentaux des personnes âgées, la poursuite d'une politique de qualité, etc.).

En Flandre, les *Woonzorgvoorzieningen* (incluant centres de services locaux, organisations de soins à domicile, appartements supervisés ou maisons de repos et de soins) et les associations d'aidants proches doivent disposer d'une procédure de prévention, de détection et d'intervention appropriée face à toute forme de comportement inapproprié à l'égard des bénéficiaires/usagers/résidents. Tout comportement inapproprié doit également être signalé de manière anonyme à l'*Agentschap Zorg en Gezondheid*. Il est également prévu que tout événement grave qui pourrait compromettre ou avoir un impact sérieux sur les soins, la santé, la sécurité, la dignité ou l'intégrité des bénéficiaires/usagers/résidents doit être signalé immédiatement.

Dans le cadre du projet flamand d'indicateurs de qualité pour les centres de soins résidentiels, les établissements mesurent certains indicateurs spécifiques de qualité et de sécurité des soins, ainsi que des indicateurs relatifs aux soignants et à l'organisation des soins (p.ex. incidence des chutes, escarres, mesures de contention). Chaque établissement doit soumettre ces données deux fois par an. Les résultats de ces indicateurs sont publiés sur le site du *Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg*.^z

Les établissements d'accueil et d'hébergement, les soins à domicile et les associations d'aidants proches sont également tenus de s'enquérir de la satisfaction de leurs résidents au moins tous les trois ans et de procéder aux ajustements nécessaires en fonction des résultats.

Tout un chacun peut adresser une plainte concernant un établissement de soins résidentiels via la *Woonzorglijn* (voir section 3.1). Si la *Woonzorglijn* ne peut instruire la plainte elle-même, elle peut demander l'intervention des services d'inspection de la *Vlaamse Zorginspectie*. Si plusieurs plaintes concernent un même établissement, un système de surveillance accrue est mis en œuvre, avec des contrôles supplémentaires et un suivi strict.

Les services d'inspection tentent de contrôler chaque établissement au moins une fois tous les trois ans. Pour les services d'aide et de soins à domicile, l'inspection a lieu au moment du premier agrément ou à la suite

^z <https://www.zorgkwaliteit.be/woonzorgcentra>



d'une plainte ou d'un événement grave. De plus, une brève inspection a lieu chaque année dans un échantillon aléatoire de services, essentiellement afin de vérifier que le travail est conforme aux normes (conditions d'agrément et système de qualité).

En Région wallonne, les gestionnaires d'établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées doivent remettre tous les trois ans un rapport global sur la qualité des services, des soins, de l'encadrement, de l'infrastructure, les mesures d'hygiène, le projet de vie de l'établissement, l'accompagnement des résidents et la démarche d'amélioration continue des pratiques. En plus de ce document, il est également demandé que le plan qualité soit évalué tous les 2 ans et que le projet de vie soit évalué tous les ans^{aa}.

Au-delà des évaluations effectuées par les services de l'Agence, il est prévu dans la réglementation wallonne que chaque établissement développe une démarche d'auto-évaluation de la qualité en définissant des indicateurs permettant de vérifier l'atteinte des objectifs visés dans le cadre de la démarche qualité et d'amélioration continue^{bb}.

Le traitement des plaintes est du ressort du service de l'audit et du contrôle de l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité). Pour chaque plainte, une enquête est ouverte et un inspecteur peut être envoyé sur place. L'objectif est de trouver des solutions en conciliation. La visite des inspecteurs n'est pas nécessairement annoncée à l'avance, mais dans les faits, on constate que les établissements sont généralement prévenus.

En plus du service d'inspection susmentionné, les plaintes concernant le fonctionnement et l'organisation d'un établissement pour personnes âgées (repas, manque de soins, d'hygiène, de personnel, etc.) peuvent également être transmises au bourgmestre de la commune, qui est compétent pour « agir en conciliation et formuler les recommandations qui lui paraissent susceptibles d'apporter une solution aux difficultés de fonctionnement ».

À **Bruxelles**, ce sont les services de la CoCom/GGC pour les institutions bilingues ou francophones ou de la Communauté flamande pour les

institutions néerlandophones qui sont compétents. Dans les structures d'accueil et d'hébergement agréées par la CoCom/GGC, les inspections relèvent d'Iriscare et sont menées sans être annoncées lorsque l'établissement fait l'objet de nombreuses plaintes. Comme indiqué ci-dessus, les normes d'agrément de la CoCom/GGC font explicitement référence à la thématique de la maltraitance des personnes âgées en imposant une obligation d'affichage de services spécialisés et de formation. Dans les institutions néerlandophones, toute forme de comportement transgressif doit être signalée à l'Agence pour les soins et la santé (Agentschap Zorg en Gezondheid).

En **Communauté germanophone**, le ministère de la Communauté germanophone, département santé et personnes âgées est en charge du traitement des plaintes et de l'inspection des structures d'hébergement, d'accompagnement et de soins pour personnes âgées.

En cas d'inspection confirmant un cas de maltraitance par un service résidentiel ou à domicile, les **services de contrôle des entités fédérées** peuvent imposer des sanctions financières, des avertissements et même fermer l'établissement ou le service.

Il est à noter qu'en France, les établissements pour personnes âgées ont, l'obligation de signaler de façon proactive aux services d'inspection des dysfonctionnements pouvant générer de la maltraitance (ex : turnover de personnel, suicides parmi les résidents, etc.). Ce type d'obligation n'existe pas en Belgique.

Pour une description plus détaillée des différentes mesures possibles, voir le chapitre 2 du [rapport scientifique](#).

^{aa} art 1440/10 du CRWASS

^{bb} Art 1440/10 de l'annexe 120 du CRWASS



4.1.4. Sanctions administratives ou déontologiques contre les professionnels de santé

Un professionnel de santé individuel, auteur de maltraitance sur une personne âgée, pourrait (en plus des éventuelles poursuites pénales / civiles) être sanctionné soit par ses instances déontologiques (lorsqu'elles existent, ce qui est le cas pour les médecins et les pharmaciens), soit par les autorités fédérales de santé publique (retrait du droit d'exercer (visa), imposition de conditions à la poursuite de la pratique).

Les plaintes relatives à la qualité des soins délivrés par un prestataire de soins dans un hôpital ou relatives aux droits des patients peuvent être adressées au service de médiation de l'hôpital. Pour les plaintes à l'encontre d'un professionnel du secteur ambulatoire (par exemple un médecin généraliste, un spécialiste exerçant en pratique privée, un infirmier indépendant, un médecin exerçant dans un établissement de soins résidentiel...), les patients ou leur famille proche peuvent s'adresser au service de médiation fédéral "Droits des patients"^{cc}. Si un patient dépose une plainte auprès d'un service de médiation compétent, celui-ci tente, par le biais de la médiation, de résoudre le désaccord en collaboration avec le patient et le professionnel concerné. Si les parties ne parviennent pas à une solution, le médiateur informe le plaignant des autres possibilités existantes pour traiter sa demande.

4.2. Mesures non répressives

Certaines mesures du droit civil permettent au juge de protéger les (intérêts des) personnes considérées comme n'ayant plus leur pleine capacité de décision (régime de protection judiciaire) ou permettent aux personnes âgées d'anticiper cette situation en décidant à l'avance comment ces décisions relatives à leurs biens ou à leur personne seront prises si elles deviennent incapables de décider elles-mêmes (régime de protection extrajudiciaire). Il existe également une série de mesures permettant de faire annuler certains transferts financiers considérés comme frauduleux (en

raison du rapport de dépendance de celui qui donne) ou d'exiger certaines contributions financières (en raison du lien familial entre les personnes concernées). Enfin, il existe également une mesure spéciale, applicable notamment dans les situations où un adulte (membre de la famille ou non) vivant avec la personne âgée agit de manière maltraitante (souvent en raison d'une dépendance et/ou de problèmes d'argent). Dans ce cas, une ordonnance d'interdiction temporaire de domicile peut être imposée à la personne maltraitante.

4.2.1. Mandat de protection extrajudiciaire

Un mandat de protection extrajudiciaire est un acte par lequel une personne capable – le mandant – donne pouvoir à une personne en qui elle a confiance – le mandataire – pour gérer son patrimoine lorsque le mandant ne sera plus capable physiquement et/ou mentalement de le faire. Depuis mars 2019, cette gestion s'est étendue à tout ce qui touche à la personne ; ainsi, les personnes âgées peuvent donner mandat à une personne de leur choix pour prendre des décisions les concernant (p.ex. préciser dans quelle maison de repos la personne veut se rendre). Toute personne majeure, et le plus souvent les personnes âgées, peuvent donc mandater une personne pour qu'elle prenne certaines mesures ou décisions à leur place. Le mandat extrajudiciaire est une mesure qui se prend sans intervention d'un juge. Le mandat extrajudiciaire est toujours totalement et librement révocable ou modifiable sans devoir se justifier auprès du mandataire.

4.2.2. Mise sous tutelle

Lorsque la capacité de décision d'une personne est altérée, des mesures de protection peuvent être décidées par un juge de paix afin de protéger sa personne et/ou ses biens. Ce type de mesure peut concerner tous les adultes et est bien sûr particulièrement pertinent pour les personnes âgées.

Le juge de paix peut alors désigner un administrateur (qui peut être un membre de la famille ou un professionnel comme p.ex. un avocat) pour gérer les droits liés à la personne (p.ex. les droits du patient) et/ou à la

^{cc} <https://www.health.belgium.be/fr/le-service-de-mediation-federal-droits-du-patient>



propriété. Cette mesure peut être demandée par la personne concernée elle-même, par la famille, par le ministère public et par toute autre partie qui constaterait qu'une telle mesure est appropriée, comme les voisins. Le juge de paix évaluera toujours la situation au cas par cas (dépenses inhabituelles, comportement inhabituel, etc.).

De telles mesures, toujours « provisoires », peuvent s'avérer nécessaires dans un contexte de fragilité/vulnérabilité de la personne, mais elles ne visent pas spécifiquement à prévenir la maltraitance des personnes âgées. Les acteurs impliqués dans ce régime de protection (juges de paix, administrateurs) sont toutefois particulièrement bien placés pour prévenir, identifier et redresser les situations problématiques. A contrario, il arrive aussi que l'administrateur devienne l'auteur d'abus (généralement financiers) ; c'est pourquoi la loi prévoit une évaluation périodique du travail des administrateurs par le juge de paix.

4.2.3. *Protection contre certains abus financiers*

Le code civil prévoit la possibilité de révoquer un héritage pour cause d'ingratitude, c'est-à-dire en cas d'abus commis par le bénéficiaire à l'encontre du donateur. Ainsi, si une personne âgée est victime d'un abus de faiblesse ou d'autres formes de maltraitance de la part d'une personne à qui elle a donné ou légué un bien, cette donation peut être déclarée nulle par un juge à la demande de la personne âgée ou de ses héritiers.

Le droit civil prévoit également certaines interdictions d'hériter ou de recevoir un quelconque avantage par testament ou acte de donation pour des personnes / professionnels qui sont en position de pouvoir influencer le jugement des personnes âgées. Cette mesure vise les médecins, les pharmaciens et les « officiers de santé » qui ont traité une personne pour la maladie dont elle est décédée. Cette ancienne terminologie héritée du Code Napoléon reste ambiguë mais semble viser, dans son esprit, tous les prestataires de soins. En 2003, les directeurs et le personnel des maisons

de repos et de soins ont été ajoutés à cette liste, de même qu'en 2018, les administrateurs de biens.

D'autres intervenants sont toutefois oubliés par ces mesures alors qu'ils sont de plus en plus souvent appelés à côtoyer des personnes âgées, comme par exemple les aide-ménagères/aide-familiales, les travailleurs sociaux, les notaires, les avocats, les employés de banque et de compagnies d'assurance, etc. Il est d'autant plus important de clarifier ces règles que nombre de ces personnes travaillent comme indépendants.

4.2.4. *Obligation alimentaire*

L'obligation alimentaire des parents envers leurs enfants est réciproque : les enfants ont donc une obligation alimentaire envers leurs père et mère si ceux-ci sont dans le besoin. Cette obligation est inscrite dans le code civil depuis l'époque napoléonienne. Compte tenu du processus de vieillissement actuel et de la faiblesse des montants accordés dans le cadre du régime de pension légal, cette obligation d'entretien pourrait prendre de plus en plus de poids dans les années à venir.

Les cas où les personnes âgées font elles-mêmes appel à ce droit sont rares, mais les CPAS utilisent souvent cette disposition pour obliger les familles à rembourser des frais qu'ils ont dû avancer.

4.2.5. *Interdiction temporaire de résidence*

Lorsqu'une personne majeure qui partage la résidence d'une personne âgée représente une menace grave et immédiate pour la sécurité physique ou psychique de celle-ci et même si aucun délit n'a (encore) été commis, le Procureur du Roi peut ordonner **une interdiction temporaire de résidence**, pour 14 jours maximum^{dd}. Le Tribunal de la Famille évalue si cette mesure est justifiée et peut éventuellement la prolonger jusqu'à 3 mois.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, la sanction en cas de non-respect d'une interdiction de résidence a été renforcée et une surveillance accrue de la

^{dd} Loi du 15 mai 2012 relative à l'interdiction temporaire de résidence en cas de violence domestique.



personne exilée a été organisée. Outre la victime, il est désormais prévu que l'auteur du délit soit également assisté et suivi pendant la durée de l'interdiction. Les Maisons de justice sont chargées de ce suivi des interdictions de résidence ; elles doivent également veiller à la sécurité de tous les acteurs impliqués, les informer, investiguer toute demande d'aide et les orienter vers l'assistance la plus appropriée. Le Procureur du Roi peut alors être informé du contexte général, de l'interaction et des relations entre les acteurs impliqués et du risque potentiel de nouvelles maltraitances ou de situations à risques.

4.3. Considérations sur le secret professionnel

Il n'existe pas d'obligation générale pour les professionnels de l'aide et du soin de dénoncer des maltraitances commises à l'égard des personnes âgées. Ils doivent évaluer chaque situation au cas par cas.

En principe, le secret professionnel les oblige à taire les secrets ou informations^{ee} que leur confie leur patient/client, dans l'intérêt exclusif de celui-ci. Ce secret n'est toutefois pas absolu. La loi et la jurisprudence admettent en effet une série d'exceptions ou de causes de justifications :

- L'article 458 du Code Pénal autorise les professionnels à parler, entre autres, lorsqu'ils doivent **témoigner en justice** ou lorsqu'une **loi, un décret ou une ordonnance** les oblige ou les autorise à révéler des informations.
- L'article 458bis du Code Pénal autorise les professionnels (sans les y obliger) à s'adresser au Procureur du Roi (et uniquement à lui) s'ils constatent ou apprennent l'existence d'une **liste de délits bien spécifiques** (ne couvrant qu'une partie de la maltraitance à l'égard de

personnes âgées^{ff}) et que **l'intégrité physique ou mentale de la victime** (ou de tiers) est sérieusement mise en danger.

- Il est aussi permis aux professionnels liés par un secret professionnel de partager des informations dans le cadre de **concertations de cas** organisées afin de **protéger l'intégrité physique ou psychique** d'une personne (article 458ter du Code Pénal). Au moment de rédiger ce rapport, cette possibilité n'existait que si une loi, un décret ou une ordonnance l'organise (ce qui n'est pas le cas actuellement) ou si un Procureur du Roi l'autorise. Cette autorisation doit définir avec qui cette concertation doit se tenir, dans quelle finalité et selon quelles modalités. En Flandre, au moment de la rédaction de ce rapport, un protocole de base était en préparation pour les Family Justice Centres d'Antwerpen, Limburg et Mechelen.
- À côté de ces exceptions légales, il existe une exception plus générale qui est **l'état de nécessité**. Il s'agit de situations où la rupture du secret professionnel est la seule solution pour sauvegarder un intérêt au moins aussi impérieux, par exemple la vie d'une personne. Il doit s'agir d'un **danger grave, imminent et certain**, qui ne peut être évité autrement qu'en révélant le secret. Une telle révélation peut par exemple être la seule manière de remplir l'obligation visée à l'article 422bis du Code Pénal (obligation de porter assistance à une personne en danger – voir Encadré 8).

On le voit, les exceptions et causes de justifications sont nombreuses et impliquent toujours une forme d'évaluation de la gravité et de l'imminence du danger. Cette situation laisse aux professionnels une grande marge d'appréciation mais aussi une grande responsabilité, car certaines notions peuvent être difficiles à interpréter sur le terrain : par exemple, à partir de quand un danger est-il suffisamment « grave et imminent » pour justifier une rupture du secret professionnel ? Ils peuvent aussi faire face à des faits de

^{ee} Notons que ne sont pas secrètes les informations partagées de façon anonyme qui ne permettent pas d'identifier la victime ou l'auteur.

^{ff} Sont visés l'attentat à la pudeur, le viol, l'infanticide, les lésions corporelles volontaires, la torture, le traitement inhumain et dégradant, les mutilations

sexuelles, le délaissement ou l'abandon d'enfant ou d'incapable dans le besoin, la privation d'aliments ou la privation de soin à des mineurs ou incapables.



maltraitance relativement mineurs mais récurrents ou bien à une situation dans laquelle des soins informels dérapent (*derailed care*) sans qu'il y ait pour autant une infraction pénale manifeste. Dans de tels cas, il est souvent difficile pour les professionnels de savoir s'ils peuvent ou doivent lever le secret professionnel et s'ils peuvent/ doivent demander de l'aide à la police, à la justice ou à des services spécialisés.

Certains ordres professionnels et centres de recherche fournissent des documents utiles permettant d'aider les professionnels à apprécier ces circonstances, comme par exemple les avis de l'Ordre des médecins, les documents développés par la Commission nationale des psychologues ou le *Wegwijzer beroepsgeheim* développé par les autorités flamandes. Mais en tout état de cause, une formulation plus explicite des possibilités de signalement serait sans doute favorable à la sécurité juridique des professionnels.

Soulignons **que le secret professionnel n'est pas une valeur en soi** mais bien un moyen de **protéger certaines valeurs** qu'il faut le cas échéant hiérarchiser. Dans certains secteurs, le législateur a déjà choisi de mettre en place des dérogations particulières (c'est le cas dans le cadre de l'aide à la Jeunesse tant en Flandre qu'en Wallonie). De plus, dans certains de nos pays voisins, une approche plus interventionniste a été adoptée et le droit de signaler les situations de maltraitance ou de violence envers une personne vulnérable figure de façon plus explicite dans la législation (voir Encadré 9).

Encadré 8 – L'obligation de porter assistance

L'obligation de porter assistance visée à l'article 422bis du Code Pénal signifie concrètement que tout citoyen (lié ou non par un secret professionnel) a l'obligation de venir en aide à toute **personne se trouvant dans une situation de grand danger** (danger de mort ou d'atteinte grave à l'intégrité physique ou psychique) s'il a **connaissance** (pas nécessairement en l'ayant constaté lui-même) du danger et s'il **peut venir en aide** à cette personne sans mettre gravement en péril sa vie et celle d'autres personnes. Cet article ne définit pas l'assistance à fournir et n'impose donc pas d'obligation de signalement. Toutefois, si l'aide ne peut être fournie d'une autre manière, cette obligation peut nécessiter un signalement à la police ou à la justice afin que le devoir de porter assistance soit rempli. L'accord de la victime n'est par ailleurs pas nécessaire pour agir.



Encadré 9 – Le droit de signaler des situations de maltraitance aux Pays-Bas et en France

Le secret professionnel aux Pays-Bas

Les professionnels de la santé et du social sont souvent liés par un secret professionnel.

Néanmoins, il peut être dans l'intérêt du client/patient qu'un travailleur social ou un professionnel de la santé échange des informations confidentielles avec d'autres personnes. C'est pourquoi un **droit de dénoncer** les violences domestiques et la maltraitance infantile (avérées ou raisonnablement soupçonnées) a été introduit dans la législation néerlandaise. Les professionnels liés par un secret professionnel peuvent donc **signaler les cas (présumés) à un point de contact unique**, l'organisation *Veilig Thuis* (« en sécurité à la maison »), à condition d'avoir suivi pour cela un plan par étapes appelé *Meldcode* (voir chapitre 4 du [rapport scientifique](#), point 3.4). En cas d'insécurité aiguë ou structurelle (si les risques de récurrence sont importants), la situation doit être signalée même sans le consentement des personnes concernées.

Le secret professionnel en France

Toute personne (y compris un médecin) qui a **connaissance de maltraitance (privations ou sévices physiques ou psychologiques) commise à l'encontre de personnes vulnérables n'est pas tenue au secret professionnel** et doit en informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives (article 226-14 du code pénal). La non-dénonciation d'une telle situation peut être punie d'une peine de prison et d'une lourde amende pour défaut d'assistance à une personne en danger (article 434-3 du Code Pénal).

La dénonciation aux autorités compétentes effectuée dans ces conditions n'engage pas la responsabilité civile, pénale ou déontologique de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. Il existe également une protection supplémentaire pour les employés ou gestionnaires d'établissements pour personnes âgées qui dénoncent des situations de maltraitance infligées par l'institution ou les soignants à une personne qui y est accueillie.

4.3.1. Cas particuliers

4.3.1.1. Le secret professionnel partagé

Le partage d'informations confidentielles entre professionnels traitant un même patient/client dans la poursuite d'un même objectif est accepté. C'est ce que l'on appelle le « secret professionnel partagé ». Si possible, la personne concernée doit également avoir donné son consentement préalable (au moins implicite) au partage d'informations ou doit au moins en être informée.

Deux conditions sont essentielles : le partage d'informations est **nécessaire et pertinent** pour la tâche des professionnels concernés et ils doivent traiter la même personne **avec le même objectif**. Cette dernière condition est une importante pierre d'achoppement au partage d'informations entre le secteur de l'aide et celui de la police. En effet, si les policiers sont bel et bien soumis au secret professionnel, ils sont également dans l'obligation de faire rapport de tout délit dont ils seraient informés. Dans ce cadre, le partage d'informations confidentielles entre les professionnels des secteurs de l'aide et la police ne peut avoir lieu dans le cadre de l'application du secret professionnel partagé car les parties servent des finalités différentes. Toutefois, un échange d'informations confidentielles peut avoir lieu entre ces parties dans le cadre de concertations multidisciplinaires (art. 458ter du Code Pénal).



4.3.1.2. *Le consentement de la personne âgée*

Auparavant, la Cour de Cassation n'admettait pas la possibilité qu'un professionnel soit libéré de son secret professionnel malgré le consentement de la victime de partager des informations sur sa situation personnelle. Mais cette même Cour avait également reconnu que le secret professionnel devait exclusivement servir l'intérêt du client/patient. Les tribunaux inférieurs, les Cours d'Appel et la doctrine plus récente ont dès lors considéré que le consentement du patient peut libérer un médecin / travailleur social de son obligation de secret professionnel, à la condition que ce consentement porte sur une partie clairement définie de l'information et un destinataire identifié. Ce consentement doit en outre être libre, éclairé et explicite.

Cependant, dans les cas de maltraitance des personnes âgées, la victime a souvent beaucoup de difficultés à divulguer elle-même une situation de maltraitance. Dans ce cas, elle peut par exemple autoriser un professionnel lié par le secret professionnel (p.ex. le médecin généraliste) à signaler son cas.

5. SITUATION BELGE : PLANS ET PROCÉDURES EXISTANTS

Dans le cadre de cette étude, nous avons pu identifier de nombreuses initiatives en matière de procédures et de plans d'action, mais ces initiatives sont le plus souvent isolées et il est nécessaire de les coordonner. Dans ce chapitre, nous décrivons de façon succincte quelques-unes de ces initiatives. Des descriptions plus détaillées sont disponibles au chapitre 2 du [rapport scientifique](#).

5.1. Plans d'action nationaux

Il n'existe pas de plan national spécifiquement dédié à la maltraitance des personnes âgées. Toutefois, plusieurs plans nationaux abordent ce thème dans le cadre de thématiques plus larges.

- Le **Plan national de sécurité** publié tous les 4 ans par les services de la Justice et de l'Intérieur détermine les priorités de sécurité au niveau national. Il influence toutes les autres politiques de sécurité et de justice aux niveaux national, zonal et local. Le Plan national 2008-2011 identifiait la maltraitance des personnes âgées comme une priorité pour les services de police, mais ce point a disparu des plans suivants. Le plan général actuel (qui est toujours le plan 2016-2019) met l'accent de façon plus générale sur la violence intrafamiliale et les violences sexuelles⁹⁹. Il recommande par ailleurs aux services de police locale de contribuer au développement par les entités fédérées d'initiatives comme les Family Justice Centres (FJC) et de mécanismes de coopération entre les services de justice et les services sociaux (approche en chaîne) pour traiter conjointement les cas de maltraitance au sein des familles.



- La politique de lutte contre **les violences liées au genre** se base sur un **Plan d'Action National (PAN) coordonné par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes**^{hh}. Ce PAN s'appuie sur une étroite collaboration entre le gouvernement fédéral et les communautés et régions pour proposer une approche coordonnée. Il comprend 235 nouvelles mesures, et notamment des campagnes spécifiques pour les groupes vulnérables, dont les personnes âgées. Cependant, alors que le PAN 2010-2014 prévoyait un volet sur la formation des médecins généralistes au sujet de la maltraitance des enfants et des personnes âgées, **cette dernière n'est plus mentionnée** dans les mesures relatives à la formation des professionnels du PAN 2015-2019ⁱⁱ.
- Plusieurs déclarations politiques ont souligné l'importance de prendre des mesures contre la maltraitance des personnes âgées. Par exemple, en 2018, une déclaration de politique commune a été faite par les autorités fédérales et fédérées dans le cadre de l'adoption d'un **nouveau paysage de soins de santé mentale pour les personnes âgées**^{jj}. Cette déclaration reconnaît la nécessité de prêter attention à l'impact particulièrement négatif de la maltraitance sur la santé (mentale) des personnes âgées.

Étant donné que la maltraitance des aînés ne se limite pas au cercle familial ou du couple, on peut regretter que cette thématique ne soit pas valorisée dans les plans précités. En conséquence, elle reste assez peu mise en évidence et ne fait pas l'objet d'une prise en charge spécifique. À l'inverse, il existe des accords entre le ministre fédéral de la Justice et les ministres compétents des entités fédérées pour permettre une approche coordonnée de la maltraitance infantile (voir Encadré 10).

En ce qui concerne la maltraitance des personnes âgées, il n'existe donc pas d'approche commune, ni d'accords structurels entre la justice, la santé et l'action sociale.

^{hh} https://igym-iefh.belgium.be/sites/default/files/dossier_de_presse_0.pdf

ⁱⁱ Le PAN 2020-2024 n'a pas encore été publié à l'heure de la rédaction de ce rapport.

Encadré 10 – Les protocoles d'accord relatifs à la maltraitance infantile

En Flandre, le « protocole d'accord » porte notamment sur des formations pour les professionnels impliqués, la désignation de personnes de référence dans le réseau, ainsi qu'une procédure d'intervention (*stappenplan*) en cas de détection d'une situation de maltraitance infantile. Cette procédure n'est pas contraignante mais sert de ligne de conduite à l'ensemble du secteur en Flandre.

Le même type d'accord a été signé par le ministre fédéral de la Justice et les ministres francophones en charge de la jeunesse et des soins de santé. Ce protocole décrit la procédure d'intervention à suivre par chaque acteur impliqué (intervenants sociaux, de l'aide et la protection de la jeunesse, intervenants médicaux, police, parquet) et les modalités d'échanges d'informations entre eux.

^{jj} https://www.etaamb.be/fr/document_n2018015014.html



5.2. Plans d'action régionaux

5.2.1. Flandre

Pour chaque législature, le gouvernement flamand élabore un plan politique pour les personnes âgées (*Vlaams ouderenbeleidsplan*), et ce en concertation avec le Conseil flamand des personnes âgées (un organe consultatif). Ce plan décrit les mesures politiques en faveur des personnes âgées planifiées à court et à long terme, ainsi que l'évaluation qui en sera faite. Le plan 2015-2020 n'accorde aucune attention particulière à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées^{kk}. Il mentionne seulement qu'une plus grande attention aux soins de santé mentale spécialisés peut contribuer à la prévention de l'isolement social, à l'augmentation du bien-être individuel, à la réduction de la consommation de médicaments, à la diminution de la dépression et de la fatigue, à la diminution du suicide et à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

5.2.2. Wallonie

Le gouvernement wallon a inclus un volet concernant les aînés dans son plan politique 2019-2024^{ll}. Celui-ci ne mentionne pas spécifiquement la lutte contre la maltraitance. Il insiste cependant sur l'épanouissement de la population âgée et sur le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie qui le souhaitent. Les établissements d'accueil et d'hébergement respectueux des habitudes de vie des résidents seront privilégiés. Ce plan soutient également le développement de la *Silver Economy*. Les tables rondes organisées sur ce sujet pour définir avec les parties prenantes les besoins des personnes âgées en Wallonie a notamment abouti à la conclusion que la sensibilisation contre les discriminations voire les maltraitements dont les aînés sont victimes est recommandée.

^{kk} <https://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2016-2017/g1006-1.pdf>

^{ll} https://www.wallonie.be/sites/default/files/2019-09/declaration_politique_regionale_2019-2024.pdf

5.2.3. Bruxelles

Le gouvernement bruxellois a développé et publié en 2019 le Plan Santé Bruxellois^{mm} qui définit entre autres comment vieillir en bonne santé en proposant d'adapter l'offre résidentielle aux besoins de demain et d'organiser des soins de proximité en vue de prévenir la dépendance et de maintenir les personnes âgées dans leur lieu de vie. Le sujet de la maltraitance n'y est pas abordé.

5.3. Politiques locales autour des personnes âgées

Les autorités locales sont également actives dans le domaine de la politique des personnes âgées. De nombreuses communes disposent d'un plan local pour les personnes âgées, mais la prévention et la lutte contre la maltraitance des personnes âgées ne sont pas systématiquement abordées dans ces plans. Par ailleurs, de très nombreuses communes ont institué en leur sein un **Conseil consultatif des Aînés** qui veille à intégrer les besoins des aînés dans la politique locale et à assurer le maintien des seniors en tant que citoyens à part entière.

Des plateformes régionales et/ou provinciales de soutien à ces Conseils consultatifs ont également été mises en place pour encourager la participation des personnes âgées à la politique.

^{mm} <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/plan-sante-bruxellois-grandir-et-vivre-en-bonne-sante-bruxelles>



5.4. Procédures d'intervention

En 2006, le **Service public fédéral santé publique**, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement a publié une **procédure d'intervention** (arbre décisionnel) accompagné d'une 'fiche d'approche' et d'un 'guide' (mode d'emploi), à utiliser par les professionnels de la santé en cas de présomption de maltraitance de personnes âgéesⁿⁿ. Mais l'utilisation de ce document n'était pas obligatoire et aucun suivi spécifique de son utilisation n'a été mis en place. Ce document devrait être mis à jour. Il ne tient en effet pas compte des transferts de compétences intervenus depuis 2006 ni de la création de services d'aides spécialisés comme Respect Seniors. S'il était remis à jour, il pourrait servir de base à un 'Plan par étapes' largement diffusé et utilisé dans notre pays.

La **SEL (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnszorg) de Waasland** a élaboré une procédure d'intervention contre la maltraitance des personnes âgées en collaboration avec ses partenaires des services d'assistance, de la police et de la justice^{oo}. Il s'agit d'un guide incluant des directives sur la manière de prévenir, de détecter, de signaler et de prendre en charge les situations de maltraitance. Le guide définit les différents types de maltraitance de personnes âgées, énumère les signaux d'alarme, explique le cadre juridique du secret professionnel, donne un aperçu des différentes phases de l'approche en faisant référence à plusieurs outils et techniques et donne les coordonnées des organisations spécialisées utiles (police, justice, services d'aide sociale...) au niveau local (Flandre orientale). Une version générique de ce guide est disponible et pourrait facilement être adaptée aux autres provinces belges. L'ordre des médecins met à disposition un code de signalement de violences conjugales^{pp}. Celui-ci se distingue des autres procédures ; il stipule que de l'aide peut être apportée

à une victime qui n'y consent pas dans certaines conditions dont le constat d'une impuissance psychologique à contrôler la situation dans le chef de la victime.

5.5. Guidelines pour la médecine générale

Le médecin généraliste joue un rôle fondamental dans la prise en charge des situations de maltraitance. C'est pourquoi, la Société Scientifique de Médecine Générale francophone (SSMG) a élaboré un **guideline sur la maltraitance des personnes âgées à domicile**^{qq} en 2013, à la demande du SPF Santé publique (dans le cadre du plan d'action national contre les violences liées au genre). Ce guideline très complet décrit les facteurs de risque et les signaux d'alerte, recommande l'utilisation d'un outil de détection (Elder Abuse Suspicion Index – EASI – voir chapitre 7) et décrit les mesures à prendre en cas de maltraitance présumée. Il comprend également en annexes un résumé des questions juridiques les plus importantes, des outils d'évaluation de la compétence financière (la personne âgée est-elle encore capable de gérer ses biens ?), des modèles de certificats médicaux pour le diagnostic de la maltraitance physique et une liste de références aux services d'aide.

Ce guideline a été traduit en néerlandais et adapté à la situation en Flandre par Domus Medica^{rr}, l'organisation scientifique et syndicale des médecins généralistes flamands. Sur cette base, Domus Medica a également développé en 2018 un **module d'e-learning**^{ss}, qui inclut également des outils pour les différentes étapes (notamment des exemples de phrases d'entrée en matière sur ce sujet délicat) et des références à la littérature. Bien que l'outil d'apprentissage en ligne s'adresse aux médecins

ⁿⁿ https://healthpr.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/arbre_maltraitance_de_personnes_agees_0_8312428_fr.pdf

^{oo} <https://www.selwaasland.be/ouderenmisbehandeling>

^{pp} <https://www.ordomedic.be/fr/actualites/communique-de-presse-codes-de-signalement-relatifs-aux-mutilations-genitales-feminines-violences-con>

^{qq} https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/VF_RBP_MaltraitancePA.pdf

^{rr} <https://www.domusmedica.be/richtlijnen/ouderenmishandeling-de-thuissituatie>

^{ss} <https://domusmedica.be/actueel/onlinecursus-aanpak-ouderenmisbehandeling-de-huisartsenpraktijk>



généralistes, tous les médecins qui disposent d'un numéro INAMI peuvent s'inscrire et suivre ce module de cours gratuitement.

5.6. Formations pour le personnel hospitalier

En 2012, des sessions de formation sur la détection précoce et la gestion de la violence domestique ont été dispensées dans 9 hôpitaux dans le cadre d'un projet de recherche financé par le SPF santé publique. Cette formation s'adressait aux médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues, assistants sociaux des services d'urgences, de pédiatrie, gériatrie, gynécologie, etc. Elle proposait également une aide à l'élaboration d'une procédure d'intervention spécifique à l'hôpital.

Le contrat d'administration du SPF Santé publique 2014-2018 mentionnait la sensibilisation, formation et promotion de la formation (selon le principe *'train the trainer'*) des professionnels de santé dans les hôpitaux, au sujet de la maltraitance des personnes âgées (citée comme l'un des éléments de la violence intrafamiliale), mais cette mention ne figure plus dans le contrat 2018-2021.

6. SITUATION BELGE : RÉSUMÉ DES OBSTACLES IDENTIFIÉS

Dans le cadre de la présente étude, une **enquête qualitative** a été réalisée auprès des principaux acteurs de terrain afin d'identifier leur perception des obstacles à la détection et à la prise en charge des situations de maltraitance dans notre pays et de les interroger sur leurs souhaits et suggestions en matière d'amélioration de la situation.

- Les opinions et perceptions des **professionnels de la santé** et des **aidants proches** ont été recueillies via une enquête en ligne. La méthodologie, l'analyse et les résultats de cette enquête en ligne sont détaillés dans le chapitre 6 du [rapport scientifique](#).
- Les opinions et perceptions des **acteurs de la police et de la justice**, ainsi que des représentants des **Family Justice Centres (FJC)**, ont pour leur part été recueillies au cours d'entretiens individuels. Cette approche a été préférée en raison de la spécificité de ces deux secteurs et de la grande variété des profils et des rôles des professionnels concernés. La méthodologie, l'analyse et les résultats de cette enquête par interviews sont détaillés dans le chapitre 7 du [rapport scientifique](#).

Les obstacles identifiés au terme de cette étude qualitative se situent dans le chef de différents protagonistes et sont **interconnectés de façon complexe**. Cette complexité est encore renforcée par le manque de clarté du concept même de maltraitance, qui va de simples faits occasionnels jusqu'à des crimes délibérés. Dans ce chapitre, nous avons regroupé les obstacles en fonction des protagonistes concernés, quel que soient les stakeholders ayant identifié l'obstacle. La description qui suit est donc simplifiée pour faciliter la structuration.



6.1. Obstacles au niveau des professionnels de première ligne

Par professionnels de première ligne, nous entendons ici les acteurs de terrain susceptibles de détecter des situations de maltraitance, d'accueillir des demandes d'aide ou de signaler leurs suspicions. Cela englobe d'une part les professionnels de la santé et de l'aide sociale, et d'autre part le personnel de la police et de la justice lorsqu'ils sont sollicités directement par les citoyens.

6.1.1. Formation et information insuffisantes

Le principal problème identifié au niveau des professionnels de première ligne concerne la détection des situations de maltraitance de personnes âgées ; **leur formation est insuffisante pour être en mesure de reconnaître ce type de situation (potentielle) et y réagir de façon adéquate**. Aucune des formations existantes n'est systématique. Le manque de connaissances et de compétences qui en résulte est identifié dans la littérature scientifique comme un obstacle majeur, car il génère un **sentiment d'impuissance** chez les acteurs de terrain (par exemple les juges de paix disent avoir régulièrement des soupçons de maltraitance, mais ne pas savoir comment réagir adéquatement).

Le **manque d'(in)formation au sujet du secret professionnel** et les divergences dans l'interprétation des règles et exigences qui y sont liées compliquent encore cette situation (voir 6.1.3). Les professionnels de tous les secteurs concernés disent également manquer de compétences en matière de **communication interpersonnelle** et se sentir très mal à l'aise pour entamer une conversation au sujet de la maltraitance.

Enfin, ils admettent **ne pas bien connaître les services spécialisés** auxquels ils peuvent signaler les cas, ou trouver du soutien pour leur propre pratique ; ceux qui connaissent ces services déplorent leur **manque de disponibilité ou leur sélectivité dans les cas qu'ils prennent en charge** (voir plus loin).

Dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale, nombreux sont ceux qui demandent à pouvoir compter sur la présence d'une **personne de**

référence pour les conseiller et intervenir, si nécessaire, comme personne-relais.

6.1.2. Manque d'outils de détection et de procédures de prise en charge

L'absence **d'outils appropriés et de procédures standardisées accentue** le manque de confiance en soi des professionnels de première ligne face à une suspicion de maltraitance, et ce tant chez les policiers que chez les professionnels de la santé et de l'aide sociale.

Pour ces derniers, il n'existe pas d'outils de détection qui aient été validés scientifiquement dans tous les contextes de soins et d'aide. En Belgique, aucune procédure générique claire et mise à jour n'est disponible (par exemple un arbre décisionnel avec les numéros de contact directement utilisables par les professionnels, et permettant de mettre en relation les secteurs de l'aide, du soin, de la police et de la justice).

Au niveau de la police et de la justice, il n'existe pas toujours de procédure écrite spécifique, ni d'approche uniforme entre arrondissements judiciaires, à l'exception des directives des circulaires nationales (COL) du Collège des Procureurs Généraux. Une circulaire spécifique à la maltraitance des personnes âgées est toutefois en cours de rédaction (voir 4.1.1). Dans l'état actuel des choses, la conduite à tenir est donc finalement **laissée à l'appréciation personnelle de chaque professionnel de terrain**, et dépend largement du réseau qu'il a développé avec les acteurs des autres secteurs.

Les experts consultés sont toutefois réticents à promouvoir une standardisation exagérée des procédures, qui ne permettrait plus de tenir compte de l'extrême complexité des situations de maltraitance.

Rappelons que, sur le plan scientifique, il n'existe que très peu de données probantes sur **l'efficacité des outils de détection et des interventions**, ce qui ne facilite pas le développement de procédures de prise en charge (p.ex. arbres de décision, plans par étapes).



6.1.3. Confusion autour du secret professionnel

Les professionnels de l'aide et du soin hésitent souvent à porter plainte par crainte de violer leur secret professionnel. Pourtant, les possibilités de lever ce secret existent (voir section 4.3), mais sont difficiles à interpréter. Certains stakeholders ont également mentionné que leurs supérieurs ordonnent explicitement de ne pas signaler ou de ne pas échanger d'informations avec d'autres acteurs, précisément par crainte de violer le secret professionnel. Sur le terrain, les interprétations variables de la loi conduisent à des ajustements selon le degré de confiance entre interlocuteurs, leur bonne volonté et leur pragmatisme. Cette situation est tout sauf idéale. Une solution proposée par de nombreux stakeholders serait de pouvoir contacter une personne compétente pour discuter de l'opportunité de transgresser ou non ce devoir de confidentialité. En effet, la réponse adéquate à une situation de maltraitance exige souvent l'implication et la collaboration entre des professionnels du secteur social, de la police et de la justice. C'est notamment le cas lorsque les affaires sont très complexes ou lorsque l'aide sociale atteint ses limites. La possibilité d'une concertation intersectorielle au cas par cas entre les services d'aide, la police et la justice est prévue (article 458ter du Code Pénal - voir sections 4.3 et 6.1.6).

6.1.4. Manque de respect de l'autonomie décisionnelle de la personne âgée

Les stakeholders de l'aide et du soin accordent une grande importance à l'autonomie décisionnelle des personnes âgées et s'accordent à dire que toute intervention visant à gérer une situation de maltraitance devrait être décidée en accord avec elles, dans le respect de leurs valeurs et après une explication claire des conséquences potentielles, tant positives que négatives. En cas d'incapacité avérée (déclin cognitif, maladie psychiatrique, handicap mental), une réflexion éthique devrait être menée par les intervenants afin de déterminer s'il faut donner la priorité à la volonté

de la personne ou à son intérêt. Cette réflexion éthique a fait l'objet d'un accord global des stakeholders, qui ont toutefois souligné qu'établir la capacité décisionnelle d'une personne est une opération difficile et stigmatisante. Il existe différents outils pour accompagner les professionnels dans cette démarche^{tt uu}.

Par ailleurs, différentes options sont possibles pour protéger une personne lorsqu'elle risque de devenir/est incapable (voir section 4.2), mais les intervenants ignorent parfois les différences entre les personnes qui peuvent assister ou représenter une personne âgée, même capable (personne de confiance, représentant légal, administrateur, mandataire légal). Une clarification semble donc nécessaire.

6.1.5. Manque de modèle de concertation entre professionnels impliqués dans les soins aux personnes âgées

Certains professionnels de l'aide et des soins, en particulier ceux qui exercent en solo, semblent avoir besoin de pouvoir consulter d'autres professionnels pour discuter de leurs soupçons de maltraitance et de la manière d'y faire face. Ils ont signalé que cela prenait souvent beaucoup de temps. Ils souhaiteraient que l'on puisse développer des **réunions de concertation** sur le modèle de celles qui existent actuellement pour les situations complexes de soins à domicile (voir Encadré 11). Leur objectif ne serait toutefois pas une coordination des soins, mais un partage d'informations et de soupçons de maltraitance entre professionnels entourant une même personne âgée (et donc restant dans les limites du secret professionnel partagé), notamment quand un problème éthique est soulevé.

^{tt} <https://familieplatform.be/wp-content/uploads/2018/03/Li%C3%A9geois-Beslissingsbekwaamheid-TVP-2018.pdf>

^{uu} https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/pshealth_theme_file/annexe_3_evaluation_psychiatrique_7866412_fr.pdf



Encadré 11 – L'exemple de la concertation multidisciplinaire dans les soins à domicile

Il existe déjà en Belgique un modèle de concertation multidisciplinaire pour des **situations complexes de soins à domicile**, notamment, pour les patients psychiatriques ou les personnes en perte d'autonomie. Leur objectif est de réunir différents prestataires de soins et d'aide sociale autour d'un patient dépendant soigné à domicile, afin de leur permettre d'élaborer ensemble une approche concertée adaptée aux besoins et aux attentes du patient. La nomenclature INAMI prévoit une rétribution pour les prestataires de soins de première ligne qui participent à une concertation multidisciplinaire (à certaines conditions).

Les participants à la concertation sont : au minimum 3 prestataires de soins (médecin généraliste, infirmier à domicile, kinésithérapeute, pharmacien, auxiliaires paramédicaux, etc.), la personne concernée (ou son représentant légal), les prestataires d'aide ou de soins (psychothérapeutes, ergothérapeutes, assistants sociaux, experts d'un service d'aide familiale, etc.).

Dans la partie francophone du pays, ces réunions sont organisées par les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) à la demande de toute personne concernée parmi les participants potentiels. Les antennes locales des SISD établissent un répertoire médico-social des intervenants potentiels. A Bruxelles, BRUSANO (Service pluraliste et bicommunautaire de coordination et d'appui aux professionnels de santé de la première ligne) est la structure de concertation correspondante. Cette ASBL intègre les anciens SISD de Bruxelles. En Flandre, les demandes sont adressées directement aux organisateurs de concertations, également à la demande de toute personne concernée. L'*Agentschap Zorg en Gezondheid* met à disposition une liste des organisateurs.

6.1.6. Manque de communication et de coordination entre secteurs

En première ligne, la communication est dite insuffisante **entre tous les secteurs** : travailleurs sociaux, professionnels de la santé et de la santé mentale, juges de paix, policiers, magistrats. Le **manque de feedback sur le suivi** a été maintes fois mentionné comme un obstacle majeur : les policiers déplorent un manque de feedback de la part des magistrats et/ou du CPAS, tandis que les professionnels de la santé regrettent l'absence de feedback sur le suivi par les organismes spécialisés ou par la justice. Cela les laisse dans le doute : leur décision était-elle la bonne ? Ont-ils bien fait de signaler le cas ? La situation de la personne âgée s'est-elle améliorée ? Ce **cloisonnement entre les secteurs** est pointé comme un obstacle majeur à la bonne gestion des situations de maltraitance, au même titre que la 'paralysie' due aux interprétations contradictoires du secret professionnel des soignants et des travailleurs sociaux, et du devoir de confidentialité des magistrats et des policiers.

Des initiatives de concertation entre intervenants de différents secteurs se développent localement. À l'automne 2018, le VLOCO a lancé, en Flandre occidentale, une plateforme de concertation pour les professionnels qui travaillent quotidiennement avec les personnes âgées dans les services de soins (infirmiers) à domicile, CPAS, centres de jour, centres de services locaux, etc. L'objectif de ces plateformes était d'attirer l'attention de ces professionnels sur la question de la maltraitance et de leur fournir du soutien lorsqu'ils y étaient confrontés. La diversité du groupe contribuait à ce que chacun connaisse mieux les différents services et disciplines et comprenne mieux les contributions des autres. L'évaluation de ces plateformes a montré que les participants trouvaient certains thèmes très pertinents (p.ex. le secret professionnel, les mandats de chaque prestataire de soins, les dilemmes éthiques) et appréciaient de mieux connaître les autres secteurs. Ces plateformes ont cependant été interrompues.

Dans le cadre de l'**approche en chaîne** (*ketenaarpak*) et des **Family Justice Centres (FJC)** (voir section 3.1), il existe aussi en Flandre des concertations intersectorielles entre les secteurs de l'aide sociale, de la police et de la justice, débouchant sur une approche conjointe. L'implication des FJC reste assez marginale dans les problématiques touchant les personnes âgées, mais plusieurs intervenants ont souligné qu'ils pourraient



en théorie assumer de nombreux autres rôles si des moyens humains, logistiques et financiers suffisants leur étaient alloués : servir de point de contact pour les professionnels (et les citoyens), former les professionnels, s'impliquer dans la prévention, etc. En Wallonie et à Bruxelles, en revanche, les FJC peinent à être mis en place.

Cependant, même en Flandre, l'acceptation du modèle de collaboration 'en chaîne' a parfois demandé beaucoup d'efforts, en particulier de la part des services d'aide sociale, à nouveau par crainte de briser le secret professionnel. Pour les francophones, l'interprétation du secret professionnel est généralement encore plus stricte. Ils considèrent que les concertations dans un cadre de FJC relèvent déjà de l'étape judiciaire, même si leur principe se fonde sur une responsabilité partagée. Ils ont la conviction que la concertation devrait avoir lieu avant la phase judiciaire (et donc sans intervention du Procureur), car le Procureur a le pouvoir de saisir la justice à tout moment et pourrait donc difficilement conduire à une concertation équilibrée entre les participants.

Néanmoins, certains francophones interrogés regrettent ce manque d'interactions et de transparence entre secteurs et accusent même certains professionnels de se réfugier abusivement derrière leur secret professionnel. Dans la pratique, il semble toutefois que les concertations informelles entre des acteurs de différents secteurs ne soient pas exceptionnelles, mais elles restent alors sous couvert d'anonymat.

Par ailleurs, les médecins généralistes rappellent qu'ils ont un rôle de coordination et demandent à pouvoir garder la possibilité de coordonner l'aide autour de leurs patients maltraités.

6.1.7. Manque d'effectifs

Les **conditions de travail** et le manque d'effectifs sont pointés du doigt par de nombreux stakeholders des différents secteurs concernés. Pour certains professionnels de la santé et de l'aide sociale, la charge de travail trop élevée est même citée comme le principal obstacle à la gestion de (suspensions de) la maltraitance.

Dans les **maisons de repos (MR) / maisons de repos et de soins (MRS)**, tout comme dans les soins à domicile, le manque de personnel et l'organisation du travail ne permettent pas toujours de répondre aux besoins primaires des personnes âgées (p.ex. pour l'aide à l'alimentation, ce qui peut mener à une malnutrition). La perversion potentielle du système de financement des soins résidentiels est à mettre en cause ici. En effet, une partie du coût des soins des résidents est prise en charge par les finances publiques. Chaque MR/MRS reçoit ainsi un forfait dont le montant dépend du degré de dépendance de tous les résidents en matière de soins et des caractéristiques du personnel de soins travaillant dans l'établissement. Plus les résidents sont dépendants, plus l'intervention forfaitaire est élevée, ce qui n'incite pas les établissements à favoriser l'autonomie des résidents. Certains stakeholders interrogés dans le cadre de cette étude sont d'avis que ceci pourrait être considéré comme de la **maltraitance institutionnelle**. Ils ont suggéré qu'à l'avenir, le financement tienne compte aussi d'autres indicateurs de qualité, incluant la satisfaction des personnes âgées^{vv}.

Dans les **secteurs de la justice et de la police**, les personnes interrogées soulignent également que le manque de personnel les mène parfois à ne prendre en considération que les cas les plus graves. Certains juges de paix disent éprouver des difficultés à assumer leur obligation de rendre visite aux personnes âgées placées sous leur protection au moins une fois tous les deux ans.

Par ailleurs, même si les mesures juridiques visant à gérer la maltraitance des personnes âgées sont perçues comme suffisantes par les

^{vv} Au moment de rédiger ce rapport, une étude du KCE est planifiée pour étudier les caractéristiques liées au personnel (ratio résidents/soignants,

environnement de travail, soins manqués, bien-être du personnel, qualité des soins perçue par le personnel) et leurs relations mutuelles dans les MR/MRS belges.



professionnels de première ligne, **leur mise en œuvre est souvent lente ou insuffisante** en raison du manque d'effectifs des services concernés. Par exemple, les demandes de médiation pénale sont en hausse et la réponse ne suit pas. Autre exemple : le manque de places dans les MR/MRS lorsqu'une personne âgée doit être mise à l'abri en urgence.

6.2. Obstacles au niveau des organisations et services spécialisés

Le **manque de visibilité** des organisations spécialisées a été identifié par les stakeholders belges comme un obstacle important à l'amélioration de la gestion des situations de maltraitance des personnes âgées. De fait, très peu de personnes interrogées ont déclaré être au courant de l'existence de ces organisations spécialisées, pas plus que des FJC. Les **heures d'ouverture trop restreintes** et un **cadre de travail trop rigide** sont également pointés du doigt. Un problème spécifiquement déploré par les professionnels flamands de l'aide et des soins est la difficulté à entrer en contact avec un organisme spécialisé. En effet, la ligne d'appel 1712 n'est pas ouverte aux professionnels et le rayon d'action du VLOCO – destiné aux seuls professionnels – est essentiellement limité à la province de Flandre orientale. De plus, toutes les organisations spécialisées n'offrent pas la possibilité de visite par les travailleurs psycho-sociaux au domicile des personnes âgées.

Le **manque de suivi** après le premier contact est également désigné comme une des raisons pour lesquelles les professionnels hésitent à signaler une situation de maltraitance. Par exemple, le 1712 renvoie les appelants vers d'autres services, en leur laissant le libre choix de contacter ou non ces services, mais leur intervention s'arrête là.

En ce qui concerne leur tâche de **prévention et de sensibilisation** des professionnels et du grand public, les organisations spécialisées n'ont pas l'impact espéré, malgré de réels efforts, en raison du manque de moyens financiers (p.ex. pas de budgets suffisants pour des campagnes télévisées).

6.3. Obstacles au niveau des victimes

Tous les répondants aux enquêtes menées dans le cadre de cette étude s'accordent à dire que le signalement d'une situation de maltraitance à la police ou à la justice est bien plus souvent le fait d'un soignant ou d'un parent que de la personne âgée maltraitée elle-même. Cette assertion est corroborée par la littérature : les personnes âgées victimes de maltraitance **ont souvent honte de leur situation et sont réticentes à porter plainte**. Elles ont peur des représailles et protègent les liens familiaux. Elles craignent l'isolement, le rejet et la rupture avec l'auteur. Il se peut également que certaines personnes âgées n'aient **pas conscience** que la situation qu'elles endurent correspond à de la maltraitance, qu'elles **ignorent l'existence de possibilités d'aide** (organisations spécialisées, services d'aide aux victimes, missions d'aide de la police, etc.) ou qu'elles soient incapables physiquement ou mentalement de demander de l'aide.

Beaucoup de personnes âgées maltraitées **ne font pas confiance** aux services d'aide et aux services judiciaires, et craignent de perdre le contrôle de leur plainte. Alors qu'elles souhaitent simplement que la maltraitance cesse, la justice peut décider d'agir « dans leur intérêt », même si c'est contraire à leur souhait. En effet, contrairement au secteur de l'aide et des soins, où l'accord de la personne concernée est nécessaire au partage d'informations confidentielles, la justice n'a pas besoin du consentement de la victime pour engager des poursuites. Le **sentiment de perte de contrôle** qui résulte de cette divergence de vues peut constituer un obstacle à la détection et au signalement de situations de maltraitance.

Les différentes **possibilités d'accompagnement** des personnes âgées dans la procédure pénale restent assez peu exploitées et varient fortement en fonction de la personne qui prend en charge le dossier. D'une part, les services d'aide aux victimes semblent très rarement sollicités dans les cas de maltraitance de personnes âgées et sont peu spécialisés dans cette matière. D'autre part, certains acteurs de la police / justice soulignent leur manque de formation pour auditionner ce public particulier (par exemple, plusieurs policiers disent se sentir désemparés quand ils ont affaire à une personne âgée désorientée ou atteinte de démence). Cette situation peut



amener à ce que la personne âgée soit confuse lors de sa plainte, ne donne pas suffisamment d'informations ou n'exprime pas clairement son souhait.

D'autres obstacles évoqués pour le manque de détection des situations de maltraitance de personnes âgées sont la **lenteur des procédures** et la **complexité** des langages médical et judiciaire, les **barrières linguistiques**, ou encore le **manque de places dans les structures d'accueil et d'hébergement**, qui induit une peur de perdre une place longtemps attendue en cas de plaintes.

6.4. Obstacles au niveau des aidants proches

Les aidants proches ou informels sont les pierres angulaires du soutien aux personnes âgées dépendantes. Notre société a mis beaucoup de temps à prendre conscience de leur immense et discrète contribution, parfois offerte au détriment de leurs propres besoins et de leur équilibre familial et personnel. Le **surmenage** n'est jamais loin et le glissement peut alors se faire vers une forme insidieuse – et souvent involontaire – de maltraitance, que l'on appelle **derailed care** en anglais (littéralement 'soins sortis des rails'). Le VLOCO estime que 15 % des aidants proches sont en situation de surmenage pouvant mener à du *derailed care* ; les chiffres du *Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling* sont similaires (17 %). Le **tabou** qui entoure ces situations est un obstacle majeur à leur détection et à leur prise en charge.

Encadré 12 – Qu'est-ce que le *derailed care* ?

Le concept de *derailed care* semble avoir fait sa première apparition aux Pays-Bas sous le nom de *ontspoorde mantelzorg*^{ww}. Il s'agit d'une forme de maltraitance très particulière exercée par les aidants proches, sans **aucune volonté de nuire**, voire sans même en avoir **conscience** (p.ex. mal soutenir la personne âgée lors de transferts, ce qui peut entraîner à la longue une blessure à l'épaule).

Les situations de *derailed care* résultent souvent d'une surcharge de l'aidant proche, de son impuissance face à une situation qu'il n'a pas toujours choisie, de son éventuelle incompétence (absence de formation) ou de son ignorance des aides existantes.

On distingue différentes formes de *derailed care* : **psychiques** (agression verbale, humiliation, infantilisation...), **physiques** (contusions, égratignures, contention physique ou médicamenteuse...), **négligence** (malnutrition, manque d'hygiène, escarres...), **non-respect des droits** (prise de décision à la place de la personne âgée, refus de visites, lecture du courrier...) ou **financier** (restriction financière sans abus caractérisé).

La détection de situations de *derailed care* est très difficile. Des réponses existent : apporter du **soutien** aux aidants proches pour éviter le surmenage, les **sensibiliser**, par exemple, à l'aide d'une check-list pour les aider à repérer eux-mêmes le stade où ils risquent d'évoluer vers un 'déraillement', et les **soutenir** dans leur demande d'aide. L'UGent a développé un **outil pratique**^{xx} permettant d'évaluer la charge et l'expérience des aidants proches, mais cet outil n'a pas (encore) été validé.

Il faut toutefois aussi souligner que la relation entre aidant proche et aidé peut 'dérailer' dans les deux sens : parfois c'est l'aidé qui manifeste des comportements inadéquats à l'égard de son aidant.

^{ww} <https://www.mantelzorg.nl/professionals/onderwerpen/actueel/ontspoorde-mantelzorg/>

^{xx} <http://zichtopmantelzorg.be/>



6.5. Obstacles au niveau des autorités politiques

6.5.1. Absence de plans d'action spécifiques

L'un des principaux problèmes de la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées en Belgique est la sensibilisation insuffisante des autorités politiques, qui se traduit en pratique par une **absence de politique globale en matière de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance envers les personnes âgées**. Malgré une prise de conscience croissante, à l'échelon international, des enjeux de la maltraitance des personnes âgées, le sujet peine à se placer à l'agenda politique des autorités fédérales, régionales et locales.

La maltraitance des personnes âgées est également l'une des formes de violence les moins étudiées dans les enquêtes nationales. **L'absence de centralisation des données** joue également en défaveur de la prise de conscience souhaitée, car il est difficile d'avoir une vue d'ensemble de la situation.

Il existe pourtant quelques **plans nationaux concernant la sécurité et la violence en général** (voir section 5.1). Ces plans incluent généralement le thème de la violence intrafamiliale, mais aucun accent particulier n'y est mis sur la maltraitance des personnes âgées. Bien que la plupart de leurs recommandations et points d'action au sujet de la violence intrafamiliale puissent également s'appliquer à la maltraitance des personnes âgées, cette dernière comporte des particularités qui ne sont pas prises en compte. L'exploitation financière en est un bon exemple ; cette forme fréquente d'abus à l'encontre des personnes âgées n'est abordée par aucun des plans d'action existants. Il faut pourtant s'attendre à ce qu'elle augmente avec la digitalisation croissante des services bancaires.

6.5.2. Soutien insuffisant des maisons de repos (et de soins)

La surcharge de travail dans les MR/MRS a déjà été soulignée plus haut, de même que les effets potentiellement pervers du système de financement (voir section 4.1.3). De plus, les inspecteurs des services de contrôle des administrations régionales semblent manquer de temps pour visiter les établissements, et lors de leurs visites (dont les directeurs sont souvent prévenus à l'avance), ils n'ont que très peu de contacts directs avec les résidents et le personnel.

6.5.3. Divergences de fonctionnement et d'attitude entre régions

Les priorités politiques divergent entre les régions du pays. Du côté francophone, des organisations et services spécialisés telles que Respect Seniors (Wallonie) et Écoute Seniors (Bruxelles) ont été mises en place et sont soutenues, tandis qu'en Flandre, les services spécialisés fournis par le VLOCO ont été considérablement réduits suite à des restrictions budgétaires. La priorité politique flamande a en effet été de centraliser les questions des citoyens sur tous les types de violences ou de maltraitements au sein d'un point de contact unique (1712) et d'intégrer l'essentiel de leur prise en charge concrète dans les services existants (CPAS, CAW...). .

Le concept de collaboration intersectorielle n'est pas perçu de la même manière des deux côtés de la frontière linguistique. Les modèles de collaboration entre les services d'aide sociale, de police et de justice (approche en chaîne et Family Justice Centres) développés en Flandre n'existent pas du côté francophone. Certains francophones regrettent de ne pas pouvoir interagir entre secteurs plus souvent et de manière plus transparente.

Par ailleurs, en Flandre, certains intervenants plaident pour une approche plus interventionniste, avec des modèles tels que le '*Bemoeizorg*'^{yy} ou

^{yy} Le principe du *Bemoeizorg* est d'offrir proactivement de l'aide à des personnes qui n'en font pas la demande. Cette forme d'assistance est principalement destinée aux personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas franchir le pas vers une prise en charge.



l'intervention de services mandatés pour travailler de façon plus énergique, pouvant superviser les services d'aide sociale, tandis que du côté francophone, l'attitude est plutôt axée sur l'autonomisation de la personne âgée.

6.6. Obstacles au niveau de la société dans son ensemble

Le **manque de sensibilisation de la population** est un obstacle à la détection et à la prise en charge précoce de la maltraitance des personnes âgées en Belgique. Le grand public ne connaît ni l'ampleur, ni les causes, ni les conséquences de cette maltraitance, ni les possibilités d'y porter remède. Le sujet n'est que rarement traité par les médias.

Des **préjugés tels que l'âgisme** constituent un obstacle majeur à cet égard ; ils mènent à une minimisation de l'impact de la maltraitance de personnes âgées, en comparaison, par exemple, à la maltraitance des enfants ou des femmes. Cette attitude générale négative à l'égard du vieillissement (âgisme) conduit nos sociétés occidentales à créer un contexte favorable à la maltraitance des aînés. La lutte contre l'âgisme est une nécessité affirmée depuis plus de vingt ans au niveau international et par des organisations indépendantes, mais à laquelle le public et les autorités belges semblent peu réceptifs.

Un autre problème de société est la **perception de la police et de la justice comme uniquement répressives** ; leurs missions protectrices sont très mal connues, de même que leurs solutions non répressives (médiation, mise sous tutelle, etc.). Cette crainte de mesures répressives maintient le tabou autour des situations de maltraitance, ce qui peut mener à des extrémités parfaitement évitables (p.ex. le *derailed care*, voir plus haut). Cela prive également les auteurs de maltraitance du soutien psychosocial ou organisationnel dont ils auraient besoin. De façon plus générale, la population est fort dépourvue face à la justice, ne sachant pas comment déposer une plainte, par exemple.

7. ANALYSE DES OUTILS DE DÉTECTION EXISTANTS

Rappelons qu'au départ de cette étude, il y avait une demande des services d'urgence qui souhaitaient disposer d'un outil fiable et pratique pour détecter les situations de maltraitance de personnes âgées. Comme il a été décidé d'élargir la portée de l'étude, les outils de détection ont également fait l'objet d'un recensement plus large. En effet, d'autres acteurs de première ligne tels que les infirmiers, les aides à domicile, les travailleurs sociaux ou les médecins généralistes sont directement concernés par la problématique de la maltraitance.

Ce chapitre présente les différents outils de détection de la maltraitance de personnes âgées, identifiés dans la littérature scientifique comme pouvant être utilisés en soins de première ligne et par les travailleurs sociaux. Certains ont une portée globale, couvrant tous les types de maltraitance ; d'autres visent plus spécifiquement certains types d'abus (p.ex. financier, psychologique, etc.), et d'autres encore sont conçus pour être utilisés dans des environnements spécifiques (p.ex. les services d'urgence). Certains se présentent sous forme de questionnaires adressés directement à la personne âgée (auto-évaluation) ou à son entourage, d'autres sous forme d'observation de la personne âgée dans son contexte de vie (par le soignant professionnel ou informel).

La méthodologie de recherche et la présentation détaillée des outils identifiés se trouvent dans le chapitre 5 du [rapport scientifique](#). Dans cette synthèse, nous résumons, sous forme de tableau, les outils pour lesquels des données psychométriques attestent la validité et la fiabilité, et qui sont disponibles dans au moins l'une des trois langues nationales belges. L'échelle REAMI/RITI n'a pas encore été validée scientifiquement mais, développée à l'origine par des chercheurs belges, elle est déjà largement utilisée en Belgique.

Pour une utilisation plus pratique, ce même tableau est également disponible en document séparé, dans le plan par étapes, assorti de liens directs permettant d'accéder aux outils.



7.1. Outils de détection disponibles dans les langues nationales belges

Le tableau 1 ci-dessous présente un résumé des informations les plus pertinentes susceptibles d'orienter le choix des professionnels de l'aide et des soins vers tel outil plutôt que tel autre. Ces outils sont disponibles dans **au moins une des langues nationales belges**, et en anglais. Certains (ZARIT, EASI, DACAN et DESIA) le sont aussi dans plus d'une dizaine d'autres langues. À noter que ces outils ne sont pas conçus pour être utilisés par les patients ou les aidants proches atteints de troubles cognitifs.

Tableau 1 – Outils de détection de la maltraitance des personnes âgées disponibles dans les langues nationales belges

Outils	Contexte de soins	Utilisateurs de l'outil	Cible	Objectif	Modalités d'administration	Système de score	Langues*	Accès aux questionnaires
Instrument d'estimation de risque de maltraitance des personnes âgées (RITI) ⁴	Domicile ¹ MR/MRS	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de l'aide et des soins Recommandé par la SSMG Inclus dans l'outil d'apprentissage électronique de Domus Medica 	Personne âgée	Évaluer le risque de maltraitance et d'abus envers les personnes âgées (signes et facteurs de risque)	<ul style="list-style-type: none"> Questions directes évaluant 3 composantes : les facteurs de risque de la personne âgée, les facteurs de risque de l'environnement / l'auteur possible et les signaux de la maltraitance de la personne âgée Temps nécessaire : 2-15 min (version courte disponible) Type de réponse : échelle Likert 	4 codes couleur : vert (aucun risque), jaune (risque faible), orange (risque modéré) et rouge (risque élevé).	Français Néerlandais	(FR) (voir Scientific Report p486)
The Elder Abuse Suspicion Index © (EASI) ^{2,3}	Ambulatoire ¹	<ul style="list-style-type: none"> Médecins généralistes Recommandé par la SSMG 	Personne âgée	Évaluer le risque, la négligence, et tous les types de maltraitance sur une période de 12 mois (indice de suspicion)	<ul style="list-style-type: none"> Combinaison de questions directes et d'observation complétée par le professionnel de la santé Temps nécessaire : 2-5 min Type de réponse : Oui /Non 	Une réponse "oui" à une ou plusieurs des questions 2 à 6 peut établir une préoccupation.	Français, Allemand	 (FR)  (DE)  (autres)
Liste des indices de situations abusives (LISA) ⁵	Domicile	Professionnels de l'aide et des soins	Personne âgée et aidants proches	Identifier les personnes âgées qui risquent d'être victimes de tout type de maltraitance de la part de leur soignant	<ul style="list-style-type: none"> Liste de contrôle des signaux de maltraitance complétée par des professionnels de l'aide et des soins Temps nécessaire : 2-3 heures Type de réponse : échelle Likert 	Un score limite de 16 indique un risque de maltraitance	Français	(FR) (voir Scientific Report p484)



Zarit Burden Interview (ZBI)	Domicile	Professionnels de l'aide et des soins	Aidants professionnels et aidants proches	Évaluer la charge des aidants qui s'occupent d'une personne âgée souffrant d'une maladie chronique ou d'un problème mental	<ul style="list-style-type: none"> • Questions pouvant être complétées par les aidants eux-mêmes ou dans le cadre d'un entretien • Temps nécessaire : non précisé • Type de réponse : échelle Likert 	0 – 20 : peu ou pas de charge 21 – 40 : charge légère à modérée 41 – 60 : charge modérée à grave 61 – 88 : charge grave	Allemand, Français, Néerlandais	 (FR)  (DE)  (NL)
Questionnaire de dépistage de la maltraitance chez les aidants naturels (DACAN)⁶	Domicile	Professionnels de l'aide et des soins	Aidants proches	Évaluer si un aidant proche est un agresseur potentiel (risque de maltraitance)	<ul style="list-style-type: none"> • Questions directes posées à l'aidant • Temps nécessaire : 2 min • Type de réponse : oui/non 	Un point par réponse "oui". À partir de 4 points ou plus, l'aidant est considéré comme "susceptible d'être maltraitant". Plus le score est élevé, plus le risque de maltraitance est important.	Français	(FR) (voir Scientific Report p494)
Grille de Dépistage des Sévices Infligés aux Aînés (DESIA)⁷	Domicile	Professionnels de l'aide et des soins	Personne âgée	Évaluer le risque de maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> • Questions complétées par le professionnel en fonction de ses observations et suspicions • Temps nécessaire : 1 minute • Type de réponse : oui/non et échelle Likert 	Pas de scores ni de seuil	Français	(FR) (voir Scientific Report p493)

¹ 'Domicile' désigne les professionnels de santé qui se rendent au domicile des personnes âgées (comme une infirmière à domicile ou un médecin généraliste qui fait des visites à domicile par exemple) et 'ambulatoire' désigne les professionnels travaillant en cabinet ou consultation à l'hôpital, par exemple.

⁴ En anglais cet outil est appelé *Risk on Elder Abuse and Mistreatment-Instrument (REAMI)* et en néerlandais *Risicotaxatie-Instrument (RITI)*

⁵ En anglais, cet outil est appelé *Indicators of Abuse (IOA)*

⁶ En anglais, cet outil est appelé *Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE)*

⁷ En anglais, cet outil est appelé *Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)*

AVERTISSEMENT : Ces outils ne sont pas adaptés aux patients ou aux aidants naturels souffrant de troubles cognitifs.

²Yaffe MJ, Wolfson C, Weiss D, Lithwick M. Development and validation of a tool assist physicians' identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI ©). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2008; 20 (3): 276-300. Mail: mark.yaffe@mccgill.ca

³Avertissements des auteurs de l'outil EASI© :

- Les questions de l'EASI © doivent être reproduites selon la séquence de la version publiée, car toute modification séquentielle peut altérer les propriétés psychométriques de l'instrument.
- Les questions de l'EASI © doivent être reproduites textuellement, à moins que des modifications spécifiques ne soient approuvées au préalable par les auteurs. Il s'agit à la fois d'une question de droit d'auteur et de la crainte que des changements de mots n'altèrent les propriétés psychométriques de l'instrument.



7.2. Perspectives pour la Belgique

7.2.1. *Aucun outil n'est utilisable dans toutes les situations*

Tous les outils de détection mentionnés ci-dessus permettent une standardisation des approches mais il convient d'être conscient de leurs limites, et notamment du fait qu'**aucun n'est utilisable dans toutes les situations** et qu'aucun ne permet de prendre en considération la **complexité** de certaines situations. Toutefois, de nombreux auteurs – confortés en cela par les stakeholders interrogés dans le cadre de cette étude – sont d'avis que leur utilisation permet à tout le moins une bonne **sensibilisation** dans le chef des utilisateurs (professionnels ou informels).

La plupart des outils existants n'ont pas été validés auprès de personnes âgées souffrant de **troubles cognitifs** – une population pourtant particulièrement à risque de maltraitance. Paradoxalement, la maltraitance envers cette population est sous-détectée, précisément parce que les outils de détection ne lui sont généralement pas adaptés. Par ailleurs, comme les échelles d'auto-évaluation ne sont pas utilisables chez les personnes souffrant de problèmes cognitifs, il est préférable d'utiliser dans ces cas un outil à compléter par un observateur. Toutefois, cette approche comporte un important risque de biais, l'entourage pouvant être l'auteur de la maltraitance, ou n'avoir qu'une vision partielle de la situation.

Il n'existe pas non plus d'outils spécifiques pour **d'autres types de vulnérabilité** comme les barrières culturelles ou linguistiques, ou les maladies chroniques (sauf Mahmoudian et *al.*, voir chapitre 5 du [rapport scientifique](#)). On peut aussi se poser la question de la détection de la maltraitance chez les personnes isolées, marginalisées ou ayant un faible niveau de littératie en santé, qui ne consultent que très rarement un professionnel de santé.

Aux Pays-Bas, l'absence de données probantes au sujet de l'efficacité des outils existants a conduit la Fédération néerlandaise des médecins spécialistes (*Federatie Medisch Specialisten* – FMP) à recommander d'utiliser **une simple question d'alerte** reposant sur les soupçons : « ai-je un soupçon de maltraitance vis-à-vis de cette personne âgée ? » pour objectiver ce qu'ils appellent le « *niet-pluis-gevoel* » (littéralement le

sentiment d'insécurité). Soulignons également que le discours spontané de la victime potentielle et son ressenti subjectif vis-à-vis de la situation sont aussi des indicateurs non-négligeables pour déceler les situations de maltraitance. Si tel est le cas, le professionnel concerné doit chercher à approfondir la situation et à étayer ses soupçons par l'observation de signaux ou l'identification de facteurs de risque plus précis. Et si nécessaire, il doit prendre des mesures concrètes. Le rapport de la FMP mentionne également quelques éléments permettant d'optimiser les outils de détection existants, par exemple en proposant des traductions afin qu'ils puissent être utilisés dans des populations d'origines culturelles diverses. Or parmi les outils actuellement utilisés en Belgique, plusieurs n'ont jamais été testés dans différents contextes culturels, ni dans différentes langues.

Il n'est donc actuellement pas possible de recommander formellement un outil plutôt qu'un autre ; il restera nécessaire de choisir en fonction du contexte. Des recherches supplémentaires sont donc souhaitables pour identifier ou développer un outil de détection 'idéal'.

Encadré 13 – Une échelle Made in Belgium : REAMI / RITI

REAMI / RITI est un outil de détection destiné aux professionnels de l'aide et des soins qui se rendent au domicile des personnes âgées. Il demande au professionnel d'exprimer ses propres 'sentiments' (les questions commencent par "Dans quelle mesure pensez-vous que...") sur le degré de risque de maltraitance d'une personne âgée en fonction de ses caractéristiques propres, de celles de son environnement et de celles de son auteur éventuel. Il utilise un système de notation de type 'feux de circulation' (rouge, orange, vert). Les 6 dernières questions sont similaires à celles de l'EASI (recherche spécifique de signaux de maltraitance).

REAMI est incorporé dans l'outil d'e-learning de Domus Medica. Une version française est également disponible (réalisée en collaboration avec l'Université de Liège et Home-Info) mais n'est pas accessible en ligne. D'autres traductions sont également en développement (finnois, portugais, etc.).



Dans un futur proche, une échelle REAMI / RITI pour les MR/MRS sera développée.

Dans l'état actuel des choses, REAMI / RITI ne permet pas lien avec le dossier médical (informatisé) du patient ni avec le BelRAI.^{zz}

7.2.2. Vers l'outil 'idéal' ?

Dans une étude australienne récente^{aaa}, un panel de professionnels de la santé a estimé qu'aucun des outils actuellement à leur disposition ne pouvait être utilisé dans leur pratique. En attendant mieux, ils préféreraient utiliser des signaux d'alerte (*red flags*) ou des outils d'évaluation provenant d'autres secteurs (p.ex. la violence intrafamiliale). Ils ont défini que leur outil 'idéal' devrait poser des questions ouvertes plutôt que de type oui/non, sans jugement ni confrontation, afin de faciliter la relation de confiance. L'outil de détection devrait également être adapté à une utilisation dans différents contextes et pouvoir être administré par différents professionnels de la santé. Et surtout, l'outil devrait être intégré dans un plan plus global indiquant les conditions pour signaler un cas, les personnes à contacter et la manière d'impliquer la personne âgée dans le processus d'orientation. En effet, un outil de détection ne doit pas seulement reposer sur l'observation clinique, mais il doit aussi impliquer la personne âgée dans le diagnostic de sa situation et son suivi ultérieur.

À ces conditions, on peut ajouter ce souhait émis par les stakeholders belges : l'outil idéal devrait également comprendre des phrases-types pour faciliter l'entrée en matière sur ce sujet délicat. L'e-learning de Domus Medica propose de tels '**conversation starters**'.

Il est également important de souligner la nécessité de **former les futurs utilisateurs à l'utilisation des outils et à l'interprétation correcte des résultats**. Autre point d'attention : les risques de 'fatigue' en matière de détection (surcharge en instruments divers) et de surcharge administrative.

En conclusion, rappelons que la détection d'une situation de maltraitance doit **s'inscrire dans une approche multidisciplinaire globale dont elle n'est que la première étape**. Elle devra toujours être complétée par une évaluation plus complète, idéalement multidisciplinaire, et, si possible, en combinaison avec d'autres outils de détection (p.ex. sur les capacités cognitives, le contexte social, etc.). Un test de détection 'positif' ne doit donc pas être considéré comme un aboutissement en soi mais comme le point de départ d'une procédure cohérente. À cet égard, la littérature soulève régulièrement le constat que **les professionnels de santé ne savent pas ce qu'ils doivent faire, ni à qui ils doivent s'adresser lorsqu'ils ont mis au jour une situation de maltraitance**. C'est ici qu'interviennent les **procédures d'intervention** que de nombreux pays ont mises en place et qui font l'objet du prochain chapitre.

^{zz} BelRAI est une échelle qui permet une évaluation globale des besoins d'une personne en matière de soins physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux : <https://www.belrai.org/fr> et <https://www.kce.fgov.be/fr/utilisation-de-la-suite-belrai-dans-les-soins-de-r%C3%A9adaptation>

^{aaa} Brijnath B, Gahan L, Gaffy E, Dow B. "Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help": Frontline Service Providers' Views on Current Screening Tools for Elder Abuse. *Gerontologist*. 2018; 20:20



8. STRATÉGIES D'INTERVENTION PRÉCOCE : SIX PAYS SOUS LA LOUPE

La troisième question de recherche de cette étude portait sur les enseignements tirés d'une sélection d'autres pays en matière de prise en charge précoce de la maltraitance des personnes âgées, afin de proposer aux acteurs belges un cadre inspiré des meilleures pratiques identifiées à l'étranger. Pour identifier les procédures d'intervention précoce permettant d'apporter une réponse à une (suspicion de) maltraitance, nous avons analysé les informations de sources gouvernementales et les documents des organisations spécialisées (littérature grise) pour six pays : l'Australie, le Canada, la France, les Pays-Bas, les États-Unis et le Royaume-Uni.

L'analyse s'est focalisée sur des aspects précis des procédures d'intervention précoce comme l'autorité initiatrice du plan d'intervention ou l'importance accordée au consentement et à l'autonomie des personnes âgées. Les résultats détaillés de cette analyse se trouvent dans le chapitre 4 du [rapport scientifique](#) ; nous n'en livrons ici qu'un résumé très succinct.

8.1. Australie

En Australie, un plan d'action national contre la maltraitance des personnes âgées a vu le jour en 2019, suite à une large consultation d'experts.

Au niveau des États et territoires, il existe des procédures d'intervention précoce permettant de réagir aux maltraitances (présumées) de personnes âgées, sous des formes diverses (plans par étapes, arbres de décision, fiches d'information, etc.). La plupart de ces procédures s'adressent aux professionnels des agences de santé et sociales locales.

Presque tous les États et territoires disposent d'une ligne d'assistance téléphonique. En parallèle, chaque procédure d'intervention locale propose une liste de points de contact dans différents secteurs comme la santé, l'aide sociale, la justice, la police et l'administration. La collaboration entre les secteurs de la santé et de l'aide sociale est parfois formalisée par des protocoles inter-agences.

L'utilisation d'une procédure d'intervention précoce ou d'un signalement est rarement obligatoire en Australie (selon les informations identifiées), exception faite de la déclaration obligatoire des actes de maltraitance dans les institutions résidentielles financées par le Commonwealth, applicable dans toute l'Australie, et de la déclaration de maltraitance physique et/ou sexuelle dans les structures résidentielles d'Australie occidentale.

Les procédures australiennes comportent généralement 4 à 6 étapes :

1. identification de la maltraitance suspectée ou constatée ;
2. évaluation du niveau et de l'imminence d'un risque potentiel, en particulier risque vital (risque de suicide ou d'homicide) et contact avec les services d'urgences ;
3. soutien émotionnel (évaluation de la capacité de décision de la personne âgée) ;
4. planification de mesures pour assurer la sécurité de la personne âgée ;
5. notification et enregistrement de la situation ;
6. orientation de la personne âgée et suivi.

Une large place est accordée à l'évaluation de la sécurité, aux discussions avec les personnes âgées et à l'obtention de leur consentement. L'autonomie décisionnelle est prise en compte dans la majorité des procédures identifiées. Aucun outil ne comporte de discussion avec l'auteur des faits.



8.2. Canada

Il n'existe pas de modèle canadien unifié pour lutter contre la maltraitance bien qu'un programme fédéral appelé « Nouveaux horizons pour les personnes âgées » ait fortement soutenu des initiatives de lutte contre la maltraitance provinciales/territoriales dans le passé. Comme le problème de la maltraitance des personnes âgées est sérieusement pris en compte par les autorités canadiennes mais que les compétences en politique de santé et d'aide sociale sont défédéralisées, l'état fédéral canadien subventionne une organisation sans but lucratif (le Réseau canadien pour la prévention de la maltraitance envers les aînés - CNPEA^{bbb}) qui coordonne la prévention de la maltraitance des personnes âgées, en partageant des informations, en coordonnant les ressources et en mettant en relation les professionnels concernés par la prévention et la gestion de la maltraitance aux niveaux local, régional et national.

La plupart des provinces ou territoires du Canada ont des procédures d'intervention relatives à la maltraitance des personnes âgées, mais seuls quelques-uns proposent un plan par étapes à proprement parler. La plupart s'adressent aux professionnels de l'aide et des soins, mais quelques documents émanant des autorités fédérales et provinciales s'adressent aux policiers, à l'entourage, voire aux personnes âgées elles-mêmes. Ils fournissent tous une liste des points de contact des différents secteurs concernés. Il y a généralement une ligne d'assistance téléphonique, qui ne semble toutefois pas être un point de contact centralisé.

Dans toutes les provinces/territoires du Canada, une loi rend la déclaration de la maltraitance de personnes âgées obligatoire quand il s'agit d'une personne hébergée dans un établissement de soins résidentiels. Les établissements n'ont cependant pas d'obligation de suivre une procédure d'intervention. Au Québec, une loi récemment adoptée rend également obligatoire la déclaration d'une maltraitance à l'encontre d'une personne présentant une incapacité décisionnelle. Les plans de protection des adultes

déclarés inaptes, que ce soit pour les biens ou pour la personne, varient selon les 13 juridictions.

De façon générale, les procédures canadiennes sont très pratiques et précises. Elles comportent entre 4 et 6 étapes :

- évaluation du danger ;
- évaluation des capacités mentales/cognitives de la personne âgée ;
- des étapes variables d'une procédure d'intervention à l'autre : aspects financiers, moment opportun pour intervenir, acceptabilité d'une intervention par la personne âgée ;
- soutien de la personne âgée ;
- suivi.

Globalement, les Canadiens accordent une grande importance à l'autonomisation (*empowerment*) de la personne âgée.

8.3. France

Le site web officiel du ministère de la Solidarité et de la Santé et celui de la Fédération 3977, organisme spécialisé financé par le gouvernement, proposent un point de contact centralisé pour les questions relatives à la maltraitance des personnes âgées ou handicapées et des procédures à mettre en œuvre en cas de suspicion de maltraitance d'une personne âgée. Les secteurs de la police et de la justice sont des points de contact potentiels.

Aucune obligation de signalement ou d'utilisation d'une procédure n'est mentionnée. L'autonomie de la personne âgée est évoquée sur le site web du ministère de la Solidarité et de la Santé, tandis que le consentement est abordé dans la procédure écrite du site web de la Fédération 3977. La recherche n'a cependant pas identifié d'arbre décisionnel ou de plan par étapes.

^{bbb} <https://cnpea.ca/en/about-cnpea/who-we-are>



8.4. Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le plan gouvernemental visant à lutter contre tous les types de maltraitance (y compris de personnes âgées) inclut l'obligation pour les professionnels et les institutions des secteurs des soins de santé, de l'éducation, de l'aide sociale à la petite enfance, de la protection de la jeunesse et de la justice à utiliser une procédure en cinq étapes appelé *Meldcode* en cas de suspicion de violence domestique (voir Encadré 9). Les associations professionnelles des secteurs précités ont été impliquées dans l'ajustement de ce plan d'action à leurs spécificités respectives. Le gouvernement a également investi dans des outils et du matériel utiles à l'implémentation du *Meldcode* dans la pratique. Les organisations actives dans le secteur sont tenues de former leur personnel et de le familiariser avec l'utilisation du *Meldcode*. Certains groupes professionnels, comme par exemple les médecins généralistes, ont adapté collectivement le *Meldcode* à leur domaine d'action.

Le point de contact centralisé pour le signalement de tous types de violence domestique est l'organisation « *Veilig Thuis* » (« en sécurité à la maison »), spécialisée dans la prise en charge des personnes ayant subi de la violence domestique. Cette organisation est également à la disposition des professionnels de terrain pour les conseiller.

Avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'utilisation obligatoire du *Meldcode*, en 2013, une augmentation de 39 % de signalements et de demandes de conseil de la part des professionnels et de la population aux organisations spécialisées dans le traitement de la violence domestique a été observée par « *Veilig Thuis* » en un an. La majorité d'entre eux provenaient de professionnels de la santé.

8.5. Royaume-Uni

Les sites officiels du gouvernement, du *National Health Service* (NHS) et de l'organisation caritative '*Action on Elder Abuse*' proposent des listes d'actions à effectuer en cas de suspicion de maltraitance d'une personne âgée mais aucun arbre décisionnel ou plan par étapes n'ont été identifiés. Cependant, le site web du NHS prodigue des conseils aux personnes vulnérables et aux proches pour répondre à la maltraitance. Aucune information n'a été trouvée sur un aspect obligatoire, une évaluation de la capacité décisionnelle ou une exigence de consentement de la personne maltraitée. Les organisations caritatives semblent être les points de contact centralisés pour les victimes.

8.6. États-Unis

Aux États-Unis, différentes organisations sont en charge de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées au niveau national : le *National Center on Elder Abuse* qui dépend de l'administration des personnes âgées (*Aging US Administration*), la ligne d'écoute nationale sur la violence domestique (*National Domestic Violence Hotline*), la *Elder Justice Initiative* qui dépend du Ministère de la Justice, et des organisations caritatives nationales telles que l'*Ageless Alliance* et la *National Adult Protective Services Association* (NAPSA). Certaines de ces organisations s'adressent aux personnes âgées tandis que d'autres ciblent plutôt les professionnels. Quelques-unes se focalisent sur les abus financiers, offrant des conseils d'avocats via la ligne téléphonique. La collaboration avec le secteur de la justice est présente dans toutes les initiatives décrites.

Aucun plan par étapes n'a été identifié au niveau national, mais bien au niveau local, notamment dans les *Adult Protection Services*, dépendant de la NAPSA. L'exemple analysé, celui du comté d'Orange (Californie), ne comprend pas d'étape sur la capacité décisionnelle ou le consentement de l'adulte vulnérable. Il est possible que l'aspect obligatoire de ces procédures varie d'un État à l'autre comme varie l'obligation de signalement.



8.7. Conclusions pour la Belgique

L'analyse des plans par étapes étrangers permet d'identifier quelles sont les principales caractéristiques à prendre en compte lors de l'élaboration d'un tel plan pour la Belgique (voir chapitre 11).

Pour quels utilisateurs ?

Dans la plupart des pays/régions étudiés, il existe des procédures d'intervention pour répondre à la maltraitance des personnes âgées. Elles s'adressent le plus souvent aux professionnels de l'aide et des soins, parfois à d'autres intervenants, mais parfois aussi aux personnes âgées elles-mêmes. Leur utilisation n'est généralement pas obligatoire, sauf aux Pays-Bas. En Australie et au Canada, il existe une obligation de signalement pour les situations de maltraitance se produisant dans des établissements résidentiels. Aux USA, l'obligation de signaler varie d'un état à l'autre. En Belgique, la procédure élaborée au niveau national (SPF Santé publique, 2006) s'adresse exclusivement aux professionnels de la santé et n'a aucun caractère obligatoire. La seule obligation en Belgique concernant la maltraitance des personnes âgées est celle de porter assistance à toute personne en danger. Pour la police et la justice, il existe des circulaires qui prescrivent une approche générale de la violence intrafamiliale et de la violence au sein de la famille (voir section 4.1.1).

Pour quel public ?

Globalement, les procédures d'intervention répondent spécifiquement à des situations de maltraitance de personnes âgées (Australie, Canada). Mais certaines sont élargies aux adultes vulnérables (France, Québec, Ontario, États-Unis) ou englobent toutes les différentes formes de maltraitance ou de violence domestique (y compris les enfants), comme aux Pays-Bas. En Belgique, les options diffèrent entre le Nord et le Sud du pays : alors que la Wallonie et Bruxelles ont mis sur pied une approche spécifique pour les personnes âgées maltraitées, la Flandre a plutôt choisi de cibler globalement toutes les formes de violence intrafamiliale.

Par quel niveau d'autorité ?

Les différentes procédures étudiées ont été élaborées aux niveaux local, régional ou national, selon que le centre de gravité de l'action est plutôt localisé ou centralisé. Aux États-Unis, les organisations nationales et locales semblent coexister sur un pied d'égalité, tandis qu'au Canada et en Australie, les territoires sont, en vertu de la répartition des compétences, davantage responsabilisés dans la réponse à apporter à la problématique de la maltraitance. Au Royaume-Uni, l'organisation est assurée par des organisations caritatives. En Belgique, cette matière est majoritairement défédéralisée mais il existe toujours une procédure élaborée au niveau national (SPF Santé publique 2006) ; cette dernière est assez ancienne et n'a pas été remise à jour. D'autres outils ont été développés au niveau régional (guidelines de la SSMG et de Domus Medica), voire local, comme l'outil de la SEL de Waasland. Il n'y a cependant aucune coordination entre ces initiatives assez éparées.

Contenu commun des procédures

Les plans par étapes portent généralement sur l'identification de la situation de maltraitance, l'évaluation de la sécurité, le soutien émotionnel, l'évaluation de la capacité de décision, la discussion avec le superviseur/les pairs, l'élaboration d'un plan de sécurité, la rédaction de rapports, l'enregistrement des données, l'orientation vers des spécialistes et le suivi. Une tendance générale est également de déléguer, en dernière étape, des interventions spécifiques à des organisations spécialisées. Toutefois, en Belgique, la procédure d'intervention de 2006 ne mentionne pas les organisations spécialisées, ni ne fait référence aux nouveaux développements en matière de droit pénal, de secret professionnel et de concertation intersectorielle.

Attention accordée à l'autonomie des personnes âgées

Souvent, les procédures comportent une étape au cours de laquelle le professionnel sollicite le consentement de la personne âgée. Mais certains pays vont plus loin, par exemple en s'adressant directement aux personnes âgées dans les procédures d'intervention. Au Canada et en Australie, elles sont même invitées à participer à l'élaboration de leur propre plan de



sécurité, ce qui illustre bien une volonté de maintenir leur autonomie (ou de la leur rendre).

La problématique du consentement est dépendante des capacités de décision de la personne. En Australie et au Canada, l'évaluation de ces capacités fait partie des plans par étapes, et les lieux où les professionnels peuvent faire évaluer cette capacité sont parfois indiqués dans la procédure.

Les Pays-Bas et la France mettent moins en avant le consentement de la personne âgée dans leurs procédures. En Belgique, le plan par étapes de 2006 prévoyait que le professionnel s'interroge sur la capacité de décision de la personne âgée.

Centralisation et collaboration intersectorielles

La plupart des pays ont mis en place une ligne téléphonique nationale et/ou régionale avec des horaires d'ouverture étendus, qui sert de porte d'entrée principale au système spécialisé de gestion de la maltraitance. En France et aux Pays-Bas, où le système est centralisé, cette porte d'entrée est unique.

Quasi toutes les procédures étudiées fournissent le numéro d'appel d'une telle ligne d'écoute, mais aussi celui des services d'urgence, de la police et de la justice.

Dans certains pays, comme les États-Unis et les Pays-Bas, le secteur de la justice est fortement impliqué dans l'élaboration des procédures d'intervention. En Belgique, plusieurs lignes d'écoute sont en activité et varient d'une région à l'autre (voir chapitre 3). À l'exception de l'outil local créé par la SEL de Waasland, les rares documents existants ne fournissent pas toujours de numéros de contact clairs.

L'approche intersectorielle est plus avancée en Flandre qu'en Wallonie, avec une coopération étroite entre les secteurs de l'aide, de la police et de la justice dans le cadre de l'approche en chaîne. La coopération entre les organisations spécialisées existe mais sans formalisation protocolaire.

Impact des procédures

Il est probable que des données soient collectées par des organismes spécialisés dans tous les pays étudiés, mais il y a peu de rapports d'impact, sauf aux Pays-Bas et au Québec. En France, la collecte de données est organisée, mais pas sous la forme d'une étude d'impact. En Belgique, les organisations spécialisées s'organisent afin d'encoder au mieux les données concernant les situations pour lesquels leur aide est sollicitée.

En conclusion, il serait logique que le contenu du futur plan par étapes à destination des professionnels belge inclue des étapes similaires à celles définies à l'étranger, comme l'identification de la situation de maltraitance, l'évaluation de la sécurité, la discussion avec le superviseur/les pairs et l'orientation vers des spécialistes. L'importance du respect de l'autonomie de la personne âgée et de la collaboration intersectorielle doit transparaître dans le futur plan.

Le niveau d'autorité à l'origine des plans par étapes étrangers varient en fonction de l'organisation politique de chaque pays, il serait logique qu'en Belgique, le niveau d'élaboration soit régional, étant donné que les entités fédérées sont actuellement compétentes pour l'essentiel des matières relatives aux personnes âgées. La situation a donc fortement évolué depuis l'élaboration du plus récent plan par le niveau fédéral en 2006. Cependant, le niveau fédéral devrait rester impliqué à cause des rôles importants de la police et de la justice dans cette thématique.

L'ensemble de ces données a permis de développer un plan générique détaillé au chapitre 11 de ce document.



9. ANALYSE DE POLITIQUES DE PRÉVENTION DANS 3 PAYS

Le but ultime de toute politique de gestion de la maltraitance des personnes âgées est que ces situations disparaissent à l'avenir. Les stratégies d'intervention mises en place doivent donc se doubler d'une véritable politique de prévention à long terme. Depuis les années 2000, plusieurs organisations internationales^{ccc} insistent sur ces aspects préventifs : l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS et OMS-Europe), l'Union Européenne (UE), etc. Leur message est que la prévention de la maltraitance des personnes âgées repose sur chacun de nous et que conserver aux personnes âgées une place au sein de la société est le meilleur moyen de lutter contre leur maltraitance. Dans certains pays, la mobilisation du public se fait à partir du secteur de la santé, tandis que dans d'autres, le message provient du secteur de l'aide sociale.

L'analyse détaillée des plans, institutions et projets internationaux et européens visant à prévenir la maltraitance des personnes âgées se trouve dans le chapitre 3 du [rapport scientifique](#). Sur la base de cette analyse et d'une étude Cochrane de 2016, nous pouvons distinguer six catégories d'actions préventives :

1. élaboration de politiques, plans d'action et législations internationales, nationales ou infranationales, ciblant la maltraitance des personnes âgées;
2. amélioration des pratiques dans les établissements d'accueil et d'hébergement ;
3. sensibilisation et formation des professionnels ;

4. soutien aux soignants informels ;
5. sensibilisation du grand public ;
6. développement de programmes visant à réduire les attitudes et les stéréotypes de la société à l'égard des personnes âgées et à renforcer l'autonomie des personnes âgées.

Nous avons ensuite utilisé ce canevas pour analyser les politiques de prévention menées aux Pays-Bas, au Québec et en France, pour ensuite les comparer à ce qu'il se passe en Belgique.

9.1. L'adoption de mesures législatives et administratives

Dans les trois pays/provinces étudiés, les mesures législatives adoptées ne ciblent pas exactement les mêmes formes de maltraitance. Aux Pays-Bas, le plan d'action concerne la violence intrafamiliale dans son ensemble, avec un plan spécifique et transitoire (2011-2018) de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. En France, le plan concerne tous les adultes vulnérables. Au Québec, les plans d'action gouvernementaux ciblent les 'personnes aînées' tandis que la législation est étendue à tous les adultes vulnérables.

Le Québec a adopté des plans et des législations s'orientant vers un signalement obligatoire de la maltraitance dans certaines situations et les Pays-Bas ont rendu obligatoire le suivi d'une procédure de prise en charge (*Meldcode*).

La France et les Pays-Bas ont un modèle de politique centralisée, mais avec une implantation décentralisée des moyens d'intervention. Au Québec, l'approche est intersectorielle ; les ministres en charge des personnes âgées, de la justice, de la santé et des affaires sociales soutiennent une

^{ccc} United Nations Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. New York: 2002. Available from: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-en.pdf> ; Rafah AA. Key Elements on Protection of Rights of Older Persons from Violence, Neglect and Abuse based on normative inputs to the GA Open-ended Working Group on Ageing.

In: UN-DESA, editor. Proceedings of We are UN DESA: Towards sustainable development for all; 2019; New York. Available from: https://www.un.org/development/desa/family/wp-content/uploads/sites/23/2019/06/Corrected_Amal_WEAAD2019Presentation.pdf; WHO Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen; 2011.



politique commune de lutte contre la maltraitance des aînés. En Belgique, les compétences en matière de (prévention de la) maltraitance présentent un chevauchement entre les différents niveaux d'autorités, ce qui réduit la cohérence des politiques mises en place et pourrait expliquer – du moins partiellement – l'absence de plan global de lutte contre la maltraitance des aînés. En effet, depuis la sixième réforme de l'État, l'offre de services destinés à lutter contre la maltraitance des personnes âgées a évolué différemment dans chaque région/communauté (voir chapitre 2 du [rapport scientifique](#)) et les instruments qui avaient été développés auparavant au niveau fédéral ont perdu leur intérêt. Seul le plan national contre la violence liée au genre suggère de mener des campagnes de sensibilisation spécifiques contre la discrimination des groupes vulnérables, dont peuvent faire partie les personnes âgées. Or, à défaut de politique unifiée, il semblerait au moins indiqué d'inclure la prévention de la maltraitance des aînés dans les plans fédéraux proches de la thématique, à savoir le plan de lutte contre la discrimination (plan national contre la violence liée au genre) et le plan intégré de sécurité. Toutefois, une circulaire du Collège des Procureurs Généraux (COL) spécifiquement dédiée à cette problématique devrait bientôt être publiée.

9.2. L'amélioration des pratiques dans les établissements d'accueil et d'hébergement

Peu nombreux sont les gouvernements qui mesurent la qualité des soins dans les services d'accueil et d'hébergement et qui mènent une politique d'amélioration des normes de soins dans ce secteur. Depuis 2012, la Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée^{ddd} propose un excellent cadre pour le développement de telles normes. Cette Charte est le résultat d'une action conjointe de différents pays européens et propose des actions à mettre en œuvre par les professionnels afin de faire respecter les droits fondamentaux des personnes âgées.

^{ddd} https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU%20Charter%20-%20Accompanying%20Guide_FR.pdf

En France, l'une des priorités en la matière est de renforcer les contrôles, en proposant d'abord des solutions puis en sanctionnant les défaillances persistantes. Comme l'accent est mis sur la bienveillance, tout problème d'organisation qui pourrait avoir un impact sur le bien-être des résidents doit être signalé à l'autorité administrative. Aux Pays-Bas, les efforts des autorités se concentrent davantage sur le soutien des gestionnaires afin de les aider à satisfaire aux exigences de qualité. Ainsi par exemple, des outils sont mis à leur disposition pour les aider à sélectionner les membres de leur personnel. Au Québec, la nouvelle loi de lutte contre la maltraitance oblige les services de soins résidentiels à diffuser et à mettre en œuvre une politique de lutte contre la maltraitance (affiches, site web). Chaque structure doit également mettre en place une procédure d'intervention en cas de maltraitance.

En Belgique, de nombreuses chartes existent mais sont peu appliquées, par manque de moyens et de cadre légal, et ce malgré l'implication de chercheurs belges dans trois projets européens (EuSTACEA, WeDO et WeDO2)^{eee} axés sur la qualité des soins et visant à mettre en œuvre le contenu du cadre européen de qualité dans leur pratique quotidienne.

En Flandre, chaque établissement ou organisation accueillant des personnes âgées doit décrire sa politique et son système de qualité dans un '*kwaliteitshandboek*' (manuel de qualité) et indiquer comment il répondra aux exigences minimales de qualité requises par le secteur. Il doit également rédiger un rapport annuel d'évaluation de l'année écoulée et produire un plan de qualité annuel contenant les initiatives prévues pour l'année à venir afin d'améliorer la qualité des soins. Divers indicateurs de qualité sont également mesurés dans les MR/MRS et leurs résultats sont rendus publics (voir section 4.1.3.).

En Wallonie, le Code wallon de la santé et de l'assistance insiste sur le bien-être et impose à tous les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés le développement, l'implémentation et la diffusion d'un projet de vie commun aux résidents et au personnel. Les contrôles de qualité sont

^{eee} voir <https://www.age-platform.eu/>



effectués par le service 'Audit et Contrôle' de l'AViQ ; des résultats négatifs donnent lieu à une conciliation ou à des sanctions, mais les résultats restent confidentiels. Une plus grande transparence et une législation plus exigeante sembleraient nécessaires pour améliorer la qualité des soins dans les établissements d'accueil et d'hébergement en Wallonie. Cependant, ces changements doivent être accompagnés de mesures concernant les moyens humains et logistiques disponibles au sein des établissements.

Dans les trois régions, des organisations spécialisées proposent des services de conseil et d'orientation des personnes âgées au sujet des établissements d'accueil et d'hébergement. Ces mêmes organisations reçoivent également les plaintes à l'encontre de ces structures. En Wallonie, c'est l'organisation Senoah qui joue ce rôle, tandis qu'en Flandre, c'est la *Woonzorglijn*. En Région bruxelloise, Infor-Home offre également un service de médiation pour les personnes âgées (Senior Médiation) et collecte des données actualisées sur la qualité et les caractéristiques des établissements de sa zone géographique. Home-Info est son homologue néerlandophone pour Bruxelles.

À la lumière des exemples étudiés, notre pays pourrait responsabiliser davantage les gestionnaires des établissements en insistant sur la sélection et la formation du personnel, l'adoption de procédures d'intervention en cas de maltraitance et le développement d'une culture d'analyse et de gestion des risques, afin de diminuer le poids de la « loi du silence » qui existe parfois au sein de certains établissements au sujet des pratiques maltraitantes. Mais d'autres établissements ont déjà opté pour la transparence en organisant des discussions entre résident, entourage, personnel et direction face à des situations suspectes ou à risque de devenir maltraitantes (voir chapitre 8 du [rapport scientifique](#)).

^{fff} Organization of Economic Cooperation and Development, European Commission. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. 2013. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/PolicyBrief-Good-Life-in-Old-Age.pdf>

9.3. Sensibilisation et formation des professionnels

Selon l'OCDE^{fff}, les campagnes nationales de sensibilisation comprenant la formation des professionnels et des personnes âgées sur la manière de réagir à la maltraitance ont été couronnées de succès en Irlande, au Canada, en Israël et aux États-Unis. En Belgique, peu de ressources sont déployées pour sensibiliser et former les professionnels et futurs professionnels. En comparaison, les Pays-Bas et le Québec ont développé de nombreux outils de formation et de sensibilisation dans tous les secteurs concernés (police, justice, santé, aide sociale, finances, éducation et logement). Aux Pays-Bas, le centre d'expertise Movisie propose une formation intitulée « Identifier et discuter de la maltraitance des personnes âgées et des soins informels sortis des rails »⁹⁹⁹ pour apprendre aux professionnels et aux bénévoles à communiquer dans des situations difficiles de (suspicion de) maltraitance et à briser les tabous qui règnent à ce sujet.

Au Québec, l'existence d'une chaire universitaire consacrée à la maltraitance des personnes âgées a joué un rôle dans le développement rapide et le déploiement d'une large gamme d'outils de formation adaptés à la pratique, l'octroi de temps de formation suffisants au personnel et la mise en place d'une approche « *train the trainer* » qui permet de diffuser les connaissances entre collègues.

En Belgique, la sensibilisation et la formation professionnelle ne sont assurées que par les quatre organisations spécialisées existantes, sauf pour les médecins généralistes qui bénéficient de modules de formation et d'un guideline élaborés par leurs organisations professionnelles (Domus Medica et SSMG). Mais ces différentes formations, qui se font toujours à la demande, touchent principalement un public intéressé et déjà sensibilisé

⁹⁹⁹ <https://gemeenten.movisie.nl/doel/huiselijk-geweld-en-kindermishandeling-aanpakken/actueel/ga-met-ouderen-zelf-gesprek-over>



au problème. En France, la situation semble quelque peu similaire à celle de la Belgique.

Il est donc temps que notre pays investisse dans la formation et la sensibilisation des professionnels en soutenant beaucoup plus efficacement le travail formatif mené par les organisations spécialisées auprès des professionnels de terrain et des étudiants.

9.4. Sensibilisation du grand public

Bien qu'une journée internationale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées soit instituée depuis 2011 par l'ONU, seuls 23 % des pays déclarent avoir mis en place des campagnes d'information du grand public.

Les exemples étrangers que nous avons étudiés ont montré qu'il est possible de mener une politique de sensibilisation forte. Le Québec mène régulièrement des actions de sensibilisation en multipliant les canaux, les cibles et les sujets. Aux Pays-Bas, bien que le thème de la maltraitance soit inclus dans celui de la violence intrafamiliale, une vaste campagne de sensibilisation a été menée en 2019 avec des spots diffusés à la télévision et sur Internet. En France, le canal télévisuel a également été choisi pour sensibiliser la population.

En Belgique, ce sont les organisations spécialisées dans la gestion de la maltraitance des personnes âgées qui mènent les campagnes (affiches sur les bus, spots à la radio) et qui organisent des événements de sensibilisation comme des pièces de théâtres ou des conférences. Elles manquent cependant de moyens pour accéder aux canaux de diffusion télévisuels.

9.5. Soutien aux aidants proches

Depuis de nombreuses années, l'ONU et l'UE insistent sur la nécessité de soutenir et de protéger les aidants proches. Les idées avancées sont de les former, de leur offrir des possibilités de répit et de mettre en place des mesures permettant de réduire leur fardeau et de concilier leur « travail » d'aidant proche et leur vie professionnelle et familiale. Récemment, 40 % des pays de l'OMS ont déclaré mettre en œuvre des programmes de soutien aux aidants, dont la Belgique qui reconnaît le statut d'aidant proche depuis 2014 (mais ne l'a mis en œuvre qu'en septembre 2020).

Au Québec, un plan d'action est en cours d'élaboration par le gouvernement pour consolider la reconnaissance des aidants proches, promouvoir leur rôle et prendre soin d'eux avant qu'ils ne décompensent. Aux Pays-Bas, l'énergie du gouvernement se concentre davantage sur la levée des tabous concernant le *derailed care*. À cette fin, un certain nombre d'outils sont disponibles, tels que le *Mantelscan*, sorte d'auto-évaluation en trois minutes à réaliser par l'aidant proche pour identifier son propre risque de devenir maltraitant. Cet outil pourrait également être diffusé au sein de la population belge (en traduction, le cas échéant).

La Belgique vient de rendre opérationnelle la loi sur le statut d'aidant proche, (voir Encadré 13). Des soins de répit sont également proposés par des organisations indépendantes et par les mutuelles, mais ces efforts devraient être relayés par un soutien des autorités. L'intérêt croissant pour la situation des aidants proches se reflète également dans l'existence, en Flandre, d'un centre d'expertise et d'un plan d'action 2016-2020 spécifiquement consacrés à cette question. L'orientation prise par l'AViQ en Wallonie est davantage focalisée sur la formation des professionnels de la santé aux besoins en soins des aidants proches, comme en France.



9.6. La lutte contre l'âgisme

Alors que l'ONU, l'OMS, l'UE et le Conseil de l'Europe soulignent la nécessité de réduire les inégalités sociales liées à l'âge et la nécessité de changer l'image du vieillissement dans la société, les autorités belges s'abstiennent de signer l'article de la Charte sociale européenne révisée concernant les personnes âgées^{hhh}. Cette charte illustre la lutte contre l'âgisme en demandant de « *permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, de choisir librement leur mode de vie et de mener une vie indépendante dans leur environnement familial aussi longtemps qu'elles le souhaitent* ». Au niveau européen, la plateforme « Age »ⁱⁱⁱ organise, entre autres, des campagnes de sensibilisation au respect des droits des personnes âgées et diffuse les messages de la Charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées, dont ils ont coordonné la réalisation.

Au Québec, les premières pages du guide de référence pour lutter contre la maltraitance des aînés sont consacrées au vieillissement actif et à la lutte contre l'âgisme. En France, il y a même une loi sur l'adaptation de la société française au vieillissement, qui vise notamment à lutter contre l'âgisme. De nombreuses associations et institutions d'État françaises insistent sur la nécessité de ne pas concentrer les personnes âgées dans les établissements de soins résidentiels, et de favoriser leur insertion dans la société. Aux Pays-Bas, l'inclusion des personnes âgées dans la société est aussi fortement soutenue par les pouvoirs publics.

En Belgique, de nombreuses organisations indépendantes comme ENEO et OKRA soulignent aussi la nécessité de lutter contre l'âgisme. Des initiatives flamandes, wallonnes et bruxelloises existent également dans ce but, sous différentes formes, comme les projets intergénérationnels ou l'implication des « Villes amies des aînés ». Tout semble donc prêt, en

Belgique, pour diminuer la discrimination liée à l'âge dès que la sensibilisation de nos autorités portera ses fruits.

9.7. L'autonomisation des personnes âgées

Dans la même mouvance que la lutte contre l'âgisme, il existe actuellement une volonté de rendre aux personnes âgées leur autonomie. Au Québec, des conseils sont donnés aux personnes âgées pour les maintenir dans la position de décideur, par exemple, par la création d'un mandat de protection, la préparation d'un testament ou la levée du tabou sur la maltraitance. Un guide a d'ailleurs été élaboré afin d'améliorer les pratiques de sensibilisation de la population âgée québécoise en se basant sur l'étude des obstacles et des leviers que les aînés rencontrent quand ils doivent demander de l'aide.^{jjj} En France, les institutions d'experts vont plus loin en conseillant de modifier l'approche globale des soins pour passer à un processus de décision partagée entre le soignant et le bénéficiaire des soins quel que soit l'âge de celui-ci, ce qui représente un changement dans la relation de soins entre la personne âgée et son soignant. En France encore, il est demandé aux autorités de renforcer le poids du consentement de la personne âgée lorsqu'elle entre dans un établissement de soins résidentiels.

En Belgique, il existe des organes tels que les Conseils consultatifs des Aînés dans les communes et également au niveau régional. Dans chaque MR/MRS ainsi que dans chaque résidence-services en Wallonie, un conseil des résidents se réunit au moins une fois par trimestre^{kkk}. Un soutien financier est aussi accordé par la Fondation Roi Baudouin pour des projets de cogestion des établissements d'accueil et d'hébergement avec les résidents.

^{hhh} <http://cohesionsociale.wallonie.be/sites/default/files/la%20Charte%20sociale%20europ%C3%A9enne.pdf>

ⁱⁱⁱ <https://www.age-platform.eu/>

^{jjj} <https://maltraitancedesaines.com/realisations/guide-de-pratique-damia/>

^{kkk} <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/0/117/1.html?doc=21579>



En matière de lutte contre la maltraitance, les moyens d'autonomisation des personnes âgées vont de la possibilité d'établir des mandats extrajudiciaires à la diffusion de documents et de campagnes de sensibilisation spécifiquement à leur attention, dans le but de les encourager à identifier et signaler elles-mêmes des problèmes de maltraitance dont elles seraient victimes.

9.8. Conclusion

L'analyse menée sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées en Belgique a permis d'identifier plusieurs initiatives intéressantes, comme les conseils de résidents en MR/MRS, les projets de villes amies des aînés, l'apparition des soins de répit pour les aidants proches dans l'offre des mutuelles, l'expertise des organisations spécialisées dans les campagnes de sensibilisation et la formation des professionnels, et l'offre des organisations de conseils sur les établissements d'accueil et d'hébergement – dont la « Senior Médiation ». Mais ces actions nécessitent d'être plus visibles, plus étendues et mieux soutenues.

La comparaison des données provenant de l'étranger avec celles de la Belgique permet de conclure que notre pays manque d'un plan de politique globale et d'une législation adéquate pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Les campagnes de sensibilisation pourraient bénéficier de moyens plus importants et les formations des futurs professionnels devenir plus systématiques. L'attribution de davantage de moyens humains et logistiques au secteur des soins résidentiels devrait être étudiée. La bientraitance et l'autonomisation des personnes âgées devraient être au centre de toutes les décisions politiques et pragmatiques dans le secteur de soins résidentiels. Dans le milieu intrafamilial, l'implémentation d'outils prometteurs comme le *Mantelscan* néerlandais ou l'outil de la *Hogeschool Gent* (voir Encadré 12) et le renforcement du soutien des aidants proches permettraient de lutter contre le fléau méconnu – et si facile à prévenir – qu'est le *derailed care*. Enfin, on peut espérer que les autorités belges prennent rapidement conscience des discriminations liées à l'âge qui persistent chez nous et de l'urgence des mesures à prendre pour les combattre.

10. PISTES POUR L'AMÉLIORATION DE LA POLITIQUE GLOBALE EN MATIÈRE DE MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE

Les différentes analyses menées jusqu'ici et résumées dans les chapitres précédents ont permis de mettre en lumière de nombreux obstacles à la détection et à la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées en Belgique. Ces obstacles se situent aux différentes étapes du processus (prévention, détection, intervention) et dans le chef de tous les professionnels concernés – et même de la société dans son ensemble. Une amélioration ne sera donc possible qu'à la condition **d'agir de façon combinée à ces différents niveaux**.

La sous-détection et la gestion sous-optimale des situations de maltraitance résultent le plus souvent d'une intrication complexe de facteurs interdépendants. Ainsi, une action à un niveau aura nécessairement un impact sur d'autres niveaux : si les professionnels de terrain détectent davantage de cas de maltraitance, les organisations spécialisées seront davantage sollicitées et devront être mieux dotées et financées. Si l'activité des organisations spécialisées augmente, les professionnels se sentiront davantage en confiance et seront encouragés à signaler davantage de situations, etc. Pour amorcer une telle spirale vertueuse, il est donc nécessaire d'intégrer toutes les mesures envisagées dans **un plan d'action cohérent élaboré par les autorités compétentes**. Au Québec et aux Pays-Bas, des études d'évaluation d'implémentation des plans gouvernementaux de lutte contre la maltraitance des aînés ont apporté la preuve de la pertinence de ces plans.

Dans cette section, nous présentons des pistes d'action qui permettraient d'améliorer la politique globale en matière de maltraitance des personnes âgées en Belgique. Ces pistes d'actions ont été mises en discussion avec les experts et les stakeholders des différents secteurs concernés. Le détail des méthodes déployées pour cette consultation ainsi que l'analyse des résultats se trouvent dans le chapitre 8 du [rapport scientifique](#).



Les pistes d'amélioration présentées ci-dessous s'adressent en premier lieu aux professionnels de l'aide et des soins, qui étaient les destinataires principaux de cette étude. Nous suggérons plusieurs pistes qui devraient permettre de lever leurs réticences et de s'engager plus activement dans la détection et la prise en charge précoce des situations de maltraitance de personnes âgées. Nous élargissons ensuite notre focus aux autres acteurs professionnels concernés, notamment la police et la justice, en plaidant pour une plus grande collaboration intersectorielle. Enfin, nous étendons notre attention à l'ensemble de la société.

10.1. Miser sur les acteurs de première ligne face à la maltraitance

10.1.1. Développer un plan par étapes

Notre étude a permis de confirmer que les professionnels de la santé et de l'aide sociale sont en général réticents à intervenir – de quelque façon que ce soit – face à des situations de maltraitance de personnes âgées. Parmi les principales raisons de ce manque de proactivité, nous avons identifié un manque de confiance probablement secondaire à l'insuffisance de connaissances et de support pour (1) reconnaître une situation de maltraitance (potentielle) de personne âgée et (2) y réagir de façon adéquate.

Il est donc essentiel que les professionnels de terrain aient à leur disposition une 'marche à suivre' explicite pour les guider depuis leurs premiers soupçons jusqu'à l'intervention la plus adéquate pour une situation donnée. De nombreux pays ont mis au point des procédures de type 'plan par étapes' comprenant :

- des moyens de détection,
- la description des questions à se poser et des différentes étapes à suivre,
- les données de contact indispensables de la police, de la justice, des organisations spécialisées et d'autres acteurs pertinents. Ces coordonnées doivent être adaptées au contexte local, afin de permettre

une prise en charge multidisciplinaire optimale à la fois de la personne âgée maltraitée et de l'auteur de la maltraitance.

Plusieurs exemples de procédures et de guidelines ont été identifiés au cours de cette étude, tant en Belgique (voir sections 5.1 à 5.5) qu'à l'étranger (voir chapitre 8). C'est sur cette base que nous avons élaboré le plan par étapes générique qui vous est présenté au chapitre 11. Ce plan générique devra être adapté aux spécificités locales par des structures telles que les *eerstelijnzones* (ELZ), les SISD, BRUSANO ou les antennes locales des organisations spécialisées. Il est important que ce plan par étapes soit à la fois suffisamment précis pour que les professionnels n'hésitent pas sur la démarche à suivre, et suffisamment flexible pour leur permettre de ne pas s'engager au-delà de leurs limites.

La question de savoir si l'utilisation de ce plan par étapes doit être **obligatoire** demande certaines nuances. Cette proposition a recueilli l'assentiment des trois quarts des experts consultés dans le cadre de cette étude (n=27/37). Les arguments avancés en faveur d'une telle obligation sont variés : elle est de nature à encourager l'action, comme l'illustre l'expérience du *Meldcode* aux Pays-Bas (voir section 8.4 et Encadré 9), et le caractère obligatoire résout les questions de responsabilité, puisque le professionnel doit suivre des étapes prédéfinies ou justifier pourquoi il ne les suit pas. Une telle obligation ne peut cependant pas être une mesure isolée ; elle ne peut être couronnée de succès que si elle est intégrée dans une politique plus globale et intersectorielle.

Certains étaient toutefois plus réticents à rendre l'utilisation de la procédure obligatoire, parfois par crainte de la surcharge administrative qu'elle pourrait représenter, mais aussi par crainte de perturber la relation de confiance établie avec la personne âgée. Tous se rejoignent cependant sur la nécessité de n'intervenir **qu'avec l'accord de la personne âgée**, sauf en cas de danger grave.

Quoi qu'il en soit, l'existence-même d'un plan par étapes – obligatoire ou pas – est un premier pas fondamental vers une meilleure détection et prise en charge des situations de maltraitance de personnes âgées dans notre pays. Concrètement, son introduction nécessiterait au préalable :



- le développement d'outils de détection utilisables dans notre pays et leur mise à disposition,
- la sensibilisation et la formation des professionnels à leur utilisation,
- le renforcement des structures et organisations spécialisées existantes,
- l'organisation et le financement de concertations multidisciplinaires « maltraitance » (en particulier pour les professionnels travaillant en solo).

Pistes d'action :

- **Développer un plan par étapes valable pour tous les professionnels de la santé et de l'aide sociale de 1^o ligne. Le modèle proposé dans le chapitre 11 de cette synthèse pourra servir de base à un tel plan, qui devra ensuite être adapté aux spécificités zonales et locales.**
- **Rendre obligatoire, pour tout prestataire /toute organisation du secteur de la santé et de l'aide sociale, de disposer de ce plan et de l'adapter aux spécificités de sa pratique locale.**
- **Rendre obligatoire, pour tout employeur du secteur de la santé et de l'aide sociale, de former ses employés à l'utilisation du plan par étapes.**
- **Rendre obligatoire, pour tout prestataire /toute organisation du secteur de la santé et de l'aide sociale, d'utiliser le plan par étapes adapté à sa pratique et de noter dans le dossier de la personne âgée l'emploi ou les raisons du non emploi de celui-ci.**

10.1.2. Mettre à disposition des outils de détection pratiques et adéquats

Un outil de détection doit permettre d'estimer un risque de maltraitance et, le cas échéant, d'initier une évaluation complète de la situation. Les professionnels de première ligne interrogés dans le cadre de cette étude donnent leur préférence à un outil facile à utiliser, ne prenant pas trop de temps et accompagné d'instructions claires. Il devrait proposer des questions ouvertes et non confrontantes afin de ne pas perturber la (mise en) confiance de la personne âgée. Il devrait être applicable par différents types de professionnels, dans différents environnements de soins/de vie, avec des personnes de cultures différentes. Les outils actuellement disponibles ne répondent pas (encore) à toutes ces conditions. En outre, la grande majorité d'entre eux ne sont pas adaptés aux personnes atteintes de déficits cognitifs ni, de manière générale, aux personnes très vulnérables.

L'utilisation d'outils de détection est toutefois sujet à discussion dans la mesure où la preuve de leur efficacité n'a, jusqu'à présent, pas encore été formellement démontrée. De plus, certains experts soulignent que les outils de détection ne s'inscrivent pas dans une conversation 'normale' avec un patient âgé et ne permettent pas de saisir l'ensemble de la situation dans sa complexité. En revanche, d'autres insistent sur le fait que leur utilisation est un bon moyen de sensibiliser les acteurs de première ligne. Quoi qu'il en soit, la mise à disposition d'une liste régulièrement tenue à jour des outils de détection disponibles dans les langues nationales belges devrait améliorer leur visibilité, jusqu'à ce que la recherche permette d'établir des outils de référence indiscutables, si cela est possible.

Professionnels de la santé et de l'aide sociale

Pour les professionnels de la santé et de l'aide sociale, les outils les plus souvent cités dans le cadre de cette étude sont l'échelle EASI et le guide d'entretien sur le fardeau des aidants proches ZARIT pour les francophones, et l'échelle RITI pour les néerlandophones (dont il existe aussi une version en français). Les recommandations de la SSMG et l'e-learning de Domus Medica font également référence à l'outil EASI, qui nécessite peu de temps, et offre des questions adaptées au contexte des soins primaires. Le site web



de la SSMG fait également référence au guide d'entretien ZARIT. La recherche de littérature a toutefois permis d'en identifier d'autres qui pourraient également être utilisés dans le contexte belge (voir chapitre 7 de cette synthèse, ainsi que le chapitre 5 du [rapport scientifique](#)).

L'instauration d'un système de 'red flags' signalant les facteurs de risque d'être maltraité au sein des dossiers médico-psycho-sociaux comme le BelRAI pourrait également contribuer à améliorer la détection des situations de maltraitance. À terme, il serait même possible que tous les items repris dans l'outil RITI puissent être extraits d'un dossier BelRAI mais actuellement l'implémentation des outils BelRAI et RITI n'est pas généralisée.

Justice et police

Les services de police et du Parquet devaient être à même d'assurer une détection rapide, un enregistrement correct, une prise en charge de qualité des personnes âgées victimes et un renvoi adapté aux services d'assistance compétents (services d'aide aux victimes ou services spécialisés notamment). Pour le moment, aucun outil spécifique n'est mis à leur disposition pour encadrer ce travail.

La COL spécifique annoncée dans le cadre de la maltraitance des personnes âgées (voir chapitre 4) aura certainement une valeur ajoutée.

Signalons qu'il existe également au niveau international des outils adaptés aux secteurs de la police et de la justice, comme ceux du projet *Mind the Gap*^{III} (projet de recherche financé par la Commission Européenne) pour le recueil de données par la police, les procureurs et les tribunaux. *Mind the gap* propose aussi du matériel de sensibilisation, des brochures de conseils pour les services d'aide sociale et/ou les forces de l'ordre. Au Québec, des plans par étapes destinés aux policiers sont également disponibles^{mmmm}.

^{III} voir chapitre 3 du [rapport scientifique](#)

Pistes d'action :

- **Établir une liste des outils de détection utilisables par les professionnels de l'aide et des soins de première ligne en Belgique. Cette liste sera intégrée dans le plan par étapes.**
- **Déterminer si le champ d'application de certains outils peut être étendu à d'autres contextes de soins que ceux pour lesquels ils ont initialement été conçus. Des recherches supplémentaires sont nécessaires, par exemple sur l'utilité d'une version abrégée d'outils déjà existants, comme le RITI, et pour d'autres contextes, comme les services d'urgence.**
- **Intégrer ces outils dans les systèmes d'enregistrement existants (tels que le BelRAI) et les relier au dossier médical électronique, afin de réduire la charge administrative.**

10.1.3. Améliorer les connaissances des professionnels de première ligne

10.1.3.1. Sur la maltraitance des personnes âgées en général

Professionnels de la santé et de l'aide sociale

Pour l'instant en Belgique, l'essentiel des formations destinées aux professionnels de la santé et de l'aide sociale au sujet de la maltraitance et de la bientraitance des personnes âgées est conçu par les organisations spécialisées. Ce rôle a été unanimement apprécié par les stakeholders et leur souhait est que cela continue. Ces formations suscitent souvent de profondes prises de conscience chez les professionnels, mais il serait nécessaire d'y inclure davantage d'informations pratiques, de notions juridiques ainsi que des formations à l'utilisation des outils de détection, à la communication interpersonnelle (comment engager la conversation sur un sujet aussi délicat) et à la réflexion éthique. Il a également été souligné qu'à

^{mmmm} voir chapitre 4 du [rapport scientifique](#)



l'heure actuelle, la plupart de ces formations se déroulent sur une base volontaire, c'est-à-dire que c'est l'intérêt intrinsèque du professionnel qui est souvent la principale motivation. Idéalement, la question de la maltraitance des personnes âgées devrait être plus systématiquement abordée dans la **formation continue** des professionnels concernés ; elle devrait également être incluse dans les **cursums de base** des futurs professionnels.

Dans les **maisons de repos (et de soins)**, les autorités régionales financent actuellement quelques heures de formation pour le personnel, mais ce soutien est considéré comme insuffisant et ces formations n'incluent pas systématiquement les questions de maltraitance. En ce qui concerne le **milieu hospitalier**, un projet très apprécié avait été mené en 2012 par le SPF Santé publique dans plusieurs hôpitaux, sous la forme de sessions de formation à la détection précoce et à la gestion de la violence domestique. Renforcer ces différentes formations, en consacrer une partie à la maltraitance, et leur conférer un caractère multidisciplinaire et multisectoriel, sont des idées qui ont reçu un bon écho parmi les stakeholders. Il a été suggéré de les proposer sous forme de petits ateliers dispensés par des formateurs issus des organisations spécialisées qui se déplaceraient dans les établissements. Comme l'étendue des zones à couvrir peut poser problème, il a aussi été suggéré que les organisations spécialisées forment des personnes de référence au sein des grandes institutions, qui pourraient à leur tour former le personnel (ceci nécessiterait auparavant la création et le financement du poste de personne de référence – voir plus loin). Ces deux suggestions sont déjà mises en œuvre par Respect Seniors en Wallonie, mais uniquement sur demande.

Pour les **professionnels travaillant en solo** (médecins généralistes, psychologues, infirmières à domicile...), les associations professionnelles et les organisations spécialisées seraient tout à fait indiquées pour mettre en œuvre des formations de manière structurelle ; les eerstelijnzones (ELZ), BRUSANO et les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) pourraient être chargés de leur planification et de leur organisation.

L'outil d'e-learning développé par Domus Medica (financé par le gouvernement flamand) a été cité comme exemple de module de formation qui pourrait être (traduit en français et) proposé à d'autres professionnels de première ligne, ce qui constituerait un pas en direction d'une formation plus uniforme de tous les intervenants des secteurs de la santé et de l'aide sociale. De nombreux autres outils de formation sont disponibles sur le web (OMS, Université de Sherbrooke au Québec, Movisie aux Pays-Bas – voir chapitre 3 du [rapport scientifique](#)).

Toutes les formations devraient être gratuites. Les notions générales pourraient être enseignées par les organisations spécialisées tandis que des structures zonales d'aide et de soins (p.ex. ELZ, BRUSANO et SISD) pourraient aborder les questions locales plus opérationnelles.

Justice et police

Les agents de police et les professionnels de la justice de première ligne ne reçoivent actuellement aucune formation spécifique sur la maltraitance des personnes âgées. La nécessité de mieux les former a également rencontré l'accord de tous les stakeholders. Pour les **policiers**, cette formation devrait être incluse tant dans la formation initiale que dans la formation continue (éventuellement dans le cadre des formations déjà prévues sur la violence intrafamiliale). Par ailleurs, les associations de **juges de paix**, le centre de formation continue des **magistrats** (l'Institut de formation judiciaire) et les zones de police organisent déjà des sessions thématiques régulières qui pourraient facilement inclure le thème de la maltraitance des personnes âgées. En ce qui concerne les magistrats, l'Institut de formation judiciaire pourrait ajouter aux formations existantes des sections spécifiques sur les délits commis à l'encontre de personnes âgées, les médiations^{nmn} et les possibilités en matière de mesures de protection (voir section 4.2).

^{nmn} https://nicc.fgov.be/upload/publicaties/justice_017_fr.pdf



La publication de la **circulaire COL du Collège des Procureurs Généraux** (en cours de rédaction) sur la maltraitance des personnes âgées serait une excellente opportunité pour ouvrir des discussions entre police et justice et pour aligner leurs pratiques.

Des formations communes ?

Une suggestion forte qui a émergé des échanges avec les stakeholders est de proposer des **formations conjointes**, par exemple pour les travailleurs sociaux, la police, les soins à domicile, etc., ce qui leur permettrait d'une part de se baser sur des connaissances concordantes, et d'autre part de mieux se connaître et de créer des réseaux. Il est également ressorti des discussions que les présentations des services entre eux sont très appréciées (par exemple le magistrat de référence pour les violences intrafamiliales qui vient se présenter aux acteurs locaux).

Pistes d'action :

- **Prévoir des modules spécifiques sur la maltraitance des personnes âgées dans la formation des professionnels de soins, travailleurs sociaux, policiers, juges de paix et parquets.**
- **Renforcer et élargir les formations existantes dispensées par les organisations et services spécialisés au niveau des professionnels de la première ligne, des établissements d'accueil et d'hébergement et des hôpitaux.**
- **Envisager la possibilité de créer des formations conjointes pour tous les secteurs concernés, orchestrées par les organisations et services spécialisés au sein de structures zonales (p.ex. SISD, BRUSANO et ELZ).**

10.1.3.2. Sur l'interprétation du secret professionnel

En principe, le secret professionnel oblige les professionnels qui y sont soumis à taire les secrets ou informations que leur confient leurs patients/clients, dans l'intérêt exclusif de ceux-ci. Ce secret n'est toutefois pas absolu. Comme relevé plus haut (voir section 4.3) il existe une série d'exceptions prévues par la loi ou acceptées par les tribunaux. Ces exceptions parfois très complexes peuvent être difficiles à interpréter face à un cas individuel concret. Certaines associations professionnelles fournissent des outils particulièrement utiles à cet égard (voir par exemple le site Internet de la Commission nationale des psychologues ou le « Wegwijzer » réalisé par la KULeuven pour le secteur de l'aide sociale) (voir section 4.3), mais ce n'est pas le cas dans tous les secteurs. Certains services spécialisés dans la maltraitance des personnes âgées peuvent aider les professionnels mais leur disponibilité et leurs ressources juridiques pour répondre à de telles demandes ne sont pas suffisantes.

Certains plaident donc pour une **formulation de la loi plus explicite concernant les possibilités de signalement par les professionnels confrontés à un patient ou un client victime de maltraitance, lorsque ce patient est une personne vulnérable**. Une telle position a notamment été adoptée en France (où les informations concrètes concernant la maltraitance doivent être partagées par le professionnel avec les services administratifs, médicaux ou judiciaires) et aux Pays Bas (où les professionnels sont autorisés à partager des informations (en ce compris des doutes) à une organisation spécialisée après avoir suivi une procédure d'évaluation (voir section 8.4).

Pistes d'action :

- **Développer des outils pratiques pour aider les professionnels de la santé et de l'aide sociale à interpréter les limites du secret professionnel (par exemple sur le modèle du site Internet de la Commission des psychologues).**
- **Encourager les professionnels de l'aide et du soin à faire appel à des services capables de les aider à évaluer, au cas par cas, les limites de leur secret professionnel (p.ex. les organisations**

spécialisées) et organiser un accès rapide et large à ces services (notamment en termes d'horaires et de personnel juridique).

- **Rendre plus explicite dans l'arsenal législatif la possibilité pour les professionnels de signaler les cas de maltraitance de personnes âgées aux autorités judiciaires et aux organisations et services spécialisés (telles que VLOCO, Respect Seniors, Écoute Seniors et Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling).**

10.1.3.3. Sur les mesures judiciaires existantes

Le cadre juridique actuel contient plusieurs réponses possibles aux situations de maltraitance des personnes âgées et notamment, pour les cas les plus graves, des réponses pénales. Celles-ci se concentrent principalement sur la sanction de l'auteur mais la procédure pénale permet aussi au procureur ou au juge de proposer ou d'imposer des mesures non répressives comme des thérapies, formations, médiations entre l'auteur et la victime (voir section 4.1.2). Dans le cadre de la procédure pénale, les victimes vulnérables peuvent par ailleurs faire l'objet d'un soutien spécifique⁰⁰⁰.

L'arsenal judiciaire contient aussi des mesures préventives qui permettent de protéger la personne âgée avant qu'elle ne soit maltraitée ou de prévenir l'apparition de nouvelles maltraitements, comme la mise sous tutelle ou l'interdiction temporaire de résidence de l'auteur de maltraitance.

Une plus grande compréhension des mesures judiciaires répondant à une situation de maltraitance permettrait aux professionnels de l'aide et du soin de mieux comprendre les conséquences éventuelles de leur signalement, ce qui peut les encourager à agir.

⁰⁰⁰ article 3bis du titre préliminaire du Code de procédure pénale et article 91bis du Code d'instruction criminelle

Par ailleurs, l'adoption prochaine d'une politique criminelle spécifique définissant l'attitude et les priorités de la police et de la justice face à la maltraitance des personnes âgées ainsi que les données à enregistrer pour suivre ce phénomène permettra également aux secteurs de la police et de la justice d'améliorer leur prise en charge.

Pistes d'action :

- **Finaliser et publier la circulaire (COL) sur la violence envers les personnes âgées afin d'accorder une plus grande priorité et un meilleur traitement des affaires de maltraitance de personnes âgées, dans le cadre d'une politique coordonnée entre la police et la justice.**
- **Communiquer davantage et plus largement sur les mesures judiciaires non répressives existantes, sur les mesures de protection et leurs conséquences pour les personnes âgées, ainsi que sur les acteurs qui peuvent initier de telles procédures.**

10.1.4. Renforcer les portes d'entrées existantes

Les obstacles à la demande d'aide sont nombreux quand une personne âgée envisage de se confier sur une maltraitance. C'est pourquoi assurer une multiplicité de possibilités d'accueillir les paroles d'une personne âgée maltraitée, de la réconforter et de l'orienter au mieux est un élément important de la lutte contre cette maltraitance. Par « portes d'entrée », nous entendons donc des points de contact pouvant accueillir la demande d'aide d'une victime ou de son entourage, mais aussi informer efficacement une personne (professionnelle ou non) qui a des soupçons ou qui envisage de signaler une situation de maltraitance sur la manière de procéder pour signaler et/ou prendre en charge la situation. Les stakeholders ont estimé que la diversité actuelle de l'offre existante est suffisante ; il ne s'agit donc



pas de créer de nouvelles portes d'entrée mais de renforcer les structures existantes. Dans une étude récente, des personnes âgées ont stipulé qu'avoir accès à des services de soutien et d'accompagnement de qualité leur permettraient de demander plus facilement de l'aide.

10.1.4.1. Étendre l'accès aux organisations et services spécialisés et les renforcer

Les quatre organisations et services spécialisés dans la prise en charge de la maltraitance des personnes âgées en Belgique (i.e. Respect Seniors en Wallonie et VLOCO en Flandre, Écoute Seniors et *Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling* à Bruxelles) doivent être plus facilement accessibles. Les heures d'ouverture de leurs lignes d'écoute doivent être étendues en semaine et le weekend. Chaque organisation devrait assurer la permanence de membres du staff formés à la problématique de la maltraitance des personnes âgées, y compris dans ses aspects légaux (secret professionnel, assistance à personne en danger, dépôt de plaintes, etc.).

Le personnel de ces organisations doit également être renforcé de manière à pouvoir offrir tous les types d'interventions psycho-sociales (médiation, visite à domicile, collaboration avec les professionnels de première ligne, etc.) afin de pouvoir réaliser une prise en charge complète et adaptée à tous les types de situations. Ceci ne pourra être possible qu'avec un soutien logistique et financier conséquent de la part des autorités compétentes.

Enfin, l'accès géographique à ces organisations doit être étendu, particulièrement en Flandre, où le seul point de contact pour les professionnels qui ont des questions concernant la maltraitance des personnes âgées est le VLOCO. Or, au moment de la rédaction de ce rapport, il n'existe plus qu'une seule antenne du VLOCO, intégrée dans le CAW de Flandre orientale. Sa visibilité est par conséquent très limitée (la plupart des appels qu'elle reçoit proviennent des provinces de Flandre orientale et d'Anvers). Une solution serait d'intégrer un délégué du VLOCO dans un CAW de chaque province flamande.

Pistes d'action :

- **Renforcer le financement des organisations et services spécialisés afin de soutenir leurs missions de sensibilisation, de formation, de gestion des situations de maltraitance et d'encodage systématique des données.**
- **Intégrer une antenne de VLOCO dans un CAW par province en Flandre**
- **Améliorer la disponibilité téléphonique, l'offre de 'Senior Mediation', la collaboration avec les professionnels de première ligne et les déplacements sur le lieu de vie de la personne âgée des intervenants psycho-sociaux des organisations et services spécialisés.**

10.1.4.2. Étendre le soutien aux personnes âgées durant la procédure pénale

Les agents de première ligne de la police et de la justice doivent également être sensibilisés aux besoins spécifiques des personnes âgées afin de les mettre en confiance lorsqu'elles osent les aborder.

Par ailleurs, les services d'assistance policière aux victimes (SAPV) devraient être impliqués de façon plus systématique dans toutes les affaires policières concernant une personne âgée, qu'il y ait une infraction pénale ou non. Face à une situation problématique, même en dehors d'une infraction pénale, toute fiche d'information policière sur des 'problèmes sociaux' devrait être systématiquement examinée par un travailleur du SAPV et les personnes âgées concernées devraient être contactées pour se voir offrir de l'aide. Ce type de fonctionnement n'est toutefois pas possible dans l'état actuel des choses, le personnel des SAPV n'étant pas autorisé à contacter les personnes âgées de manière proactive.

Quelques bonnes pratiques intéressantes ont été épinglées lors des discussions avec les acteurs de terrain. Ainsi par exemple, certains bureaux de police hébergent un employé du SAPV spécialement formé au travail



avec les personnes âgées ; certains effectuent même des visites à domicile chez les victimes âgées.

Le cadre juridique actuel permet (à certaines conditions) à une personne vulnérable d'être accompagnée par une personne en qui elle a confiance pendant les auditions de police (voir section 4.1.1) ; cette possibilité est actuellement limitée à une liste limitative d'infractions pénales, dont très peu sont considérées comme de la maltraitance envers les personnes âgées. Cette liste devrait donc être étendue à toutes les infractions pénales liées à la maltraitance de personnes âgées.

En outre le droit, pour les organisations spécialisées reconnues, d'agir en justice, avec l'accord de la victime en cas d'abus de faiblesse n'a jamais été concrétisé. Ces éléments peuvent par conséquent être des pistes d'amélioration.

Pistes d'action :

- **Prévoir que les personnes âgées puissent se faire accompagner d'une personne de leur choix durant une procédure, quelle que soit l'infraction pénale qu'elles souhaitent dénoncer (Art. 91bis du Code d'instruction criminelle).**
- **Impliquer les services d'assistance policière aux victimes (SAPV) dans toutes les affaires policières concernant une personne âgée vulnérable, qu'il y ait infraction pénale ou non.**
- **Exécuter l'article 43 de la loi du 26 novembre 2011 qui permet aux organisations spécialisées reconnues d'agir en justice, avec l'accord de la victime, en cas de maltraitance d'une personne âgée.**

10.1.4.3. Renforcer les moyens alloués aux juges de paix

Les moyens financiers et logistiques alloués aux Justices de paix devraient être sérieusement revalorisés afin de permettre aux juges de paix de rendre visite une fois tous les deux ans – comme prévu par la loi – à toutes les personnes placées sous tutelle. Il s'agit là de la population la plus vulnérable et la plus difficile à atteindre par d'autres moyens. Il est également nécessaire d'améliorer leurs moyens de contrôle des tutelles (formation du personnel, possibilité de contrôle des comptes administrés par les administrateurs professionnels, etc.).

Piste d'action :

- **Renforcer les moyens financiers, logistiques et formatifs des juges de paix afin qu'ils puissent assurer un suivi régulier des personnes âgées vulnérables à haut risque de maltraitance.**

10.1.5. Rendre possibles les concertations multidisciplinaires pour les problèmes de maltraitance de personnes âgées

La possibilité d'organiser des concertations multidisciplinaires autour des personnes en perte d'autonomie à domicile existe déjà. Le but de ces concertations est de déterminer les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie et les besoins de soutien pour garantir une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles (voir section 6.1.5.).

Ce modèle de concertations multidisciplinaires devrait être rendu possible pour les personnes âgées maltraitées, de façon à permettre aux professionnels s'occupant d'une même personne âgée le partage d'informations et de soupçons de maltraitance. De telles concertations, encadrées par BRUSANO, les SISD ou les ELZ, pourraient être financées par les autorités compétentes. Le rôle de coordinateur devrait idéalement être assumé par un délégué d'un service spécialisé ou une personne référente en maltraitance (voir section 10.1.6).



Ces concertations ouvriraient notamment une possibilité importante pour les professionnels de la santé travaillant en solo, qui sont souvent démunis en matière de multidisciplinarité. Elles faciliteraient également la démarche de discussion éthique autour des cas de maltraitance.

Piste d'action :

- **Rendre possibles (légalement et financièrement) les concertations multidisciplinaires pour les situations de maltraitance de personnes âgées à domicile.**

10.1.6. Instituer une personne de référence pour tous les professionnels de la santé et de l'aide sociale

Dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale, nombreux sont les professionnels qui demandent à pouvoir compter sur la présence d'une personne de référence pour les conseiller et/ou intervenir comme personne-relais, en particulier pour les cas de maltraitance qui se situent dans la zone grise entre leurs compétences et celles de la police/justice.

La présence de personnes de référence est déjà une pratique courante dans le paysage belge des soins de santé, par exemple les personnes de référence pour la démence dans les institutions d'accueil et d'hébergement. Certains établissements disposent déjà d'une personne de référence pour la maltraitance des personnes âgées mais elles sont rares. Il n'existe d'ailleurs pas de cadre juridique ou de financement spécifique pour ce rôle, qui est le plus souvent assumé par un médecin coordinateur (dans les MR/MRS) ou un infirmier en chef (dans les hôpitaux). Il est toutefois souhaitable que cette fonction se professionnalise, avec notamment une formation plus poussée sur les aspects juridiques et préventifs (promotion de la bientraitance). Si dans le futur une fonction plus générique de référent

'qualité' était créée, elle pourrait intégrer les missions du référent 'maltraitance'.

Au niveau de la police, certaines initiatives locales sont à retenir, comme la désignation de policiers référents pour les personnes âgées à Louvain et à Bruxelles-Nord.

Piste d'action :

- **Prévoir un cadre légal pour créer une fonction de référent en matière de maltraitance des personnes âgées disponible pour toutes les institutions de soins et à chaque niveau zonal (ELZ, BRUSANO et SISD). Le référent doit être formé en prévention, détection, gestion et mesures légales. Il doit pouvoir mener des formations au sein du personnel, des concertations multidisciplinaires, des réflexions éthiques et être formé en communication sur les sujets tabous. Idéalement, une permanence devrait être organisée.**

10.2. Soutenir les approches intersectorielles

Le cloisonnement entre secteurs est un obstacle considérable à une politique harmonieuse de détection et de prise en charge des situations de maltraitance des personnes âgées.

L'OMS^{PPP}, tout comme les stakeholders consultés dans le cadre de cette étude, soulignent la grande valeur ajoutée des collaborations multidisciplinaires et intersectorielles, et l'efficacité de cette approche dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées.

Un premier pas en ce sens – relativement facile à mettre en œuvre – est d'établir une **liste de contacts de tous les partenaires potentiels des différents secteurs**. Au niveau local, améliorer les relations entre secteurs

^{PPP} World Health Organization-WHO. Global strategy and action plan on ageing and health. Switzerland: WHO; 2017. Available from: <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>



passer forcément par le biais des relations interpersonnelles. Des **formations intersectorielles conjointes**, déjà mentionnées, permettraient aux acteurs de terrain de faire connaissance avec des partenaires en dehors de leur propre secteur et de créer des réseaux.

10.2.1. Plateformes et accords intersectoriels

Dans le passé, le VLOCO a mis en place des **plateformes de concertation** pour les **travailleurs sociaux** en contact quotidien avec des personnes âgées (services de soins / d'aide à domicile, CPAS, hôpitaux psychiatriques, centres de jour, etc.). L'objectif de ces plateformes était d'attirer l'attention de ces professionnels sur la question de la maltraitance, de leur fournir du soutien lorsqu'ils y étaient confrontés, et de leur permettre de mieux connaître les possibilités d'action des uns et des autres (voir section 6.1.6.). Ces plateformes ont cependant été interrompues.

L'enquête menée dans le cadre de cette étude montre pourtant que les professionnels sont demandeurs de telles plateformes, non seulement au sein de leur propre secteur mais **aussi avec d'autres secteurs comme la police et la justice**. Pour lutter contre les abus financiers, ces réseaux pourraient également être étendus à des partenaires tels que les banques, les notaires, les administrateurs, les représentants légaux, etc.

Des protocoles réunissant les secteurs de l'aide sociale, de la santé, de la police et de la justice existent déjà pour d'autres thématiques (comme la maltraitance infantile). Les stakeholders ont été nombreux à se prononcer pour la formalisation de ce type de rencontres au niveau local entre la police (SAPV), la justice (Maisons de justice), l'aide sociale (CPAS, CAW) et les soins de première ligne (SISD, BRUSANO et ELZ) afin de pouvoir discuter des situations de maltraitance à la frontière entre leurs compétences respectives, et de donner des feedbacks anonymes et/ou globaux sur les situations gérées conjointement.

La présence à ces réunions d'un **référént spécialisé en gestion des situations de maltraitance** (pouvant venir d'une organisation d'assistance aux personnes âgées maltraitées) serait un atout supplémentaire. C'est au cours de ce type de rencontre que le protocole de prise en charge précoce

des suspicions de maltraitance par les professionnels de première ligne pourrait être adapté.

Piste d'action :

- **Formaliser les rencontres intersectorielles réunissant les secteurs de l'aide sociale, de la santé et de la police au niveau local, par exemple, entre le SAPV, la Maison de justice, le CPAS, le CAW et les soins de première ligne (SISD, BRUSANO ou ELZ).**

10.2.2. Family Justice Centres

La mise en place de collaborations intersectorielles entre les secteurs de l'aide, de la police et de la justice est actuellement à portée de main en Flandre, avec les initiatives **d'approche en chaîne** et trois **Family Justice Centres**. L'idée d'étendre les FJC et de leur attribuer plus explicitement les questions de maltraitance de personnes âgées a émergé au cours de cette étude. Mais actuellement, les FJC ne sont pas inscrits dans la loi et dépendent du financement par les services qui les composent ; il est donc souhaitable de leur accorder un financement structurel.

Les FJC gèrent surtout des situations complexes pour lesquelles les services d'aide ont épuisé leurs moyens et/ou pour lesquelles il serait nécessaire qu'ils puissent travailler en concertation avec la police et la justice. Les stakeholders ont suggéré que les FJC pourraient aussi s'occuper du suivi de cas plus 'légers' afin de prévenir d'éventuelles escalades. Certains ont également proposé que les FJC soient directement accessibles aux professionnels individuels. Mais ils sont aussi d'avis que les FJC ne doivent pas devenir le seul point de contact pour la maltraitance des personnes âgées. En effet, il est important de laisser une place aux approches d'aide sociale locales, afin de pouvoir trouver des solutions au plus près du contexte de vie de la personne âgée maltraitée.

Si les FJC devaient être étendus à l'ensemble du pays – ou à tout le moins à l'ensemble de la Flandre – il semblerait logique d'y prévoir une représentation des organismes spécialisés, comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les *Vertrouwenscentra Kindermishandeling* (centres



spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile). Une recherche commanditée par le gouvernement flamand est actuellement en cours sur le rôle et l'éventuelle extension des FJC ; il serait opportun d'y intégrer le thème de la maltraitance des personnes âgées.

Piste d'action :

- **Inclure dans l'étude concernant l'expansion et le déploiement des Family Justice Centres, menée actuellement à la demande de l'administration flamande, une analyse de leur valeur ajoutée dans les situations de maltraitance des personnes âgées.**

10.3. Prendre des mesures au niveau de la société dans son ensemble

10.3.1. Lutter contre l'âgisme à tous les niveaux de la société

L'âgisme présent à tous les niveaux de la société génère un contexte favorable à la maltraitance des personnes âgées. Lutter contre cette attitude est une nécessité affirmée depuis plus de vingt ans au niveau international mais à laquelle le public et les autorités semblent peu réceptifs. Il est grand temps de bannir les attitudes paternalistes et infantilisantes envers les personnes âgées et de favoriser leur implication et leur responsabilisation (*empowerment*) dans les décisions concernant leur prise en charge. Par exemple, les situations de maltraitance devraient toujours faire l'objet d'une discussion avec la personne âgée (et/ou son représentant légal/administrateur de biens/mandataire en cas d'incapacité établie).

La thématique de l'âgisme pourrait, par exemple, être incluse dans le plan national de lutte contre la violence liée au genre (qui couvre d'ailleurs de nombreuses discriminations non liées au genre).

Piste d'action :

- **Intégrer la lutte contre l'âgisme dans les plans nationaux et régionaux contre les discriminations.**

10.3.2. Sensibiliser le grand public à la maltraitance des personnes âgées

La population est peu sensibilisée et peu informée au sujet de la maltraitance des personnes âgées. Pourtant, chaque campagne, même limitée, menée par les organisations spécialisées belges est suivie d'une recrudescence des signalements de maltraitance. Les sujets sur lesquels devrait porter cette sensibilisation sont les facteurs de risque prédisposant à la maltraitance, les signes de maltraitance, les possibilités d'aide et les mesures non répressives, ainsi que le risque de surcharge des aidants naturels et de dérapage (*derailed care*). Les organisations spécialisées détiennent l'expertise nécessaire pour mener de telles campagnes mais manquent de moyens financiers pour les diffuser à large échelle dans les médias.

L'introduction de la maltraitance des personnes âgées comme thème à part entière du **plan national de sécurité** a été identifiée par les stakeholders comme une autre stratégie efficace qui permettrait d'affirmer sa priorité aux yeux des professionnels des secteurs de la police et de la justice.

Pistes d'action :

- **Mentionner spécifiquement et détailler la lutte contre la maltraitance des personnes âgées dans le plan national de sécurité.**
- **Fournir les moyens financiers et logistiques aux organisations et services spécialisés pour mener de vastes campagnes de sensibilisation.**



10.3.3. Développer une politique intégrée de gestion des plaintes

À l'heure actuelle, il existe beaucoup de canaux différents auxquels les citoyens peuvent s'adresser pour se plaindre de problèmes de qualité des soins ou pour se plaindre d'un prestataire de soins (par exemple, les lignes d'assistance téléphonique, le service de médiation fédéral "Droits du patient", l'inspection des soins, le conseil provincial de l'ordre des médecins, les organisations/services spécialisés pour les personnes âgées, etc.). Cette profusion génère de la confusion et augmente le seuil d'intervention.

Une politique intégrée de gestion des plaintes peut pallier cette difficulté. Toutes les plaintes contre un prestataire de soins ou concernant la qualité des soins dans un établissement de soins résidentiels ou un service de soins à domicile pourraient être centralisées auprès d'une seule instance au niveau de la zone de première ligne. Cette instance peut ensuite envoyer les plaintes aux canaux spécialisés (locaux) pour gérer la plainte en question.

Pistes d'action :

- **Développer une politique intégrée de gestion des plaintes avec une ligne d'assistance centralisée au niveau des zones de première ligne pour les plaintes contre un prestataire de soins ou la qualité des soins.**

10.3.4. Adapter le fonctionnement des établissements d'hébergement et d'accueil et des services d'aide et de soins à domicile

Les 'chartes de bientraitance', les codes qualité et les projets de vie mis en place dans les structures d'aide et de soins aux personnes âgées prennent en compte les besoins, les valeurs et les choix des résidents, mais l'organisation actuelle du travail ne permet pas de mettre ces principes en

pratique. La 'maltraitance institutionnelle' est une réalité, et elle est souvent attribuable à un manque de temps, de moyens et de personnel, et de différenciation de fonctions au sein du personnel infirmier et soignant⁹⁹⁹. Le système de financement et de fonctionnement du secteur résidentiel devrait pouvoir en tenir compte. En effet, le mode de financement basé essentiellement sur le degré de dépendance des résidents n'offre pas d'incitant au maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Une étude du KCE planifiée en 2020 devrait permettre d'étudier les caractéristiques liées au personnel (ratio résidents/soignants, environnement de travail, soins manqués, bien-être du personnel, qualité des soins perçue par le personnel) et de formuler des recommandations.

L'ajout, dans le contrôle de la qualité, d'indicateurs qualitatifs tenant compte de l'avis des résidents devrait permettre de mieux évaluer leur qualité de vie. Afin d'augmenter l'impact de ces contrôles, leurs résultats devraient être publiquement accessibles dans tout le pays (c'est déjà le cas en Flandre).

Pistes d'action :

- **Adapter la dotation en personnel soignant et aidant dans les établissements d'accueil et d'hébergement afin de délivrer des soins de qualité et réduire les risques de maltraitance institutionnelle.**
- **Introduire des indicateurs qualitatifs tant dans les établissements d'accueil et d'hébergement que pour les services de soins à domicile afin de promouvoir des soins plus respectueux des droits et de la dignité des personnes âgées et de mettre l'accent sur la bientraitance.**
- **Mettre en place (par exemple sur le modèle français) une procédure permettant aux services d'inspection d'identifier les établissements d'accueil et d'hébergement ou les services**

⁹⁹⁹ https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_chapitre-6.pdf



d'aide et de soins à domicile dans lesquelles des dysfonctionnements sont récurrents (turnover de personnel, incidents, suicides, arrêts maladie, travailleurs intérimaires, etc.), ce qui représente potentiellement une situation à risque pour les personnes âgées.

- **Obliger tous les établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées à afficher les coordonnées des organisations et services spécialisés dans la maltraitance. C'est déjà le cas dans les institutions de la CoCom à Bruxelles.**
- **Étendre la pratique d'inspections non annoncées dans les établissements d'accueil et d'hébergement (en dehors des situations de plaintes), en particulier dans celles qui accueillent des personnes hautement dépendantes et dans celles qui n'ont plus été contrôlées depuis un certain temps.**
- **Renforcer les possibilités de contrôle sur la qualité des soins délivrés par les professionnels indépendants (solo) à domicile.**
- **Réviser le système de financement des MR/MRS afin de soutenir les soins, particulièrement pour les résidents présentant une grande dépendance. De même, encourager les investissements dans le maintien de l'autonomie des résidents.**

10.3.5. Mieux soutenir les aidants proches

Le *derailed care* est une dérive qui peut se manifester lorsqu'un aidant proche est dépassé par la lourdeur du soutien qu'il offre à la personne âgée dont il s'occupe. Ce type de maltraitance est entouré d'un important tabou et il existe peu de publications à ce sujet. La prévention de ce problème et la réponse à y apporter se résument à une action relativement simple : apporter aux aidants proches un soutien logistique, financier et/ou psychologique pour les épauler dans leur engagement.

Les aidants proches ont notamment besoin de bénéficier d'une prise en charge médico-psycho-sociale plus intensive, d'être mieux (in)formés sur les besoins et les spécificités des personnes en situation de grande dépendance (p.ex. démence, handicap physique) et de pouvoir disposer de possibilités de répit. Les associations d'aidants proches offrent déjà du soutien psychologique, organisent des séances d'information et des formations, et proposent parfois aussi des vacances pour les aidants proches. Des soins de répit sont aujourd'hui offerts par les mutuelles mais leur offre doit être davantage développée, visible et rendue plus accessible à tous.

Les autorités fédérales et régionales ont introduit un certain nombre de mesures (voir Encadré 14), mais ces investissements restent insuffisants. Actuellement, les communes font également beaucoup pour les aidants proches, mais l'offre est fragmentée et manque d'une vision d'ensemble.



Encadré 14 – Mesures existantes pour soutenir les aidants proches

Depuis 2014, une loi fédérale reconnaît le **statut d'aidant proche**^{rrr}. Cette loi est restée longtemps sans application, mais depuis le 1^{er} septembre 2020, les aidants proches peuvent obtenir un statut officiel via leur mutuelle^{sss}. Ce nouveau statut permet à des employés qui désirent alléger leur vie professionnelle d'être reconnus et de bénéficier d'un soutien financier. Des possibilités de congé avec prime sont prévues, et des aidants proches bénéficiant eux-mêmes d'un revenu de remplacement ne le perdent pas.

Différentes formes **d'aide financière** sont allouées par les communautés et régions. En Flandre et pour les néerlandophones de Bruxelles, il s'agit notamment du '**zorgbudget voor ouderen met een zorgnood**' (budget de soins pour les personnes âgées ayant besoin de soins) et de l'assurance-solidarité obligatoire '**zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden**' (budget de soins pour les personnes fortement dépendantes), et dans la partie francophone du pays, de l'**allocation pour l'aide aux personnes âgées**. Ces différentes allocations sont principalement attribuées à la personne nécessitant des soins et peuvent également être utilisées pour soutenir l'aidant proche. En Flandre, il existe également des primes communales pour les aidants proches, dont les montants sont toutefois assez faibles.

Des **séjours de répit** peuvent être pris dans certains établissements d'accueil et d'hébergement ou par l'entremise de différents acteurs, comme les mutualités. Le gouvernement flamand prévoit également des subventions pour les services destinés à soulager les aidants proches (*oppashulp, gastopvang, collectieve Autonome DagOpvang*). Des initiatives similaires existent en Wallonie et à Bruxelles, cofinancées par

du mécénat privé et des subsides publics (p.ex. [Baluchon Alzheimer, Phare](#)) ou par des mutualités (p.ex. [Altéo](#)).

Différentes organisations régionales et locales (mutualités, CPAS, services sociaux des hôpitaux, etc.) proposent des **formations et des activités** de loisirs aux personnes âgées, mais aussi à leurs aidants proches. En Wallonie, l'AViQ participe à un projet Interreg V qui vise à former des professionnels à l'accompagnement des aidants proches (conseil psychologique, formation à identifier les besoins et à y réagir efficacement, à comprendre la relation avec une personne dépendante et à prendre conscience de l'importance de prendre du temps pour le répit, etc.) et à la création d'un réseau de professionnels entre la Belgique et la France.

En Flandre, le *Vlaams expertisecentrum Mantelzorg* propose également ce type d'accompagnement. La Flandre a lancé un **Plan aidants proches** (Mantelzorgplan 2016-2020^{ttt}) ainsi qu'un **Plan démence**^{uuu} qui comprend lui aussi plusieurs actions en faveur des aidants proches.

Aux Pays-Bas, une importante mobilisation des autorités autour du tabou du *derailed care* a permis de mettre en place certains outils intéressants (Movisie). De tels outils existent également en Belgique pour détecter ce risque ; ils devraient être largement diffusés dans la population.

^{rrr} Loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance ; MB 06.06.2014

^{sss} Arrêté royal du 16 juin 2020 portant exécution de la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux à l'aidant proche, M.B. 25 juin 2020.

^{ttt} <https://www.vlaanderen.be/publicaties/nabije-zorg-in-een-warm-vlaanderen-vlaams-mantelzorgplan-2016-2020>

^{uuu} <https://www.dementie.be/wp-content/uploads/2016/07/bis-dementieplan-mededeling-vlareg-def.pdf>

**Pistes d'action :**

- **Diffuser les outils d'auto-détection de maltraitance pour les aidants proches.**
- **Diffuser largement un relevé des bonnes pratiques et des opportunités qui existent aujourd'hui pour soutenir les aidants proches.**
- **Développer davantage l'offre de soins de répit et faciliter l'accès à ces services.**

10.3.6. Renforcer les mesures non répressives

D'après les données dont disposent les organisations spécialisées, les actes de maltraitance des personnes âgées sont souvent commis par l'entourage proche de la personne. Dans certains cas, la personne âgée va vouloir que cesse la maltraitance sans couper ce lien, ce qui justifie que le procureur propose, lorsque c'est possible, le recours à des mesures alternatives comme la médiation entre l'auteur et la victime, l'imposition éventuelle du suivi de thérapies ou de formations et la réparation du préjudice. Le juge peut aussi assortir la peine de conditions pouvant maintenir ce lien (peines de travail, formations, thérapie etc.). Ces mécanismes devraient être davantage utilisés, ce qui implique qu'ils reposent sur des moyens suffisants et qu'un suivi puisse être assuré, par exemple par les Maisons de justice.

Indépendamment de la procédure pénale, les victimes et les auteurs peuvent aussi tenter, de commun accord, de procéder à une médiation volontaire (dite « médiation de la loi de 2005 »). En pratique, il semble cependant que ce type de médiation soit souvent refusé par les médiateurs en raison d'un rapport de force déséquilibré entre les parties, ce qui est souvent le cas lorsqu'il y a maltraitance. Le développement de la Senior médiation pourrait permettre de pallier ce problème.

Lorsqu'un adulte partageant un logement avec une personne âgée représente une menace grave et immédiate pour la sécurité physique ou psychologique de cette dernière, et même si aucune infraction n'a (encore)

été commise, il est possible de prononcer une interdiction temporaire de résidence à l'égard de cette personne. Cependant, une telle mesure nécessite une gestion intensive du dossier, avec l'auteur et la victime, et ce dès le moment de l'interdiction de domicile.

En cas de problème au sein d'une famille, le juge de paix peut intervenir pour protéger les personnes (et leurs biens). Ils ont à leur disposition différentes techniques ou mesures qui peuvent être très efficaces dans les situations de maltraitance des personnes âgées. Ils peuvent appeler les parties concernées à la médiation (lorsqu'un accord est possible sur les conditions à respecter) ou prendre des mesures de protection telles que la désignation d'un administrateur de biens et/ou de la personne en cas d'incapacité décisionnelle. Les personnes âgées peuvent également mandater une personne de leur choix pour agir en leur nom et/ou pour leur compte. Le juge de paix est souvent aussi un interlocuteur précieux pour les intervenants du secteur de l'aide et de la santé. Il peut, par exemple, être contacté par le directeur d'une maison de repos en cas de doute sur une situation.

Pistes d'action :

- **Renforcer la capacité des Maisons de justice en matière de médiation.**
- **Informers les victimes et les auteurs de délits de la possibilité d'une médiation volontaire (loi de 2005).**



10.3.7. Systématiser et centraliser l'encodage des données relatives à la maltraitance des personnes âgées

Actuellement, les organisations spécialisées réalisent déjà un très bon travail de collecte de données. Il est important et nécessaire que ce travail puisse se poursuivre dans le futur, notamment en soutenant logistiquement et financièrement ces organisations.

Toutefois, en Flandre, étant donné que l'approche de la maltraitance des personnes âgées n'est pas centralisée comme en Wallonie et à Bruxelles, les données sont enregistrées par différentes organisations (1712, VLOCO, CAW...), et ce sans uniformisation. Il est donc très difficile d'avoir un aperçu complet de la situation.

Par ailleurs, il est également difficile d'enregistrer correctement les cas de maltraitance de personnes âgées dans les bases de données de la police et de la justice car il n'existe pas de code distinct pour les qualifier. Aucune statistique robuste ne peut donc être dérivée.

De même, l'enquête nationale de santé de Sciensano récolte, sur une base régulière, des données sur la violence (auto-rapportée). L'inclusion de la notion de relation de confiance entre la victime et l'auteur ainsi qu'un croisement des données avec celles de la section de l'enquête sur la fragilité permettraient de pouvoir extraire de précieuses données, auto-rapportées, permettant de quantifier et de qualifier la maltraitance des personnes âgées dans la population belge.

L'émergence des dossiers médico-psycho-sociaux partagés comme le BelRAi montre une avancée vers cet objectif de regroupement des données. Cependant, la disparité d'encodage entre les secteurs nécessite une uniformisation avant de pouvoir fusionner les données. En outre, les données ne peuvent être partagées entre les prestataires de soins de santé

que si le patient y a consenti. Un système d'identification anonyme unique serait donc important pour éviter les doublons et pouvoir suivre le parcours intersectoriel des personnes maltraitées.

Pistes d'action :

- **Améliorer l'enregistrement des infractions pénales commises à l'encontre de personnes âgées tant au niveau de la police que du Parquet et des tribunaux afin d'améliorer les données disponibles.**
- **Rendre systématique l'encodage de données relatives à la maltraitance des personnes âgées au niveau des quatre secteurs impliqués : la santé, l'aide, la police et la justice.**
- **Centraliser les données statistiques concernant la maltraitance des personnes âgées.**

10.3.8. Encourager la recherche

Dans le rapport du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe^{vv}, certaines données mettent en évidence l'efficacité potentielle des programmes de soutien juridique, psychologique et éducatif aux auteurs de maltraitance. Ainsi par exemple, le soutien aux aidants proches auteurs de *derailed care* réduit la probabilité qu'il se reproduise. Comme mentionné plus haut, on sait également que les collaborations multidisciplinaires et intersectorielles peuvent contribuer à réduire la maltraitance des personnes âgées. Cependant, cela n'est pas encore suffisant ; la recherche dans ce domaine doit être renforcée, ce qui nécessite des financements accrus. Les thèmes à aborder sont, entre autres, l'utilité de l'obligation de signalement, la tenue de groupes d'entraide entre personnes âgées maltraitées, les structures d'accueil d'urgence, les programmes de prise en charge des auteurs,

^{vv} WHO Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen; 2011.



l'orientation directe des victimes qui appellent les lignes d'écoute vers des services de prise en charge, etc.

Le rapport 2011 du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe demande également aux États membres d'échanger les bonnes pratiques entre les secteurs. Par exemple, une bonne pratique innovante, la Senior-Médiation, a été développée par Infor-home à Bruxelles. Il s'agit d'une approche améliorée de la médiation adaptée aux situations impliquant des personnes âgées.

Il est par ailleurs nécessaire de poursuivre le développement d'outils de détection et de prise en charge précoce suffisamment sensibles et spécifiques, à l'attention des professionnels de première ligne, des services d'urgence, et plus généralement des services hospitaliers. De même, les professionnels du secteur de la justice ou de la police pourraient également bénéficier de ce type d'instruments dans leur pratique quotidienne. Le processus de validation des outils existants doit aussi être poursuivi afin d'augmenter les potentialités d'utilisation (autres langues, autres contextes de soins, etc.).

Piste d'action :

- **Développer des études sur l'efficacité des outils de détection et sur leur acceptabilité (par les personnes âgées, les aidants proches et les professionnels) en Belgique. Les populations très vulnérables qui sont également les plus à risque de maltraitance devront être prises en compte dans ces études.**
- **Apporter à la Senior médiation des bases solides pour encourager son développement.**

11. PLAN PAR ÉTAPES

La première piste d'action citée dans le chapitre précédent concerne la mise à disposition, pour les professionnels des secteurs de la santé et de l'aide sociale, d'un plan par étapes afin de les guider dans la réponse à apporter face à une situation (présumée) de maltraitance. De nombreux éléments récoltés au cours de cette étude ont permis d'aboutir à l'élaboration de ce plan, sous la forme d'un arbre décisionnel.

Nous avons d'abord déterminé les étapes nécessaires et suffisantes pour permettre aux professionnels de première ligne des secteurs de la santé et de l'aide sociale de répondre à une situation de maltraitance. L'analyse de plans par étapes existants à l'étranger et en Belgique (chapitre 8 de la synthèse et chapitre 4 du [rapport scientifique](#)) nous a permis, entre autres, de séquencer les principales étapes à prendre en compte, comme l'identification de la situation de maltraitance, l'évaluation de la sécurité, la discussion avec le superviseur/les pairs et l'orientation vers des services spécialisés.

Les données récoltées dans la littérature belge sur le secret professionnel et les mesures de protection des personnes âgées (chapitre 4) nous ont permis d'adapter l'enchaînement des étapes au contexte législatif de la Belgique. Enfin, la consultation des stakeholders sur certains aspects-clés a permis de nuancer, de détailler ou d'insister sur certains points, comme l'importance du respect de l'autonomie de la personne âgée, l'opportunité de pouvoir demander conseil à un service spécialisé ou l'orientation vers une pratique multidisciplinaire et intersectorielle. Ces éléments nourrissent le texte des encadrés tout au long de l'arbre décisionnel (voir Figure 2).

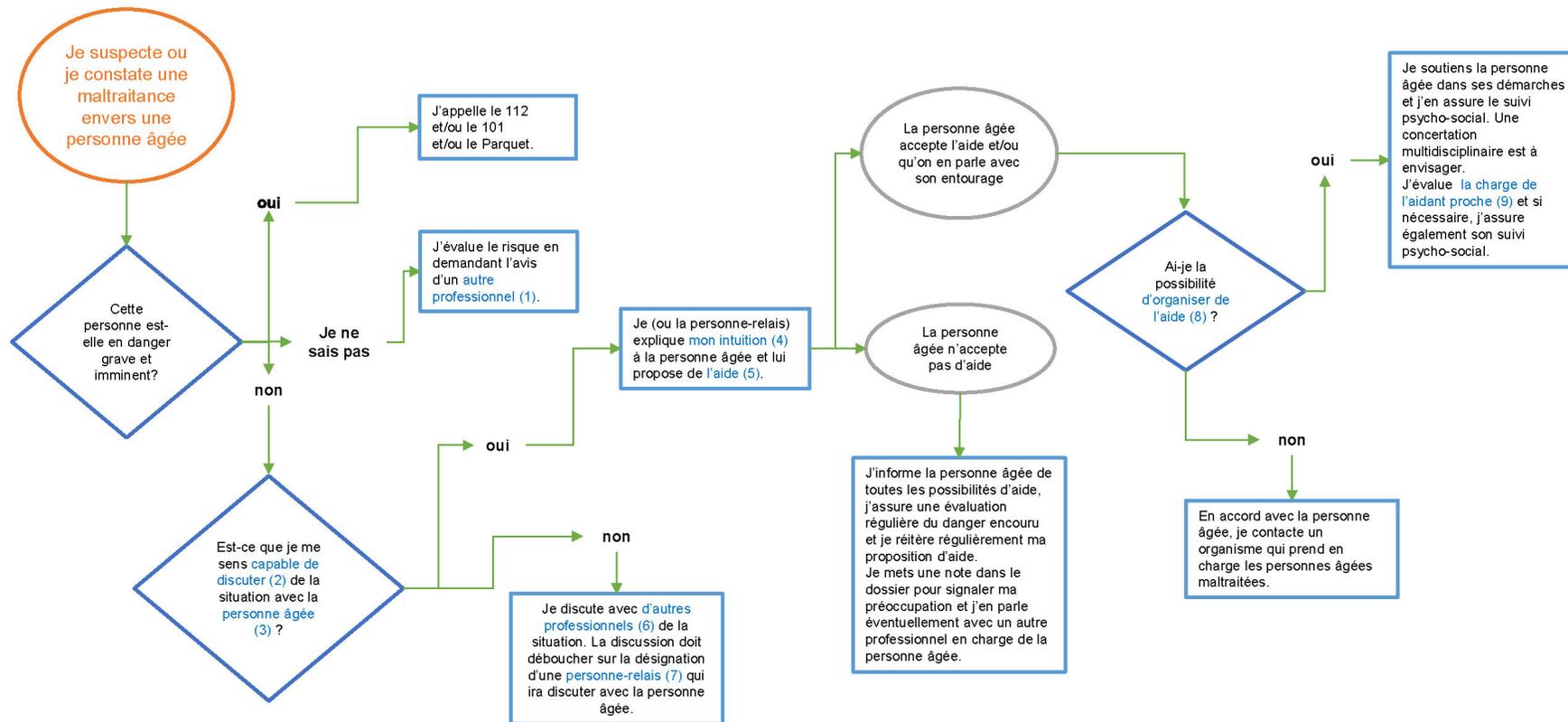
Certains choix proposés dans le plan par étapes sont toutefois soumis à des conditions. En effet, les différentes catégories de professionnels ou de structures ne sont pas toutes disponibles dans tous les contextes de soins et d'aide. Par exemple, l'organisation des services spécialisés varie en fonction des régions et la présence d'une personne de référence pour lutter contre la maltraitance est une situation rare dans les structures belges. C'est pourquoi il sera nécessaire de mettre en place certaines pistes d'action suggérées au chapitre 10, afin d'offrir un maximum de possibilités aux professionnels de première ligne qui utiliseront l'arbre décisionnel.



Le niveau d'autorité à l'origine des plans par étapes étrangers varie en fonction de l'organisation politique de chaque pays. En Belgique, comme expliqué au chapitre 2 du [rapport scientifique](#), il serait logique que le niveau d'élaboration soit régional étant donné que les compétences relatives aux personnes âgées sont essentiellement du ressort des entités fédérées. Cependant, le niveau fédéral resterait impliqué en raison du rôle crucial de la police et de la justice dans cette thématique.



Figure 1 – Arbre décisionnel pour guider les professionnels de l'aide et du soin liés par un secret professionnel en cas de suspicion de maltraitance d'une personne âgée



Numéros utiles

Service d'aide policière aux victimes:

Juge de paix:

Parquet:

Organisation régionale spécialisée dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées (10) :

Organisme non spécialisé prenant en charge les personnes âgées maltraitées (11):

Personne de référence pour les situations de maltraitance de personnes âgées:

Réunion multidisciplinaire de première ligne (SISD/BRUSANO):

Remarque: Dans cet arbre décisionnel, il est présumé que le professionnel a préalablement obtenu l'accord du patient pour partager les données pertinentes et nécessaires avec d'autres professionnels qui le prennent en charge.



(1) Un autre professionnel signifie un de vos collègue, votre responsable/directeur/supérieur, une personne de référence pour les situations de maltraitance de personnes âgées, ou un professionnel d'une organisation ou d'un service d'écoute et/ou de prise en charge spécialisée dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées (conversation anonyme si les conditions du secret professionnel partagé ne sont pas remplies).

(2) Dans l'idéal, vous devez vous sentir capable de discuter des éléments suivants avec la personne âgée: lui expliquer votre intuition, lui demander si elle a le sentiment de vivre une situation de maltraitance, lui expliquer que cette situation n'est pas acceptable et qu'il existe des solutions, lui proposer de l'aide, et lui demander si elle est d'accord que l'on en parle avec son entourage de confiance.

*(3) La capacité de la personne âgée à décider est un facteur important à considérer. Si vous **constatez** que la personne âgée n'est plus en mesure de décider, il faut vérifier si un représentant légal, un administrateur ou un mandataire habilité à prendre des décisions relatives à la personne a été désigné. Si c'est le cas, cette personne doit être contactée, être présente auprès de la personne âgée lors de la discussion et participer à la décision d'accepter de l'aide ou pas. Si le représentant/administrateur/mandataire ne semble pas fiable ou pourrait être en cause dans la situation de maltraitance, un juge de paix doit être informé. Si vous **doutez** de la capacité de la personne âgée à décider, vous pouvez utiliser un outil de soutien à l'évaluation de la capacité, proposer un bilan cognitif ou solliciter un juge de paix pour envisager la nécessité d'une mise sous administration de la personne et/ou des biens.*

(4) Pour apporter des éléments objectifs à votre intuition, des outils d'évaluation du risque de maltraitance sont proposés dans le Tableau 1.

(5) En plus de l'aide que vous proposez à la personne âgée, vous pouvez lui renseigner les numéros des lignes d'écoute : le service télé-accueil 107 en français et 108 en allemand ; le service d'écoute pour les violences intrafamiliales 1712 en néerlandais ; les services spécialisés en maltraitance des personnes âgées : le 0800/30 330 pour Respect Seniors en Wallonie, le 02/223 13 43 pour Ecoute Seniors en français à Bruxelles, le 02/511 91 20 pour Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling en néerlandais à Bruxelles.

(6) Les autres professionnels avec qui partager le poids de la situation quand on ne se sent pas capable d'en parler avec la personne âgée peuvent être un de vos collègues, votre responsable/directeur/supérieur, une personne de référence en maltraitance, un professionnel d'une organisation ou d'un service d'écoute et/ou de prise en charge spécialisée dans la lutte contre la maltraitance (conversation anonyme si les conditions du secret professionnel partagé ne sont pas remplies), ou des professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne âgée conviés à une réunion multidisciplinaire de première ligne au niveau zonal (SISD/ELZ/BRUSANO).

(7) La personne-relais est un professionnel qui doit déjà être impliqué dans l'aide ou les soins de la personne âgée. Elle peut être choisie parce qu'elle connaît bien la personne âgée ou parce qu'elle possède des aptitudes en communication.

(8) Organiser de l'aide, c'est mettre en place l'aide psycho-sociale, la coordonner et assurer un suivi à long terme en respectant la volonté de la personne âgée.

(9) La charge de l'aidant proche peut être évaluée grâce à des outils disponibles dans le Tableau 1.

(10) Par 'organisations régionales spécialisées dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées' nous entendons les services et organisations suivants : Respect Seniors en Wallonie, Ecoute Seniors à Bruxelles-FR, Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling à Bruxelles-NL et VLOCO (Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling) en Flandre.

(11) Des organismes non spécialisés prenant en charge les personnes âgées maltraitées peuvent être les CPAS, les CAW, les centres de planning familial, etc.



Ce plan par étapes élaboré par le KCE (Figure 2) est un plan générique, c'est-à-dire qu'il peut servir de modèle pour les autorités et les organisations régionales, zonales ou locales (SISD, ELZ, BRUSANO, etc.) qui sont invitées à en adapter les différentes étapes à leur contexte, notamment en y insérant les coordonnées des services spécialisés et autres services pertinents (CPAS, services sociaux des hôpitaux et des mutuelles, service de santé mentale, associations d'aidants proches, etc.) et des acteurs de la police et de la justice. Cette version adaptée peut à son tour servir de base (et être adaptée) par chaque professionnel, chaque structure ou chaque pratique particulière.

Ainsi par exemple, le plan indique qu'une concertation avec un autre professionnel peut avoir lieu pour évaluer le degré de danger d'une situation. Cet autre professionnel peut être différent pour chacun (par exemple, une personne de référence au sein d'un établissement ou une organisation spécialisée pour un professionnel travaillant en solo, ou encore un collègue qui connaît bien la législation). Il est important que le plan par étapes soit adapté jusqu'à ce niveau de détail par chacun de ses utilisateurs potentiels.

Une étape de l'arbre décisionnel conseille d'utiliser un outil de détection de la maltraitance pour apporter des éléments objectifs à une intuition. Le tableau disponible au chapitre 7 de la synthèse (Tableau 1) reprend les caractéristiques des outils de détection validés scientifiquement et disponibles dans au moins une langue nationale belge. Les liens directs vers leur version en ligne sont également fournis. Selon les données scientifiques disponibles, une classification des outils selon leur performance n'est actuellement pas possible mais un choix peut être posé en fonction de la langue, du contexte de soin et du profil de l'utilisateur.

Enfin, un document succinct et pragmatique, intitulé "[Aide à la décision pour les professionnels de l'aide et du soin en cas de suspicion de maltraitance envers une personne âgée](#)", a été réalisé pour soutenir les professionnels dans leur pratique quotidienne. Ce document, qui inclut le plan générique et le tableau des outils de détection validés, est disponible sur le site du KCE.



■ RECOMMANDATIONS^{www}

Aux autorités législatives ou exécutives compétentes et à leurs administrations, au niveau fédéral et des entités fédérées :

Conformément aux lignes politiques de l'accord de coalition sur la violence intrafamiliale, les professionnels de l'aide et du soin doivent être soutenus légalement dans leurs démarches face à une situation de maltraitance d'une personne âgée.

1. Des **mesures législatives** devraient être prises afin de rendre **obligatoires** la **mise à disposition**, l'**adaptation** et l'**utilisation d'un plan par étapes** guidant tout prestataire d'aide ou de soins dans la gestion précoce d'une (suspicion de) situation de maltraitance d'une personne âgée.
 - a) En cas de (suspicion de) maltraitance d'une personne âgée, tout professionnel actif dans les secteurs de l'aide et des soins en contact avec des personnes âgées devrait faire usage d'un tel plan par étapes.
 - b) Chaque employeur des secteurs de l'aide et des soins devrait mettre à la disposition de ses employés un tel plan par étapes adapté à leur contexte de travail, et promouvoir son utilisation et sa connaissance.
 - c) Le modèle de plan par étapes générique, élaboré par le KCE devrait être adapté aux spécificités zonales et locales de la pratique de chaque professionnel et de chaque institution des secteurs de l'aide et des soins. Pour les prestataires qui exercent en pratique individuelle, l'obligation de cette adaptation pourrait être centralisée dans les structures zonales comme les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) des zones de soins en Wallonie, BRUSANO à Bruxelles ou les '*Eerstelijnzones*' (ELZ) en Flandre.

^{www} Le KCE reste seul responsable des recommandations.



2. La **possibilité pour les professionnels de signaler les cas de maltraitance** de personnes âgées aux autorités judiciaires et aux organisations et services spécialisés (telles que VLOCO, Respect Seniors, Écoute Seniors et *Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling*) devrait être rendue plus explicite dans l'arsenal législatif. Ceci pourrait être obtenu en étendant le champ de l'article 458bis du Code Pénal (à d'autres destinataires comme la police et les organisations et services spécialisés et à d'autres infractions pénales) ou en prévoyant dans une autre législation*, une possibilité, pour tout professionnel impliqué dans l'aide ou les soins, de déroger au secret professionnel en vue de protéger une personne âgée victime de maltraitance (*par exemple, dans une loi-cadre sur la violence intrafamiliale ou dans le cadre de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé pour les professionnels des soins de santé et dans une législation sectorielle spécifique pour les professionnels non couverts par la loi du 22 avril 2019).
3. Une politique transparente et uniformément intégrée en matière de gestion des plaintes devrait être développée. Cela permettrait d'abaisser les seuils d'accès et de garantir que les citoyens savent auprès de quelle instance ils peuvent introduire une plainte relative à la qualité des soins ou à un prestataire de soins. De cette manière, le droit d'introduire une plainte, stipulé dans la loi sur les droits des patients, sera assuré plus efficacement.
4. Les personnes âgées devraient pouvoir **se faire accompagner** d'une personne de leur choix durant toute procédure, **quelle que soit l'infraction pénale** qu'elles souhaitent dénoncer. Une extension de la liste des infractions dans l'art. 91bis du Code d'instruction criminelle devrait être envisagée.
5. **L'article 43 de la loi du 26 novembre 2011^{xxx}** qui permet aux associations spécialisées d'agir en justice au nom de victimes vulnérables devrait être exécuté.

^{xxx} Loi modifiant et complétant le Code pénal en vue d'incriminer l'abus de la situation de faiblesse des personnes et d'étendre la protection pénale des personnes vulnérables contre la maltraitance, *M.B.* 23 janvier 2012.



Aux autorités législatives ou exécutives compétentes et à leurs administrations, au niveau des entités fédérées :

6. **Un plan politique de lutte contre la maltraitance** des personnes âgées devrait être établi au niveau régional. Celui-ci devrait être développé en étroite collaboration avec le niveau fédéral compétent pour les aspects en lien avec les soins de santé, la justice et la sécurité des personnes. Ce plan de lutte contre la maltraitance des personnes âgées peut être un plan indépendant ou s'intégrer dans un plan de lutte contre la violence intrafamiliale et/ou visant la protection des adultes vulnérables tel que le plan d'action national de lutte contre la violence basée sur le genre.
7. **Le financement des organisations et services spécialisés** dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées devrait être renforcé afin de soutenir leurs missions de promotion de la bienveillance et de sensibilisation, de formation, de conseil, de gestion des situations de maltraitance et d'encodage systématique des données. En particulier, les pistes suivantes sont suggérées :
 - a) Fournir les moyens financiers et logistiques aux organisations et services spécialisés pour mener des campagnes de sensibilisation au sujet des signes de maltraitance, de l'offre de services d'aide, de l'existence de mesures judiciaires non répressives et des discriminations liées à l'âge.
 - b) Former des personnes de référence pour la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.
 - c) Élargir la disponibilité horaire des services d'aide téléphonique et l'expertise en matière légale des répondants afin d'offrir plus d'opportunités de contact aux professionnels et des réponses appropriées à leur questionnement relatif à la levée du secret professionnel.
 - d) Rendre possible les déplacements des intervenants psycho-sociaux des organisations et services spécialisés sur le lieu de vie de la personne âgée et la collaboration avec les professionnels de première ligne.
 - e) Développer une offre de médiation sur le modèle de la 'Senior Médiation' mise en place par l'ASBL Infor-Homes.
 - f) Poursuivre l'encodage et centraliser les statistiques concernant la maltraitance des personnes âgées.



8. Les **concertations multidisciplinaires** qui sont actuellement financées pour l'organisation des soins autour du patient psychiatrique ou de la personne dépendante devraient être aussi rendues possibles pour traiter les situations de maltraitance de personnes âgées à domicile.
9. Toutes les institutions de soins devraient pouvoir faire appel à un **référént en matière de maltraitance des personnes âgées**. De même, les prestataires de soins exerçant en solo devraient avoir accès à un référént dans leur zone de pratique. Cette fonction de référént devrait être prévue par un cadre légal qui spécifie entre autres que le référént doit être formé à la prévention, la détection et la prise en charge des situations de maltraitance, ainsi qu'à la communication sur les sujets tabous. Il/elle doit également détenir de bonnes connaissances des mesures légales existantes, pouvoir mener des formations au sein du personnel et organiser des concertations multidisciplinaires et des réflexions éthiques.
10. En Flandre, chaque province devrait disposer d'une **antenne de VLOCO** intégrée dans un *Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)*.
11. **Le fonctionnement des établissements d'hébergement et d'accueil** pour les personnes âgées, ainsi que **le fonctionnement des services d'aide et de soins à domicile** devraient être adaptés. Il est nécessaire de :
 - a) Adapter le système de financement des MR/MRS afin de soutenir les soins de qualité aux résidents et de réduire les risques de maltraitance institutionnelle, et encourager les investissements dans le maintien de l'autonomie des résidents.
 - b) Mesurer régulièrement des indicateurs de qualité, objectifs et subjectifs (vécu de la personne âgée), tant dans les établissements d'accueil et d'hébergement que dans les services d'aide et de soins à domicile, afin de promouvoir des soins plus respectueux des droits et de la dignité des personnes âgées et de mettre l'accent sur la bienveillance. Les résultats de ces mesures doivent être publiés de façon transparente et être accessibles au public.
 - c) Obliger ces établissements et services à transmettre régulièrement (p.ex. annuellement) aux services d'inspection des indicateurs de gestion du personnel afin d'identifier les structures dans lesquelles des dysfonctionnements sont récurrents (turnover important du personnel, incidents, suicides, arrêts maladie, travailleurs intérimaires, etc.). En effet, de tels dysfonctionnements peuvent être le signe de risques potentiels pour les personnes âgées.



- d) Exiger que tous les établissements pour personnes âgées affichent de façon visible et explicite les coordonnées des organisations et services spécialisés dans la maltraitance.
- e) Etendre la pratique d'inspections non annoncées dans ces établissements (en dehors des situations de plaintes), en particulier dans celles qui accueillent des personnes hautement dépendantes et celles qui n'ont plus été contrôlées depuis un certain temps.
- f) Renforcer les possibilités de contrôle sur la qualité des soins délivrés par les professionnels indépendants (solo) à domicile et assurer le suivi vers l'adoption de bonnes pratiques.

Aux ministres de la Sécurité et de l'Intérieur et de la Justice :

12. Le plan national de sécurité (PNS) 2016-2019 fixe 10 phénomènes de sécurité auxquels les services de police et toutes les autres instances concernées devraient prêter une attention particulière. Le point 6 porte sur « la criminalité violente, les atteintes à l'intégrité de la personne et la discrimination : violence intrafamiliale, violence sexuelle sur des majeurs, abus sexuels sur des mineurs et discrimination ». Les groupes cibles vulnérables sont particulièrement visés. Le prochain **plan national de sécurité** devrait intégrer la maltraitance envers les personnes âgées dans le groupe des personnes vulnérables pour renforcer l'attention de la police et de la justice envers cette catégorie particulière de la population.
13. Les mesures suivantes permettraient d'améliorer la gestion de la maltraitance des personnes âgées **par les secteurs de la justice et de la police** :
 - a) la finalisation et la publication de la circulaire (COL) sur la violence envers les personnes âgées, afin d'accorder la priorité nécessaire au traitement des dossiers de maltraitance de personnes âgées.
 - b) l'intensification de la communication sur les mesures de protection et leurs conséquences pour les personnes âgées ainsi que sur les acteurs qui peuvent initier de telles procédures.
 - c) l'octroi aux justices de paix des moyens financiers, logistiques et formatifs pour assurer le suivi régulier des personnes âgées vulnérables fortement à risque de maltraitance.
 - d) l'implication des services d'assistance policière aux victimes (SAPV) dans toutes les affaires policières concernant une personne âgée vulnérable, qu'il y ait délit ou non.



- e) l'information des victimes et des auteurs de délits au sujet des possibilités de médiation (loi de 2005).
- f) le renforcement de la capacité des Maisons de justice en matière de médiation.
- g) la systématisation et l'affinement de l'enregistrement des infractions commises contre les personnes âgées tant au niveau de la police que des parquets et des tribunaux, afin d'améliorer la disponibilité des données.

Aux universités, hautes écoles et écoles ou centres de formation, organisations professionnelles et non professionnelles, structures zonales et institutions locales concernés par la formation dans les secteurs de l'aide et du soin, de la justice et de la sécurité :

14. Tous **les professionnels de l'aide et du soin** en contact avec des personnes âgées devraient **être formés** aux généralités sur la lutte contre la maltraitance des personnes âgées (prévalence, facteurs de risques, signaux d'alerte, offre de services d'aide, levée du secret professionnel, non-assistance à personne en danger, etc.), à l'utilisation des outils de détection et de gestion de la maltraitance (plan par étapes) et à la communication avec les personnes âgées sur les questions de maltraitance.
15. **Les professionnels de la police et de la justice** devraient **être formés** aux généralités sur la lutte contre la maltraitance des personnes âgées (prévalence, facteurs de risques, signaux d'alerte, offre de services d'aide, etc.) et aux spécificités des personnes âgées vulnérables (dépendance physique et/ou affective, troubles cognitifs, lutte pour garder son autonomie de décision, etc.).
16. L'organisation de **formations conjointes** – par exemple pour les travailleurs sociaux, la police et les soins à domicile d'une entité géographique déterminée – permettrait d'atteindre un double objectif : se baser sur des connaissances communes et concordantes d'une part, mieux se connaître et créer des réseaux intersectoriels d'autre part. Ce type d'initiative a déjà vu le jour en Région Bruxelloise.



Aux instituts de recherche et organisations publiques et privées soutenant la recherche :

17. Des **études de qualité** devraient être menées, en particulier dans le contexte belge, sur les thèmes suivants :
 - a) l'efficacité des outils de détection de la maltraitance, leur acceptabilité (par le patient et par le professionnel), l'utilité de versions abrégées, l'extension à d'autres contextes de soins comme les services d'urgence et l'inclusion de populations très vulnérables, plus à risque de maltraitance, comme les personnes atteintes de démence.
 - b) la faisabilité d'une intégration de l'outil RITI (ou de tout autre outil de détection pertinent) dans les dossiers médico-psycho-sociaux partagés comme le BelRAI ou la possibilité d'en extraire les données nécessaires.
 - c) la prévention, le repérage et la gestion de l'épuisement physique, psychologique, émotionnel des aidants proches, à l'origine de situations de maltraitance des personnes âgées en demande d'aide et/ou de soins (« *derailed care* »).
18. L'étude concernant l'**expansion et le déploiement des Family Justice Centres (FJC)** menée actuellement à la demande de l'administration flamande devrait inclure le thème de la maltraitance des personnes âgées et le rôle pouvant être assumé par les FJC dans cette thématique.

Aux autorités communales et aux structures zonales :

19. **Les rencontres intersectorielles** réunissant les secteurs de l'aide sociale, de la santé, de la police et de la justice au niveau local ou zonal, par exemple, entre le SAPV de la police, la Maison de justice, le CPAS, le CAW et les soins de première ligne (SISD, BRUSANO et ELZ) devraient être encouragées. Ceci permettrait de discuter des situations de maltraitance à la frontière entre les compétences respectives de chaque secteur, de mettre au point des stratégies d'actions concertées, de dresser la liste de contacts de tous les partenaires impliqués et de donner des feedbacks anonymes et/ou globaux sur les situations gérées conjointement.



Aux entités fédérées, aux mutuelles et aux services offrant des soins de répit pour aidants proches :

20. **L'accès aux soins de répit** pour les aidants proches devrait être optimisé en termes financiers, pratiques et informatifs (la visibilité de l'information sur l'offre de soins de répit devrait être améliorée).
21. Des **outils d'auto-détection de maltraitance par et pour l'aidant proche** (comme le *Mantelscan* aux Pays-Bas ou l'outil de la *Hogeschool Gent*) devraient être facilement disponibles et leur usage devrait être largement diffusé et promu.



COLOPHON

Titre :	Comment mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Belgique ? – Synthèse
Auteurs :	Céline Ricour (KCE), Anja Desomer (KCE), Céline Pouppez (KCE), Célia Primus (KCE), Imgard Vinck (KCE)
Spécialiste de l'information :	Nicolas Fairo (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Superviseur senior :	Sabine Stordeur (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Relecture :	Marie Dauvrin (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Experts externes et stakeholders :	Jean-François Absil (Parquet général de Liège), Borja Arrue (Age Platform Europe), Nicolas Berg (CHR Liège, Respect Seniors), Myriam Bodard (Ecoute Seniors), Karolien Boonen (Vlaamse Overheid, DWVG – Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Afdeling Justitiehuizen), Marc Bouteiller (Maison de repos - Anne Sylvie Mouzon), Valentine Charlot (Spécialiste), Pierre-Thomas Collignon (Police de Bruxelles), Isabelle De Brauwier (Cliniques universitaires Saint-Luc), Lily De Clercq (VLOCO – Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling, CAW Oost-Vlaanderen), Liesbeth De Donder (VUB – Vrije Universiteit Brussel, Agogische Wetenschappen), Céline de Hepcee (Clinique La Ramée), Marie-Pierre Delcour (Infor-Homes), Ivan De Nayer (Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling), Mariam Ennahou (Maison de repos et soins Villa 34), Elisabeth Goethals (Family Justice Center), Sophie Goffinet (Ecoute Seniors), Ludwig Guening (Réfèrent démence), Sophie Guisen (LUSS – Ligue des usagers des services de santé), Damien Hombrouck (Clinique Saint-Jean), Amandine Kodeck (Infor-Homes), Marc Koninckx (AUVB – NVKVV Werkgroep ouderenzorg – Beroepsorganisatie voor Verpleegkundigen), Dominique Langhendries (Respect Seniors), Door Lauwaert (Vlaams Vereniging Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg), Martine Lemasson (Ecoutante - Ecoute Seniors), Joke Lemiengre (Hogeschool UCLL – University College Leuven-Limburg), Quentin Mary (SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale), Gert Merckx (Domus Medica), Thierry Monin (LUSS), Marc Nicaise (SPF Justice – FOD Justitie), Tim Opgenhaffen (KULeuven), Anne-Sophie Parent (Age Platform), Anne Peeters (GHDC – Grand Hôpital de Charleroi), Murielle Radoux (SPF Justice – FOD Justitie), Margot Taeymans (FOD Justitie – SPF Justice), Véronique Tellier (Santé publique-Province de Namur); Sabine Temmerman (VLOCO – Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling, CAW Oost-Vlaanderen), Linde Tilley (Domus Medica), Clémence Van der Bruggen (Cliniques universitaires Saint-Luc), Diana Van Hoogenbermt (CAW Boom-Mechelen-Lier), Paul Van Royen (Universiteit Antwerpen), Nils Vandenberghe (Vlaamse ouderenraad), Wim Vandevoorde (Hulplijn 1712), Evi Verdonck (Hogeschool UCLL), Jurn Verschraegen (Expertise Centrum Dementie Vlaanderen), Sophie Wellens (LUSS)



Validateurs externes : Marie Beaulieu (Université de Sherbrooke, Québec, Canada), Sophie Blanchard (Haute Autorité de Santé, France), Dominique Verté (Vrije Universiteit Brussel, Belgique)

Remerciements : Nous remercions les parties prenantes, experts, professionnels et aidants informels qui ont partagé leurs connaissances, opinions et expériences à travers des questionnaires et des entretiens. Nous remercions la zone de police de Liège, Val de l'Escaut et Bruxelles-Nord pour leur soutien à ce projet. Nous remercions Sabine Drieskens (Sciensano) pour son aide dans l'interprétation des données de l'enquête de santé. Nous remercions Elke Hooyberghs (personne de contact VLOCO dans le CAW de Flandre orientale), Hans De Beule (coordinateur SEL Waasland) et Hanne Neyts (en charge de la thématique 'vie et soins à domicile' au Conseil flamand des personnes âgées) pour le partage de leurs connaissances. Nous remercions les auteurs des outils de détection de la maltraitance envers les personnes âgées qui ont fourni des informations complémentaires sur leur outil et autorisé sa diffusion via notre site Web. Nous remercions les employés des cabinets ministériels et des administrations fédérales et régionales pour leur réactivité à nos questions et en particulier, Bernadette Van Den Heuvel (ex-cabinet Vandeurzen, région et communauté flamandes), Niki Dheedene (chef adjointe du bureau de la justice et de l'exécution auprès du ministre flamand de la justice et de la répression, de l'environnement, de l'énergie et du tourisme), Noor Verbeeck (conseiller justice et répression auprès du ministre de la justice et de la répression, de l'environnement, de l'énergie et du tourisme), Lore Poncin (référént MRS dans l'ancien cabinet d'Alda Greoli - Gouvernement wallon), Khadija Boudiba (attachée à la Commission communautaire commune – COCOM), Daniela Grün (conseillère principale, ministère de la Communauté germanophone) et Martine Bauwens (ancienne attachée à la COCOF – service public francophone à Bruxelles). Nous remercions les organisations spécialisées dans la lutte contre la maltraitance des aînés pour leurs conseils et accompagnements tout au long de ce projet: VLOCO, Respect Seniors, Ecoute Seniors et Brussels Meldpunt ouderenmis(be)handeling. Nous remercions Laurence Kohn, Els Van Bruystegem et Jef Adriaenssens de l'unité de recherche qualitative du KCE pour leur soutien dans le choix des méthodes de recherche pour la partie qualitative de ce projet ainsi que pour leur implication lors de la réunion d'experts et de parties prenantes. Nous remercions l'unité de communication du KCE pour ses conseils sur l'utilisation du français et du néerlandais lors de l'élaboration des questionnaires et des documents finaux.

Intérêts déclarés : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine 'Comment mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Belgique ? '. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Nicolas Berg (Respect Seniors), Liesbeth De Donder (Membre de la VUB), Céline De Hepcée (Pratique de groupe en santé mentale – Epsilon : plus particulièrement à la Clinique la Ramée, notamment dans un service de psychogériatrie), Mariam Emmahou (Secteur des maison de repos et de soins), Linde Tilley (Membre de Domus Medica, association scientifique et professionnelle des médecins généralistes), Nils Vandeweghe (Conseil flamand des personnes âgées), Jurn Verschraegen (Membre du conseil d'administration de l'asbl Het Ventiel pour les jeunes atteints de démence).



Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Lily Declercq (Temmerman, S. (2019). Ouderen(mis)behandeling, Praat erover! Tools om OMB te herkennen en ermee aan de slag te gaan (1e ed.) Brussel, Politeia), Liesbeth De Donder (Auteur de l'outil de détection RITI), Tim Opgenhaffen (Auteur de diverses publications juridiques sur le secret professionnel et les restrictions de liberté dans les soins de santé), Jurn Verschraegen (Elaboration de matériel de formation)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Isabelle De Brauwer (Compensation pour participation via facture de l'employeur ATIN), Céline De Hepcée (Organisation d'un colloque de psychogériatrie en mai 2019 avec soutien financier de la firme Pharma), Tim Opgenhaffen (Comme membre de la KU Leuven et comme auteur de diverses publications juridiques), Linde Tilley (Pour un article sur la violence intrafamiliale destiné aux médecins généralistes).

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Marie Beaulieu (En tant que chercheuse dans le domaine de la maltraitance envers les personnes âgées depuis 30 ans. Membre du comité éditorial de la revue Journal of Elder Abuse and Neglect), Nicolas Berg (Participations à des travaux de Respect Seniors), Liesbeth De Donder (Professeur à la VUB), Joke Lemiengre (A la haute école UC Leuven-Limburg, mène des recherches sur le sujet de la maltraitance des personnes âgées), Tim Opgenhaffen (Chercheur PhD, assistant de recherche (2014-aujourd'hui), chercheur à l'EF OI sur le secret professionnel, la coopération et la responsabilité sociale des points de contact 'Bien-être, Santé publique et de la famille'), Evi Verdonck (UCLL, mène des recherches sur le sujet de la maltraitance des personnes âgées).

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Liesbeth De Donder (FWO, SBO, Innoviris...).

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Céline De Hepcée (hôpital), Mariam Emmahou (Directrice de Maison de repos et de soins), Damien Hombrouck (Clinique Saint-Jean, Valida), Nils Vandeweghe (Conseil flamand des personnes âgées asbl), Clemence Van Der Bruggen (hôpital).

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Liesbeth De Donder (Conférences sur la maltraitance des personnes âgées devant un large public comme conférencier invité...), Marc Koninckx (Réception de bons 'livres' pour des conférences liées à la maltraitance des personnes âgées. Conférences pour SEL, cercle des médecins généralistes, centre de formation. Compensation pour participation dans la formation infirmière gériatrique KDG-Anvers), Joke Lemiengre (cours sur la base d'une mission de recherche), Tim Opgenhaffen (compensation pour des conférences sur les secrets professionnels et les restrictions de liberté dans les soins), Linde Tilley (Bourse Domus Medica), Evi Verdonck (cours sur la base d'une mission de recherche), Jurn Verschraegen (formation sur la démence).

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Marie Beaulieu (titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées, financée par le Gouvernement du Québec),



Nicolas Berg (Président du CA de Respect Seniors (à titre gracieux)), Isabelle De Brauwer (Administratrice à la société belge de gériatrie et gérontologie), Céline De Hepcée (Médecin chef d'unité - Unité 3 Epsilon - La Ramée), Mariam Emmahou (Directrice de Maison de repos et de soins), Dominique Langhendries (Agence Wallonne de lutte contre la maltraitance des aînées), Linde Tilley (Présidente de l'association de médecin généraliste de Gand), Nils Vandeweghe (Conseil flamand des personnes âgées asbl), Clemence Van Der Bruggen (Département de gériatrie), Jurn Verschraegen (Directeur au sein du centre d'expertise Dementia Flandres).

Layout :

Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

10 novembre 2020

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Elder abuse, aged, domestic violences, Belgium

Classification NLM :

WA 356 Elder abuse

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2020/10.273/17

ISSN :

2466-6440

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.





Comment citer ce rapport ?

Ricour C, Desomer A, Pouppez C, Primus C, Vinck I. Comment mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Belgique ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 331B. D/2020/10.273/17.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.