



ORGANISATEUR
Centre de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale de la Lozère

PARTENAIRES

CDG du Gard	CDG du Gers	CDG de l'Hérault	CDG des Pyrénées- Orientales	CDG du Lot et Garonne	CDG des Pyrénées- Atlantiques	CDG de la Gironde	CDG de la Haute- Garonne
----------------	----------------	---------------------	------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------	--------------------------------

**Concours externe sur titres avec épreuves
de médecin territorial**

Jeudi 7 février 2013

**Epreuve écrite d'admissibilité
(Durée : 3h00 ; coefficient 1)**

Cette épreuve consiste en la rédaction d'un rapport établi à partir d'un dossier portant sur une situation en relation avec les missions du cadre d'emplois concerné, et notamment la déontologie de la profession.

IMPORTANT : A LIRE AVANT L'ÉPREUVE

Les copies doivent être totalement anonymes et ne comporter aucun nom, prénom, signature, paraphe, initiale, nom de collectivité, numéro de téléphone, **même fictifs.**

Le jury veille au respect de cette règle de l'anonymat ; en cas de signe distinctif, la note de 0/20 sera attribuée.

**

Les brouillons ne sont pas considérés comme faisant partie de la copie ; ils ne feront pas l'objet d'une correction.

(Dossier de 27 pages)

SUJET

Vous êtes médecin au sein d'un Conseil Général. Votre service vient d'être informé par l'antenne **ALMA** de votre département d'une suspicion de maltraitance chez une personne âgée.

Celle-ci est hébergée dans une famille d'accueil à titre onéreux. Le signalant, qui a souhaité garder l'anonymat, prétend que cette personne est attachée sur une chaise toute la journée.

En vous appuyant sur la réglementation en vigueur, vous décrierez quelles sont vos possibilités d'action et vous proposerez à votre hiérarchie les mesures nécessaires à prendre, en argumentant vos propositions.

3 points seront consacrés à la rédaction (présentation, syntaxe, orthographe)

Documents joints :

Document 1 : Exercice salarié de la médecine ; article 95 du Code de Déontologie (pages 1 à 2).

Conseil National de l'Ordre des Médecins (2 pages)

Document 2 : Sévices ; article 44 du Code de Déontologie (pages 3 à 5)

Conseil National de l'Ordre des Médecins (3 pages)

Document 3 : Fiche de poste de médecin territorial (pages 6 à 8)

Conseil Général d'Ille et Vilaine du 28/05/2010 (3 pages)

Document 4 : Réglementation applicable à l'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, parties législative et réglementaire (pages 9 à 14)

Code de l'Action sociale et des familles. (6 pages)

Document 5 : Maltraitance des personnes âgées-apprendre à la reconnaître pour la combattre (pages 15 à 17)

Reportage de Agevillage réalisé le 28/02/2012 (3 pages)

Document 6 : « La maltraitance tue plus que la canicule » (page 18)

Quotidien régional La Provence ; article du 26 mai 2009 (1 page)

Document 7 : « Une famille se dit victime de machination » (page 19)

Quotidien régional L'Union L'Ardennais ; article du 24 août 2012 (1 page)

Document 8 : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ; limiter les risques de la contention de la personne âgée (pages 20 à 27)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ; Octobre 2000. (8 pages)

conseils
DEPARTEMENTAUX

L'annuaire
des médecins

le code de
SANTÉ PUBLIQUE

actualités

- ↳ INFORMATIONS
- ↳ COMMUNIQUES
- ↳ RAPPORTS & TRAVAUX
- ↳ RELATIONS INTERNATIONALES
- ↳ LES JEUDIS DE L'ORDRE
- ↳ VEILLE JURIDIQUE

professionnel

- ↳ GUIDES
- ↳ CONTRATS
- ↳ MÉDECINS - INDUSTRIE
- ↳ DEMOGRAPHIE
- ↳ PROTECTION SOCIALE DU MÉDECIN
- ↳ ARCHIVES

code de
déontologie

- ↳ PAR ARTICLE
- ↳ RECHERCHE
- ↳ INTEGRALITE

bulletin
de l'ordre



3) Exercice salarié de la médecine

Article 95

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

L'évolution des techniques médicales et des structures de santé qui en découlent ont entraîné le développement de l'exercice salarié de la médecine.

C'est le cas notamment des médecins de services de prévention (médecins du travail, de PMI, de santé scolaire), des praticiens-conseils des régimes d'assurance maladie et des médecins de soins (hôpitaux publics ou privés à but non lucratif, centres de lutte contre le cancer ou de réadaptation, centres de santé ou dispensaires, etc.), des médecins inspecteurs de santé publique des services de l'État (DDASS - DRASS - Direction départementale du travail).

La *déontologie* est la même quel que soit le mode d'exercice ou de rémunération du médecin. Un médecin salarié doit avoir, pour souci primordial, l'intérêt de la santé des patients. Il est soumis à toutes les règles déontologiques de sa profession (devoirs généraux, devoirs envers les patients, devoirs de confraternité).

Il doit disposer, pour l'exercice de ses fonctions, d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants, ainsi que d'un personnel compétent.

Le médecin salarié est tenu au secret professionnel notamment vis-à-vis de l'employeur ou de l'administration. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle (art. 72).

En retour, si ce même médecin perd son statut fonctionnel de médecin dans les nouvelles attributions qui lui sont confiées par l'administration, il veillera à ne pas exciper de sa qualité de médecin, que ce soit vis-à-vis du public ou du personnel, pour obtenir des informations couvertes par le secret professionnel que son nouveau statut administratif lui interdit de connaître.

Il s'interdira de même d'user de sa position hiérarchique pour obtenir de ses confrères en position fonctionnelle de médecin ces mêmes informations.

Si à cette occasion un avis médical lui était demandé il devrait se récuser.

L'indépendance du médecin étant avant tout un droit du patient (art. 5), le médecin salarié ne peut accepter que ses avis, ses actes, ses prescriptions y compris la rédaction de ses certificats soient limités par des directives. Il en est le seul responsable. Il ne peut y avoir de subordination ou de dépendance, vis-à-vis de l'établissement ou de l'organisme qui emploie le médecin, qu'au point de vue administratif (horaire, organisation du service...).

En raison même de son mode d'exercice, le médecin salarié ne peut avoir la maîtrise de ses honoraires.

S'il ne peut décider de leur montant, ni même de la gratuité, il serait contraire à la déontologie médicale qu'un médecin salarié accepte que l'organisme dont il dépend

Conseil National de l'Ordre des Médecins

abaisse les honoraires au dessous des barèmes officiellement admis, eu égard à sa situation vis-à-vis de l'exercice autorisé par l'Ordre des médecins (art.67).

Cette remarque reste valable si une ou toutes les responsabilités administratives sont assurées par un médecin et les différents titres qui peuvent lui être donnés ne la modifie pas. Seules des dispositions législatives ou réglementaires peuvent y déroger.

Bien entendu une concertation d'ordre médical peut toujours intervenir avec un médecin chargé de responsabilités particulières, mais elle ne peut être imposée.

Le problème se pose d'une manière particulière si ce médecin a lui-même une activité médicale proprement dite dans un groupe ou une équipe de l'établissement ou du service.

Dans ce cas, ces deux fonctions doivent rester distinctes et l'activité médicale reste soumise à ce qui est prévu pour toute équipe médicale ou cabinet de groupe.

Les dossiers médicaux doivent être conservés sous la seule responsabilité du médecin mais leur bonne conservation est de la compétence de la direction de l'organisme dont il dépend. Ils ne peuvent être consultés qu'avec son accord et par un médecin habilité à le faire. Cette disposition vise à interdire la communication d'un dossier par un personnel administratif ou paramédical, à plus forte raison à l'insu du médecin (art.96).

Il précise également qu'il ne peut être communiqué qu'à un médecin habilité légalement à y accéder : médecin désigné par un malade ou praticien-conseil. Une place à part est celle de la saisie par une décision judiciaire qui donne lieu à une procédure précise.

Dans tous ces cas, le médecin concerné peut charger un confrère de la transmission, mais il est toujours préférable que le médecin concerné y procède personnellement afin de pouvoir y ajouter des explications orales.

Dans un service ou établissement, plusieurs médecins peuvent être appelés à utiliser le même dossier :

- S'il s'agit de l'absence momentanée du médecin en charge du malade, cela rentre dans le cadre d'un remplacement et le médecin remplacé reste responsable du dossier.

- Dans le cas d'une médecine d'équipe, on entre dans le cadre général de celle-ci.

De toute façon, le fait que plusieurs médecins puissent accéder pour des raisons diverses aux dossiers, doit inciter le médecin à la plus grande prudence dans la rédaction en ce qui concerne certaines de ses réflexions personnelles ou certaines confidences des malades.

L'ensemble des remarques formulées dans cet article et ses commentaires doivent faire l'objet d'une rédaction claire et précise dans les contrats dont la production est obligatoire pour le médecin (art.84 du code de déontologie) mais également pour l'employeur (art.L.4113-9 du code de la santé publique, ancien article L.462) sous peine de sanctions financières.

Les simples formules de "exercera son art en toute indépendance" ou de "bénéficiera de toutes facilités pour suivre une formation continue" ou "en fonction des nécessités du service" se révèlent trop souvent insuffisantes, car elles permettent toutes les interprétations si leurs modalités ne sont pas rédigées de manière détaillée.

C'est d'ailleurs une telle rédaction que prévoit, sur le plan européen, la *Charte européenne des médecins salariés* établie en 1984 par le comité permanent des médecins européens.

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Article 44 - Sévices

11/10/2012

Lien direct vers cet l'article [2]

Article 44 (article R.4127-44 du code de la santé publique)

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

1 - SEVICES ET PRIVATIONS

Les "mauvais traitements" ne sont pas réservés aux mineurs : ils peuvent aussi concerner les personnes âgées ou handicapées, les conjoints, concubins ou « pacsés » et d'une façon générale toute personne vulnérable.

On entend par maltraitance toute violence physique, psychique, toute atteinte sexuelle, toute cruauté mentale, toute négligence ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé et, pour un enfant, sur son développement physique et psychique.

Dans les cas flagrants de maltraitance ou de fortes présomptions, le médecin doit soustraire d'urgence la victime aux sévices, par exemple en l'hospitalisant et en s'assurant que cette mesure a bien été réalisée.

Dans les cas moins évidents, le médecin traitant ne doit pas rester seul. Il doit faire appel au concours d'une équipe pluridisciplinaire (pédiatre, psychiatre, gynécologue, assistant social...) afin que dans tous les cas le diagnostic de maltraitance repose sur des éléments indiscutables étant donné les répercussions d'un tel diagnostic, la nécessité d'un bilan global et d'une prise en charge adaptée.

Le signalement de maltraitance à enfant a fait l'objet de la loi 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance (article L.221-1 du code de l'action sociale et des familles). Des dispositions identiques sont applicables pour permettre le signalement de maltraitance sur personnes vulnérables, majeurs protégés ou non.

La règle du secret médical ne fait pas obstacle à ce que le médecin signale les sévices qu'il a constatés : l'article 226-14 du code pénal établit à ce sujet une dérogation au secret médical. Le médecin n'encourt d'ailleurs aucune sanction disciplinaire, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article.

Cependant, l'article 44 est nuancé, il recommande au médecin d'agir avec prudence et circonspection et d'alerter les autorités administratives et judiciaires pour protéger au mieux la personne, en fonction de plusieurs facteurs :

- un signalement aux autorités sur de simples présomptions peut déstabiliser une famille ;
- l'hospitalisation de l'enfant ou de l'adulte peut être une mesure de sauvegarde et de mise à l'abri du risque ;
- une surveillance étroite et un accompagnement du milieu familial en équipe pluridisciplinaire (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux) peuvent être suffisants ; la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation peut être utilement saisie.

Le médecin aura à peser les différents avantages et inconvénients, dans la situation considérée, les solutions possibles avant de prendre une décision. Il peut solliciter un avis auprès du Conseil départemental.

Il a l'impérieux devoir d'intervenir. L'absence d'intervention est répréhensible notamment lorsque le médecin suspecte des sévices ou mauvais traitements.

2 - SIGNALEMENT

Ce qui caractérise le signalement est qu'il s'agit d'un document dont le destinataire n'est ni le patient ni un membre de sa famille mais le procureur de la République ou son substitut.

Il doit être adressé directement par le médecin à son destinataire et ne doit jamais être remis à un tiers, fût-il parent de la victime.

Cette information, par laquelle le professionnel fait connaître la situation de la personne en danger à une autorité compétente, peut en principe être donnée par tout moyen, y compris par appel téléphonique (dans ce cas, il doit être conservé trace de l'interlocuteur et la date de l'appel). En pratique, il est recommandé d'effectuer le signalement sous forme d'un document écrit, éventuellement faxé, en en gardant un double.

1) La victime est un mineur.

Depuis la loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, le terme concerne désormais l'adolescent jusqu'à 18 ans.

Le signalement doit dans ce cas être adressé par le médecin au Procureur de la République, ou au substitut du Procureur (voir note [1]), au Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel du mineur. Une permanence est assurée 24 heures sur 24. Les commissariats de police et brigades de gendarmerie disposent de la liste des magistrats de permanence et de leurs coordonnées téléphoniques.

Le magistrat devra apprécier l'opportunité :

- d'une enquête complémentaire confiée à un service de police ou de gendarmerie ;
- celle de la poursuite du (des) présumé(s) auteur(s) de violences : il ouvrira le plus souvent une information auprès du juge d'instruction, mais peut aussi classer l'affaire sans suite sur le plan pénal ;
- celle de la saisine d'un juge des enfants au titre de l'assistance éducative.

En urgence, le magistrat peut intervenir pour prendre toute mesure conservatoire et notamment le « placement » du mineur (ordonnance de placement provisoire ou OPP).

2) La victime est majeure.

Avec l'accord de la victime, le signalement des sévices est effectué dans les mêmes formes auprès du procureur de la République.

Lorsque la victime des sévices et privations est une *personne majeure vulnérable*, qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, le signalement est fait sans qu'il soit besoin de recueillir l'accord de la personne.

3 - Contenu et forme du signalement.

Selon le code pénal, le médecin n'est tenu que de signaler les faits constatés.

Cependant l'article 44 du code de déontologie médicale est nuancé. Selon ses termes mêmes, le médecin « alerte » l'autorité publique sur une situation qu'il est obligé d'interpréter puisqu'il doit affirmer que l'état du patient a pour cause, avérée ou probable, des sévices.

Ainsi après avoir rapporté aussi fidèlement que possible les paroles de l'enfant recueillies au cours de l'entretien et citées entre guillemets, décrit les signes relevés à l'examen clinique, le médecin peut faire état dans le signalement de sa conviction, de son sentiment ou de ses soupçons que l'enfant est victime ou très probablement victime de sévices (Cf. infra, modèle de rédaction d'un signalement). [4]

Il faut enfin répéter que :

- le secret médical ne fait pas obstacle au signalement des sévices et maltraitances constatés chez un mineur ou une personne vulnérable ; l'article 226-14 du code pénal est une dérogation légale au secret médical ;
- le médecin n'encourt aucune sanction disciplinaire si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article ;
- la crainte d'une poursuite ultérieure pour dénonciation calomnieuse ne saurait arrêter le médecin. Celle-ci implique, conformément à l'article 226-10 du code pénal, que la personne dénonçant les faits ait conscience du caractère mensonger des éléments dénoncés.
- l'évaluation de la situation de la victime, partie intégrante du signalement, est propre à démontrer la bonne foi du médecin.

4 - Certificat

A la différence du signalement, un certificat est remis en main propre au patient ou à son représentant légal.

Un tel certificat est souvent demandé au médecin pour obtenir la modification des droits de visite et de garde au prétexte de sévices corporels et souvent sexuels dont l'enfant serait victime de la part de l'ex-conjoint ou de son nouveau compagnon.

Le médecin doit se montrer particulièrement vigilant et prudent. Le certificat doit se borner aux constatations du médecin sans se livrer à des interprétations hasardeuses et encore moins partiales.

En pratique :

Le médecin est tenu de constater objectivement les lésions et signes qui témoignent de violences avant de rédiger le certificat : il ne peut, sauf à agir avec légèreté ou imprudence, établir le certificat sans examen médical préalable ; il doit consigner avec précision ses constatations ; il ne peut présenter comme fait avéré des agressions sur la seule foi de déclarations. En aucun cas, il ne peut attribuer les troubles présentés par un enfant au comportement d'une personne qu'il ne connaît pas ou révéler la pathologie d'une personne qui a été son patient.

Si à l'occasion de son examen, le médecin acquiert la conviction que la personne examinée est victime de sévices, il procédera à un signalement au procureur de la République. Car la délivrance d'un certificat ne protège pas automatiquement la victime puisque le médecin n'a pas la maîtrise de l'utilisation qui en sera faite.

([1]) Article. 226-14 du code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

(...)

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.»

FICHE DE POSTE

POLE SOLIDARITE

Direction Personnes Agées/Personnes Handicapées

Service aide sociale et actions médico sociales

Médecin Conseil Territorial

Catégorie A : Filière Médico-sociale

Médecin territorial

Référence du poste n° 4682

Le Pôle Solidarité est situé :

Sa mission s'articule autour de deux directions :

- Direction lutte contre les exclusions,
- Direction Personnes Agées/Personnes Handicapées.

Au sein la direction Personnes Agées/Personnes Handicapées, il existe deux services

- Service Aide sociale et Actions médico sociales,
- Service Tarification et Planification des établissements.

Ses principales missions sont les suivantes :

- Favoriser l'insertion des plus démunis,
- Conduire une politique en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées,
- Assurer la planification et le contrôle des établissements et services sociaux.

Le poste est à pourvoir hiérarchiquement au :

**POLE SOLIDARITE
Direction PA/PH**

Conseil Général d'Ille et Vilaine -

28/05/10

(6)

MISSIONS

Le Médecin Conseil Territorial est chargé sur la circonscription de la mise en oeuvre des actions relatives à la politique du Conseil Général en faveur de la population âgée et des personnes handicapées et participe à l'élaboration d'une politique globale de santé sur la circonscription.

CONTRIBUTION A L'ANIMATION DU CDAS

Le Médecin Conseil Territorial, membre de l'équipe d'animation du Centre Départemental d'Action Sociale exerce sur la circonscription des missions de collaborateur, avec le conseiller technique et le responsable, à la mise en oeuvre de l'ensemble des politiques d'action sociale :

- ⇒ impulsion d'une dynamique d'équipe,
- ⇒ réalisation d'un diagnostic du territoire,
- ⇒ émergence de projets d'action et leur élaboration,
- ⇒ définition d'objectifs et de moyens,
- ⇒ mise en oeuvre et évaluation,
- ⇒ réalisation du rapport annuel d'activité.

Dans ce cadre, il définit, en liaison avec le responsable de circonscription et le conseiller technique, l'organisation des tâches des personnels paramédicaux et médico-sociaux et veille à la coordination du travail des acteurs en interne et en externe.

Il est le référent médical de la circonscription et le garant du secret médical suivant le code de déontologie.

FONCTIONS

■ Santé Publique

Il exerce un rôle de conseil technique aux professionnels du CDAS et s'assure du suivi médical des personnes relevant des missions prioritaires.

Il exerce un rôle de coordination du partenariat local et de conseil technique pour l'élaboration de projets et d'actions collectives, incluant notamment la prévention du handicap et de la dépendance :

- ♦ information,
- ♦ observation,
- ♦ centres de ressources,
- ♦ mise en place de réseaux.

Il veille au respect des procédures relatives à des missions de santé :

- ♦ vérification des conditions médicales d'exercice de l'accueil à domicile,
- ♦ contrôle des établissements et services,
- ♦ prévention de la maltraitance et prise en compte des personnes maltraitées.

■ Activité clinique

Le médecin conseil territorial a un rôle d'expert pour le domaine relevant de sa compétence médicale.

Son activité se décline en 3 modes d'interventions :

➤ **Evaluation médicale**

→ évaluer médicalement le handicap et la dépendance

- ↳ des personnes âgées demandant une allocation personnalisée à l'autonomie, que ce soit au domicile ou en établissement, ainsi que, ponctuellement, celle d'autres personnes âgées à la demande de tiers (médecins, travailleurs sociaux),
- ↳ des personnes handicapées demandant une prestation de compensation.

→ examiner médicalement, en cas de besoin, les familles ayant fait une demande d'agrément pour l'accueil de personnes âgées ou handicapées,

→ s'assurer de la réalisation du suivi médical, au moins annuel des personnes âgées ou handicapées admises en famille d'accueil.

➤ **Rôle de soutien aux personnes et aux familles**

➤ **Coordination** avec les médecins et les services médicaux, la psychiatrie.

LIAISONS

⇒ Les médecins conseils territoriaux sont placés sous l'autorité du médecin conseil départemental.

⇒ Ils assurent l'encadrement technique des personnels dans les domaines en relation avec la santé en faveur des personnes âgées et handicapées.

⇒ Ils établissent des liens fonctionnels avec le responsable de CDAS et le conseiller technique.

⇒ Ils sont les correspondants :

- ♦ de l'ensemble des médecins (libéraux, hospitaliers, assurance maladie, DDASS, MDPH, médecins du travail...),
- ♦ des paramédicaux,
- ♦ des services de santé.

⇒ Ils sont les destinataires de toute demande, de toute information d'ordre médical (courriers, appels téléphoniques, réunions, groupe de travail...) dans leur domaine de compétence.

➤ PROFIL

- respect des règles déontologiques et du secret médical,
- bonne connaissance du secteur du handicap et de la dépendance,
- esprit d'initiative,
- goût du travail en équipe,
- capacités d'organisation,
- **permis B obligatoire.**

Code de l'action sociale et des familles, accueil familial de personnes âgées ou handicapées

Règlementation applicable à l'accueil familial de personnes âgées ou handicapées adultes, Parties législatives et réglementaire

Partie législative, Articles L.441-1 à L.444-4, 443-2 à 443-9

Chapitre Ier : Accueillants familiaux et modalités d'agrément

Article L441-1 Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 1°, 2° JO du 18/01/02 + Ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005)

Pour accueillir habituellement à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus et, s'agissant des personnes handicapées adultes, ne relevant pas des dispositions de l'article L344-1, une personne ou un couple doit, au préalable, faire l'objet d'un agrément, renouvelable, par le président du conseil général de son département de résidence qui en instruit la demande.

La personne ou le couple agréé est dénommé accueillant familial.

La décision d'agrément fixe, dans la limite de trois, le nombre de personnes pouvant être accueillies.

L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue organisée par le président du conseil général et si un suivi social et médico-social de celles-ci peut être assuré.

Tout refus d'agrément est motivé. En cas de changement de résidence, l'agrément demeure valable sous réserve d'une déclaration préalable auprès du président du conseil général du nouveau lieu de résidence qui s'assure que les conditions mentionnées au quatrième alinéa sont remplies.

L'agrément vaut, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale au titre des articles L113-1 et L241-1.

Article L441-2 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 1°, 3° JO du 18/01/02)

Le président du conseil général organise le contrôle des accueillants familiaux, de leurs remplaçants et le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

Si les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L441-1 cessent d'être remplies, il enjoint l'accueillant familial d'y remédier dans un délai fixé par le décret mentionné au même article. S'il n'a pas été satisfait à cette injonction, l'agrément est retiré après avis de la commission consultative. L'agrément peut également être retiré selon les mêmes modalités et au terme du même délai, en cas de non-conclusion du contrat mentionné à l'article L442-1, ou si celui-ci méconnaît les prescriptions mentionnées au même article, en cas de non souscription d'un contrat d'assurance par l'accueillant, ou si le montant de l'indemnité représentative mentionnée au 4° de l'article L442-1 est manifestement abusif. En cas d'urgence, l'agrément peut être retiré sans injonction préalable ni consultation de la commission précédemment mentionnée.

Article L441-3 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 1°, 4° JO du 18/01/02)

Les personnes handicapées relevant de l'article L344-1 peuvent faire l'objet d'un placement familial, à titre permanent ou temporaire, organisé sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un service mentionné audit article ou d'une association agréée à cet effet conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Article L441-4 (inséré par Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 5° JO du 18/01/02)

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités et le délai d'instruction de la demande d'agrément, la procédure de retrait, la composition de la commission consultative de retrait, la durée pour laquelle ledit agrément est accordé et renouvelé ainsi que le délai pour représenter une nouvelle demande après décision de refus ou retrait.

Chapitre III : Dispositions communes

Article L443-2 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 10° JO du 18/01/02)

Les personnes condamnées pour les délits de vol, escroquerie, recel, abus de confiance, agression sexuelle, soustraction commise par un dépositaire de l'autorité publique, faux témoignage, corruption et trafic d'influence, faux, et pour les délits punis des peines de vol, de l'escroquerie et de l'abus de confiance, ne peuvent être agréées au titre de l'article L441-1.

Article L443-4 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 12° JO du 18/01/02 + Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, Article 57)

Le bénéficiaire de l'agrément ou, le cas échéant, la personne morale employeur est tenu de souscrire un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en raison des dommages subis par les personnes accueillies et d'en justifier auprès du président du conseil général. De même, la personne accueillie est tenue de justifier d'un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en raison des dommages subis par les tiers et leurs biens. Le bénéficiaire de l'agrément a la qualité de tiers au sens de cet alinéa. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L443-5

Les rapports entre le bénéficiaire de l'agrément et la personne qui l'accueille ne sont pas régis par les articles 6 et 7 de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 tendant à favoriser l'investissement locatif, l'accession à la propriété de logements sociaux et le développement de l'offre foncière, même lorsque la personne accueillie a la qualité de locataire ou de sous-locataire.

Article L443-6 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 13° JO du 18/01/02)

Le couple ou la personne accueillant familial et, s'il y a lieu, son conjoint, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, ses ascendants ou descendants en ligne directe, ne peuvent profiter de dispositions entre vifs ou testamentaires en leur faveur par la ou les personnes qu'ils accueillent que dans les conditions fixées à l'article 909 du code civil. L'article 911 dudit code est applicable aux libéralités en cause.

Article L443-7 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 14° JO du 18/01/02)

Dans le cas où le bénéficiaire de l'agrément est tuteur de la personne qu'il accueille, le contrat prévu à l'article L442-1 est conclu par le subrogé tuteur ou, à défaut de subrogé tuteur, par un tuteur ad hoc nommé par le juge des tutelles. Le contrat doit être homologué par le conseil de famille ou, en

l'absence de conseil de famille, par le juge des tutelles. L'homologation du juge des tutelles est également requise si le juge a autorisé le majeur protégé à conclure lui-même le contrat avec son tuteur en application de l'article 501 du code civil ou lorsque le bénéficiaire de l'agrément est le curateur de la personne accueillie.

Article L443-8

Toute personne qui, sans avoir été agréée, accueille habituellement à son domicile, à titre onéreux, de manière temporaire ou permanente, à temps partiel ou à temps complet, une ou plusieurs personnes âgées ou handicapées adultes, est mise en demeure par le président du conseil général de régulariser sa situation dans le délai qu'il lui fixe.

Article L443-9 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 15° JO du 18/01/02)

Le fait d'accueillir à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes, sans avoir déferé à la mise en demeure prévue à l'article L443-8 ou après une décision de refus ou de retrait d'agrément, alors que cet hébergement est soumis aux conditions mentionnées aux articles L441-1 et L441-3, est puni des peines prévues par l'article L321-4. Dans ce cas le représentant de l'État dans le département met fin à l'accueil.

Code de l'action sociale et des familles

Partie réglementaire, articles R441-1 à R441-16

Accueillants familiaux et modalités d'agrément

Article R441-1 (Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Pour obtenir l'agrément mentionné à l'article L.441-1 du présent code, la personne ou le couple proposant un accueil à son domicile, à titre habituel et onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes doit :

- 1° Justifier de conditions d'accueil permettant d'assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies ;
- 2° S'engager à ce que l'accueil soit assuré de façon continue, en proposant notamment, dans le contrat mentionné à l'article L.442-1, des solutions de remplacement satisfaisantes pour les périodes durant lesquelles l'accueil viendrait à être interrompu ;
- 3° Disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement répondent aux normes fixées par l'article R.831-13 et par le premier alinéa de l'article R.831-13-1 du code de la sécurité sociale et soient compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap de ces personnes ;
- 4° S'engager à suivre une formation initiale et continue ;
- 5° Accepter qu'un suivi social et médico-social des personnes accueillies puisse être assuré, notamment au moyen de visites sur place.

Article R441-2 (Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

La demande d'agrément, établie sur un formulaire dont le contenu est fixé par le président du conseil général, doit préciser en particulier :

1° Le nombre maximum de personnes âgées ou handicapées que le demandeur souhaite accueillir, ainsi que, le cas échéant, la répartition entre ces deux catégories de personnes ;

2° Si l'accueil projeté est à temps partiel ou à temps complet.

Article R441-3 (Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

La demande est adressée au président du conseil général du département de résidence du demandeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette autorité dispose d'un délai de dix jours pour en accuser réception ou, si la demande est incomplète, pour indiquer, dans les conditions prévues par le décret du 6 juin 2001, les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande et fixer un délai pour la production de ces pièces.

Article R441-4 (décret n° 2010-927 du 3 août 2010 art.1 - JO du 7 août 2010)

La décision du président du conseil général est notifiée dans un délai de quatre mois à compter de la date d'accusé de réception du dossier complet. A défaut de notification d'une décision dans ce délai, l'agrément est réputé acquis (*disposition applicable aux dossiers complets de demande d'agrément déposés postérieurement au 7 août 2010*). Tout refus d'agrément doit être motivé.

Article R441-5 (Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

L'agrément est accordé pour une période de 5 ans.

La décision d'agrément mentionne le nombre, dans la limite de 3, de personnes pouvant être accueillies au domicile de la personne ou du couple, les modalités d'accueil prévues, ainsi que, le cas échéant, la répartition entre personnes âgées et handicapées.

Article R441-6 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Un délai minimum d'un an doit précéder toute nouvelle demande consécutive à une décision de refus ou de retrait d'agrément.

Article R441-7 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Dans l'année qui précède la date d'échéance de la décision d'agrément ou de renouvellement d'agrément, le président du conseil général indique, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'accueillant familial qu'il doit présenter une demande de renouvellement d'agrément quatre mois au moins avant ladite échéance s'il entend continuer à en bénéficier.

La demande de renouvellement de l'agrément est déposée et instruite dans les mêmes conditions que la demande initiale.

Le dossier est complété, lorsqu'il s'agit du premier renouvellement sollicité, par un document attestant que le demandeur a suivi la formation mentionnée à l'article L.441-1.

Article R441-8 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Pour réunir les éléments d'appréciation nécessaires à l'instruction des demandes d'agrément ou de renouvellement, le président du conseil général peut faire appel au concours de personnes morales de droit public ou de droit privé relevant des 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du présent code ayant conclu à cet effet une convention avec le département.

Les accueillants familiaux sont tenus de fournir aux services départementaux ainsi qu'aux institutions ou organismes qu'ils désignent à cet effet tous les renseignements qui leur sont demandés et sont en relation directe avec l'accomplissement de leurs missions.

Article R441-9 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Le délai mentionné au deuxième alinéa de l'article L.441-2 est de trois mois.

Article R441-10 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

En cas de changement de résidence à l'intérieur du département, l'accueillant familial doit notifier sa nouvelle adresse au président du conseil général par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, un mois au moins avant son emménagement.

Lorsque l'accueillant familial change de département de résidence, il notifie, dans les mêmes formes et délais, son adresse au président du conseil général de son nouveau département de résidence, en joignant une copie de la décision mentionnée à l'article R.441-5.

Le président du conseil général du département d'origine transmet, à la demande du président du conseil général du nouveau département de résidence de l'accueillant familial, le dossier visé à l'article R.441-2.

Section 2 : Commission consultative de retrait

Article R441-11 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Lorsque le président du conseil général envisage dans les conditions prévues à l'article L.441-2 de retirer un agrément ou d'y apporter une restriction, il saisit pour avis la commission consultative de retrait en lui indiquant le contenu de l'injonction préalable et les motifs de la décision envisagée.

L'accueillant familial concerné est informé un mois au moins avant la date de la réunion de la commission, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, des motifs de la décision envisagée à son encontre. Il est invité à présenter à la commission ses observations par écrit ou à en faire part lors de la réunion de la commission. Il peut se faire assister par un conseil de son choix.

La commission délibère hors de la présence de l'intéressé ou de la personne qui l'assiste.

Article R441-12 (Modifié par Décret n°2011-716 du 22 juin 2011 - art. 1 –

La commission consultative de retrait instituée par l'article L.441-2 comprend, en nombre égal, des membres représentant :

- 1° Des représentants du département ;
- 2° Des représentants des associations et organisations représentant les personnes âgées et des associations représentant les personnes handicapées et leurs familles ;
- 3° Des personnes qualifiées dans le domaine de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le président du conseil général fixe le nombre des membres de la commission dans la limite de neuf personnes. Il procède à leur désignation.

Article R441-13 (Modifié par Décret n°2011-716 du 22 juin 2011 - art. 2)

Le président du conseil général ou son représentant assure la présidence de la commission consultative de retrait.

Article R441-14 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Le mandat des membres de la commission consultative est fixé à trois ans renouvelables.
Chaque titulaire a, pour la durée de son mandat, un suppléant, désigné dans les mêmes conditions.

Article R441-15 (inséré par Décret n° 2004-1538 du 30 décembre 2004 art. 1 JO du 1er janvier 2005)

Les membres de la commission consultative sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées par le code pénal.

Article R441-16 (inséré par Décret n° 2010-927 du 3 août 2010 art. 2, JO du 7 août 2010)

La décision du président du conseil général est notifiée dans un délai de quatre mois à compter de la date d'accusé de réception du dossier complet de demande de l'accord mentionné à l'article L444-1 du présent code. A défaut de notification d'une décision dans ce délai, l'accord est réputé acquis. Tout refus d'accord doit être motivé.

Maltraitance des personnes âgées – Apprendre à la reconnaître pour la combattre

L'engagement du réseau Alma – Reportage réalisé en Seine Maritime par AGEVILLAGE le

"Des yeux pour voir des oreilles pour entendre" ... et beaucoup de persévérance

28/02/20

Alma –Allo Maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées, créée en 1995 par le Pr. Robert Hugonot (décédé en 2010) compte une soixantaine de centres (ou antennes) dans les départements. Une progression rapide dans les premières années, plus mesurée ensuite en raison de la difficulté pour certains départements plus petits de s'organiser pour lutter efficacement contre ce phénomène, de moins en moins nié aujourd'hui.

Pierre Delaunay, Président du Centre Alma de Seine Maritime (Rouen) et Secrétaire d'Alma France (Fédération) incarne l'engagement des bénévoles qui œuvrent dans l'ombre et inlassablement pour protéger ces personnes vulnérables, en situation de handicap, pour beaucoup lié à l'âge. « La société n'a pas encore pris toute la mesure de l'importance de ce phénomène ancien mais trop récemment révélé » affirme-t-il appelant de ces vœux davantage de moyens, de compétences humaines, notamment pour faire de la prévention par une sensibilisation sans relâche auprès de tout l'entourage de ces personnes à commencer par les médecins. Sur le terrain, après les signalements téléphoniques reçus via le 3977 ou en direct, le centre Alma de Seine Maritime suit les dossiers qu'il ouvre. 700 depuis sa création en 2002 dont près de 400 au cours des seules trois dernières années. Lors d'une rencontre ce 21 février 2012, Pierre Delaunay a fait partager ce qui l'anime et ses convictions, ses projets à la rédaction d'Agevillage.

Maltraitance. Définition. « Tout acte, ou omission qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien être général d'une personne vulnérable." C'est ainsi que le Conseil de l'Europe a défini en 1987 cette problématique dont des signalements émergeaient en provenance du corps médical depuis une dizaine d'années. Dans une note de 2011, l'OMS estime entre 4 et 6% le pourcentage de personnes âgées des « pays à revenu élevé » victimes d'une forme ou d'une autre de maltraitance.

Alma pour une action de proximité. La volonté du père fondateur. Le Pr. Hugonot. Médecin gériatologue, co-fondateur du Centre pluridisciplinaire de gérontologie de Grenoble a été invité à présider Au sein du Conseil de l'Europe, le groupe chargé d'étudier les violences contre les personnes âgées. Pour lutter contre ce phénomène alors tabou et invisible mais en cours de développement tant en famille qu'en institution mais dont les victimes se plaignent encore difficilement et rarement d'elles-mêmes, il a décidé de créer un réseau national d'écoute pour permettre par une action de proximité d'étudier et de résoudre les problèmes.

Formes de maltraitance : du concept à la réalité. Les indicateurs pour la reconnaître. Issues des travaux du Pr. Hugonot 7 formes de maltraitance sont également distinguées par le Conseil de l'Europe : maltraitance physique ; maltraitance psychique ou morale, maltraitance médicale ou médicamenteuse ; maltraitance matérielle ou financière ; négligences actives ; négligences passives ; privation des droits. Ce sont aujourd'hui aussi les situations qu'identifient les écoutants tant au n° d'appel national 3977 que les écoutants bénévoles des antennes Alma. On distingue cependant confirme Pierre Delaunay une forme « principale » signalée qui peut cacher une forme secondaire (exemple un cas de maltraitance psychologique, cache une maltraitance financière.

Dispositif national et action de proximité. Complémentarité. Le dispositif national en vigueur associe, par convention, précise Pierre Delaunay, les missions de l'association Habeo (avec le n° national 3977) et celle d'Alma France. D'une part, le 3977 permet l'écoute, l'orientation et l'analyse des signalements qui lui parviennent ; d'autre part Alma France fédère un réseau national d'écoute de proximité, d'analyse, de conseil, d'orientation, de traitement, et de suivi des cas qui lui sont signalés. « Un bon tiers des signalements de Seine Maritime continue de provenir en direct de notre n° local indique Pierre Delaunay qui reste convaincu de la vertu du lien de proximité. « Les gens appellent parce qu'ils nous connaissent. » Par ailleurs, « nous sommes dépositaire exclusifs des appels parvenus au 3977 qui concerne le département » précise -t-il et "c'est en principe le cas partout ou existe un centre Alma". Mais au-delà des appels la mission du centre est bien de traiter et d'assurer le suivi des problèmes signalés. Compte tenu de la complexité des situations, une action de proximité difficile, de longue haleine, un travail de fourmi qui nécessite beaucoup de délicatesse pour ne pas risquer de nuire davantage aux personnes victimes.

L'éthique Alma. Le centre Alma de Seine Maritime comme tous les autres, dans le respect des lois, règlements et chartes en vigueur s'attache à tenir les engagements suivants : 1. Ecoute de qualité./ 2. Respect de la vie privée et la dignité de toute personne. / 3. Accès adapté à l'information dans le respect de la confidentialité./ 4. Réflexion interdisciplinaire avant toute action./ 5. Transmission du cas à Alma France en cas de suspicion de conflit d'intérêt. 6. Utilisation concertée des informations dans l'intérêt de toute personne maltraitée. / 7. Action adaptée à la situation signalée./ 8. Attitude impartiale de tout intervenant. En conséquence, précise Pierre Delaunay « Alma s'interdit de qualifier son action à partir de considérations d'ordre religieux, ethnique, syndical ou politique. Nos services d'écoute, d'orientation de conseil, voire de médiation, sont proposés à titre gratuit et en aucun cas nous ne nous substituons à un service administratif, social, médical ou juridique ».

Organisation. "Insuffisance de moyens humains". Le fonctionnement repose sur quatre piliers. Les écoutants. Les référents. Le comité technique de pilotage. L'administrateur, membres de l'association adhérents élus au Conseil d'administration, bureau. Le centre de Seine Maritime compte 7 écoutants bénévoles qui se relaient deux par deux. Les appels sont accueillis le jeudi de 9h à 12 h. Les centres des départements voisins de Haute Normandie, le Calvados et l'Eure, accueillent aussi les appels à raison de 3 heures par semaine. L'écoute à deux permet une meilleure objectivité et de « confronter les perceptions » précise Pierre Delaunay qui indique également que l'antenne ne bénéficie en terme de « salariés » que des compétences d'une coordinatrice à temps partiel en emploi aidé. Les référents sont les professionnels de l'action sociale et médico-sociale mais aussi psychologue, juriste, avocat, police, ... Consultés en fonction de leurs compétences spécifiques ils peuvent fournir des pistes pour agir avec pertinence dans le traitement du dossier. La multidisciplinarité dans l'action est un des principes conducteur d'Alma. Disposer de référents, c'est le fonctionnement optimal souhaité mais la réalité du terrain est autre précise Pierre Delaunay qui déplore manquer de compétences bénévoles et ne disposer actuellement que d'une assistante sociale, un juriste et un cadre soignant. Le comité technique de pilotage (CTP) doit être constitué de représentants, cadres des institutions et réseaux, conseil général, hôpitaux, CCAS, URIOPSS... Les membres de ce comité régulièrement convoqués aux réunions « ne viennent pas » s'attriste Pierre Delaunay qui s'attache à y rassembler les institutionnels mais aussi les associations de gérance de tutelle, d'aide aux victimes, d'aide domicile en ville et en milieu rural, de famille d'accueil, et d'aide (SOS amitié, aînés ruraux, petits frères des Pauvres, France Alzheimer, France Parkinson). Un large périmètre pour une lourde tâche à l'heure même où le Président de l'antenne Alma de Seine Maritime déplore fortement, à juste titre de n'avoir pas été convié à intervenir lors des « Journées de l'autonomie » que le Conseil général organisait précisément, ces 20 & 21 février.

La montée des abus de faiblesse parmi les cas signalés. Action et suivi. Pierre Delaunay confirme qu'aucune action ou disposition ne peut être prise sans l'accord de la victime. Il importe, notamment dans le cas de maltraitance psychologique, de ne pas rompre l'équilibre existant, même précaire, afin de ne pas risquer de nuire davantage à la personne ou même risquer de l'inquiéter

davantage. L'OMS souligne que des visites à domicile effectués par les services sociaux et/ou de police peuvent avoir des conséquences négatives et entraîner une augmentation de la maltraitance. Le domicile continue de représenter 80% des cas de maltraitance signalés (compte tenu de l'importance de la population âgée vivant à domicile au regard de celle vivant en maison de retraite). Les maltraitements psychologiques s'y partagent le devant de la scène avec les maltraitements financiers ; et les abus de faiblesses, notamment, préoccupent Pierre Delaunay. Ce type de maltraitance est de plus en plus fréquent insiste-t-il, expliquant l'énergie qu'il convient, dans ces cas, de déployer pour avancer. Un dossier peut être ouvert sur plusieurs années. Un temps bien incompatible explique-t-il avec « la périodicité annuelle exigée de nous par la Direction générale de la cohésion sociale en terme d'obligation de résultats ! » Dans le cas d'abus de faiblesse il faut parvenir à ce qu'il y ait dépôt de plainte. « Si la victime n'est pas en mesure de le faire, ou ne le veut, nous conseillons d'écrire au procureur. Mais si le courrier n'est pas suffisamment argumenté, renseigné, l'affaire sera classée. » Il s'agit donc d'un travail de fourmi, fait en général par un travailleur social. « Nous sommes bien soutenus, en l'occurrence, dans cette tâche par les Clic de la région » précise Pierre Delaunay. Les investigations se font auprès des proches, des entreprises soupçonnées, de la commission des fraudes, des aides à domicile, du médecin mais ce dernier très souvent ne souhaitant pas intervenir préfère garder les yeux fermés.

Prévention. Sensibilisation. Formation. La voie du salut ! L'action en aval d'un signalement, d'une plainte consiste tout d'abord à détecter le type de maltraitance. Mais en amont il 'agit d'avoir « des yeux pour voir, des oreilles pour entendre », de porter attention à autrui pour être en mesure de repérer les facteurs de risques. Il peuvent être liés à la personne victime vulnérable (état de santé, « dépendance », troubles du comportement, ...), à l'auteur (fragilité psychologique, surcharge morale et affective, addiction, troubles sociaux ou affectifs), à l'environnement (cohabitation dans un logement inadapté, violence intrafamiliale, violence sociétale), au personnel soignant ou aidant (manque de formation, d'échanges, surcharge ...). L'auteur de maltraitance est un personnage bien banal et l'amour ne suffit pas pour préserver d'être mal traitant affirmait Michèle Myslinski lors d'une conférence organisée par Alma en juin 2010. Et, si la sanction apparaît la seule voie évidente dans les cas d'abus de faiblesse, de réelle malveillance, elle est loin d'être adaptée et/ou facilement applicable voire souhaitable dans bon nombre d'autre cas. Le droit d'ailleurs n'est pas toujours « aidant » en la matière. Pour ce qui concerne le corps médical, notamment, puisque selon le code pénal le secret professionnel fait que l'on est passible de poursuite que l'on signale ou pas, rappelle Pierre Delaunay confirmant ainsi l'exposé Pr. Veron, juriste-pénaliste à la Faculté de Droit Paris XIII qui démontre que la maltraitance est quelque chose de sous jacent à des actes d'une extrême diversité qui recouvre presque la totalité du code pénal.

« Intégrer le phénomène, créer des réseaux, pour sensibiliser, faire de l'éducation populaire pour se préparer au choc des générations, promouvoir l' 'intergénéralité' au sein des villes, comme le fait Rouen, préparer les populations à vivre entre générations ». C'est ce à quoi s'attèle le Président d'Alma Seine Maritime qui appelle de ses vœux le détachement de compétences humaines pour développer des projets qui lui tiennent à cœur : des travaux universitaires mettant le phénomène en perspective et permettant l'évaluation des dispositifs en place, un observatoire des violences... « La société n'a pas pris la mesure de l'importance de ce phénomène » conclut-il. « Le dispositif en place est probablement efficace mais nous manquons de moyens. Des personnes ressources mises à disposition périodiquement pour quelques heures pourraient nous permettre d'avancer plus efficacement en matière d'action sociale, de statistiques, de communication, de connaissances sociologiques en échange nous leur offrons notre culture et connaissance de la problématique et des situations ». Campagnes de sensibilisation tout public pour mieux prévenir, actions de formation auprès des personnels soignant pour les aider à mieux comprendre les personnes vulnérables, c'est aussi ce que suggère l'OMS et le sens de son action dans ce domaine.



Accueil > Actualités - Marseille

"La maltraitance des personnes âgées tue plus que la canicule"

54 contributions

Publié le mardi 26 mai 2009 à 10H59

J'aime 33

Envoyer

Tweeter 1

0

Entretien avec le professeur Jacques Soubeyrand, gériatre à l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille, co-auteur d'"On tue les vieux" et "Douze gériatres en colère".

Irrespect, gestes brusques, malveillance financière, 5% des personnes âgées seraient soumises à de mauvais traitements. Mais des associations et des soignants développent aussi de nouvelles approches adaptées au grand âge.

Entretien avec le professeur Jacques Soubeyrand, gériatre à l'hôpital Sainte-Marguerite de Marseille et co-auteur de deux livres sur la maltraitance des personnes âgées, "On tue les vieux" (Fayard, 2003) et "Douze gériatres en colère" (Fayard, 2009).

- Quel est le niveau de maltraitance des personnes âgées en France ?

Jacques Soubeyrand : Contrairement aux pays anglo-saxons, il n'y a pas d'enquête nationale en France sur le sujet, seulement une enquête départementale en 2000 à Lille ! Pourtant, il existe une vraie maltraitance des personnes âgées dans notre pays. À l'hôpital, j'en vois arriver dans des états inacceptables, avec des escarres gigantesques.

- Ce n'est donc pas seulement des violences physiques ?

J.S. : Il y a cette macro-maltraitance, des coups et des agressions majeures, physiques et psychologiques. Mais il y a surtout la micro-maltraitance, des actes qui, pris isolément, ont l'air anodins, comme la perte d'une prothèse dentaire non remplacée, des troubles non traités de la déglutition, des repas servis froids ou sans aide à des personnes qui ne sont plus autonomes. Mais cumulés, ces actes peuvent constituer une maltraitance grave pouvant conduire jusqu'à la mort. Cette maltraitance-là est beaucoup plus mortelle que la canicule de 2003.

- Pourquoi de tels cas ?

J.S. : Ces cas de maltraitance peuvent se produire au sein de la famille comme dans les maisons de retraite. La maltraitance peut être financière : on maltraite dans le but de spolier la personne âgée qui a un capital. La personne âgée qui ne veut pas quitter son domicile peut aussi devenir un objet encombrant pour la famille : on touche là au concept terrible de la non-personne. Il y a des causes plus basiques, particulièrement le manque de personnel qualifié, capable de s'occuper correctement des personnes âgées. La gériatrie n'est pas attractive, comparée à d'autres spécialités médicales plus rentables. On a de moins en moins de gériatres alors qu'on va avoir de plus en plus besoin d'eux, du fait du vieillissement de la population.

- Quelles solutions préconisez-vous ?

J.S. : Il faut d'abord dissuader. Aux États-Unis, la non prise en charge correcte des personnes âgées est un délit. Pourquoi pas en France ? Et que la Ddass ne prévienne pas trois jours avant, quand elle fait une inspection d'établissement.

- Et en prévention ?

J.S. : L'objectif est de mettre en place une culture gériatrique. Ce combat demande une pression permanente, des associations et des médias. Enseignons à l'école ce qu'est la vraie vie, disons aux enfants que le vieillissement est inéluctable, ne nions pas notre condition de mortel. Développons l'intergénérationnel, mélangeons vieux et jeunes, les uns apportant leur sagesse et les autres leur vitalité. Je l'ai fait dans mon service avec succès. Que les maisons de retraite et les institutions médicalisées constituent de vraies équipes professionnelles pour assurer la meilleure prise en charge possible. Structurons le réseau d'aide à domicile. Enfin, tenons des états généraux du vieillissement, desquels pourrait sortir une charte des droits de la personne âgée.

- La tâche est immense...

J.S. : C'est un travail à long terme mais j'ai très bon espoir. Il faut s'inspirer de la petite fille qui remet à l'eau quelques étoiles de mer échouées sur la plage, alors qu'il en reste des milliers d'autres sur le sable. Au moins celles qui sont sauvées s'en apercevront... Donnons aux personnes âgées tout le respect et toute la place qu'elles méritent dans notre société.

Accueil > Marne - Région - Faits Divers - Saint-Masmes

Une famille d'accueil se dit victime de machination

Publié le vendredi 24 août 2012 à 09H48 - Vu 626 fois

Partager 7 contributions

SAINT-MASMES (Marne). Accusée de maltraitance sur personnes âgées, une Marnaise a perdu l'agrément d'accueil qu'elle détenait depuis 1990. Des faits qu'elle conteste devant la justice.

CHRISTIANE PELLERIN est sous le choc. Aujourd'hui en dépression. Elle avait fait de l'accueil des personnes âgées et handicapées, sa vie. Jour et nuit, depuis 1990, sans prendre un seul jour de vacances, elle avait transformé son pavillon de Saint-Masmes en maison d'accueil. Elle avait d'ailleurs un agrément pour 2 personnes âgées délivré par le conseil général de la Marne. L'hôpital Bélaïr de Charleville-Mézières lui envoyait également des adultes handicapés.

Christiane avait ainsi à temps plein, pour quelques jours ou plusieurs mois, trois pensionnaires en convalescence. « Je faisais leurs soins, en fait tout ce qu'ils ne pouvaient plus faire... Je me promenais avec eux... En 20 ans, j'ai accueilli un minimum de 50 pensionnaires. J'ai eu trois centenaires. J'ai même gardé une dame pendant 11 ans, alors qu'elle n'en avait plus que pour une semaine... Et puis, tout s'est écroulé ».

« Vous vous taisez »

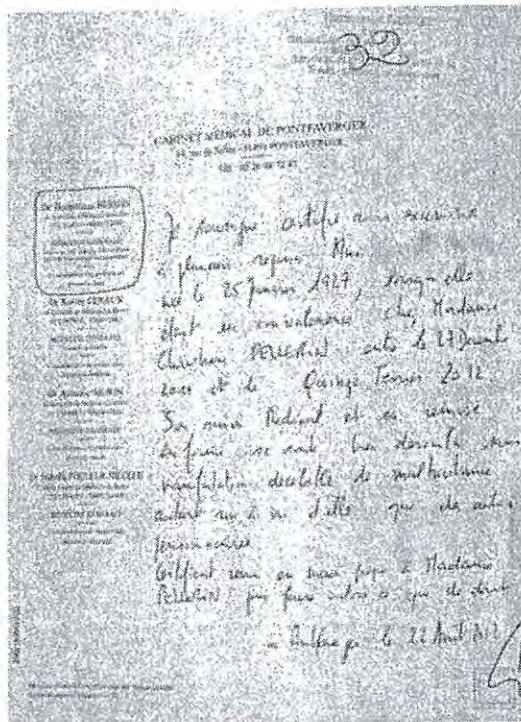
Son monde a chaviré le 5 juillet dernier lorsqu'une estafette de gendarmes a débarqué dans sa cour.

« Il devait être 18 h 30. On regardait « Questions pour un champion » à la télé, quand j'ai entendu frapper à la porte. J'ai dit « entrez », mais comme personne ne venait je suis allée ouvrir. Là, je me suis trouvée nez à nez avec deux gendarmes et deux aides sociales du conseil général. Ils m'ont dit « Vous vous taisez. Vous nous laissez faire ». Ils ont fait sortir les trois pensionnaires et m'ont dit que j'allais recevoir une lettre recommandée

m'indiquant que mon agrément de famille d'accueil était suspendu pour suspicion de maltraitance... Je suis devenue blanche. J'ai eu un malaise. Là, la dame âgée dont je m'occupe s'est accrochée à sa chaise. Elle pleurait. Elle m'appelait « Christiane, Christiane, je ne veux pas partir... ». Je n'ai rien compris... Pour moi, c'est une machination ». Sans autre explication, sans ménagement aucun, les trois pensionnaires ont été arrachés à leur foyer d'accueil pour être répartis dans d'autres structures de la région. Christiane Pellerin s'est retrouvée seule sur le palier de sa porte... Anéantie.

« Non seulement, elle n'a eu aucune explication, mais elle n'a reçu la lettre du conseil général que 10 jours après, soit le 17 juillet ! C'est ce qu'on appelle une « voie de fait » et sur ce point, nous n'allons pas en rester là ». Indigné par le fond et la forme de l'affaire, Me Ludot, son avocat, a saisi en référé le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne afin de faire suspendre l'annulation de son agrément. Au cours de l'audience en référé qui s'est tenue hier matin, il a fustigé les méthodes du conseil général, dénonçant une « affaire traitée par dessus la jambe ».

Caroline GARNIER





Agence Nationale
d'Accréditation et
d'Évaluation en Santé

**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

OCTOBRE 2000

Service évaluation en établissements de santé

DONNÉES CONCERNANT LA CONTENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

I. MOTIFS DE CONTENTION

L'analyse de la littérature révèle que la crainte de chute chez la personne âgée représente le premier motif d'utilisation de contention. Cette pratique, qui devient une habitude, perdure car la plupart des soignants pensent que réduire la contention reviendrait à faire prendre des risques excessifs aux personnes âgées. Les troubles comportementaux tels que l'agitation et la déambulation correspondent aux autres motifs les plus souvent cités (8, 9). Il est important de souligner qu'il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées pour ces motifs qui ne sont pas de véritables indications médicales, à proprement parler.

Par exemple pour le risque de chute, Tinetti en 1992 (10), dans une étude prospective sur un an, comportant 397 sujets âgés en maison de retraite, a montré qu'à âge égal et déficit égal (altération cognitive, comportement de déambulation, déficit sensoriel, pathologie rhumatologique ou neurologique, divers traitements, antécédents de chutes...) les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets soumis à contention (17 % *versus* 5 %) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention. Des résultats proches sont apportés par l'étude de Capezuti (1996) (11) conduite auprès des personnes âgées en maison de retraite. La comparaison entre 119 sujets ayant bénéficié de contention avec 203 sujets jamais attachés indique que les contentions non seulement ne diminuent pas le risque de chutes graves, mais l'augmentent, surtout chez les personnes confuses.

Les principales caractéristiques des personnes contenues sont outre l'âge, la désorientation, le risque de chute, et la dépendance fonctionnelle (5, 8, 9, 12). Par ailleurs, il apparaît que la pratique de la contention est rarement formalisée par une procédure validée au niveau de l'établissement. La décision de contention se fonde plus sur une impression de la présence d'un risque que sur une évaluation précise de ce risque. Cette perception est certainement confortée par le sentiment que l'absence de contention ferait courir un risque médico-légal au soignant. Prouver et convaincre que la réduction des contentions ne s'accompagne pas d'une majoration des chutes et des blessures est donc fondamental pour changer les représentations et les pratiques dans ce domaine (13).

II. BILAN DES PRATIQUES

La prévalence des contentions est estimée entre 7,4 et 17 % dans les services hospitaliers de court séjour (14). Les sujets âgés ont 3 fois plus de risques d'être attachés durant leur séjour à l'hôpital que les plus jeunes (12, 15, 16). Chez les personnes de plus de 65 ans, ces chiffres atteignent 18 à 22 % (15). En établissement de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 19 à 84,6 %.

III. DANGERS DE LA CONTENTION

Il est intéressant de noter d'emblée qu'aucune publication française n'a été retrouvée concernant l'épidémiologie des complications de la contention physique. Il y a près d'un quart de siècle, il était déjà fait mention du caractère nocif des contentions physiques (17).

III.1. Morbidité

L'utilisation de moyens de contention est grevée de nombreux risques rapportés dans la littérature. Ainsi, parmi 102 patients âgés hospitalisés, l'usage d'une contention au-delà de 4 jours s'accompagne d'infections nosocomiales chez 12 % des patients (RR = 1,8 – CI 1,2 – 2,8) et d'apparition d'escarres chez 22 % (RR = 1,4 – CI 1,1 – 1,8). Toutefois, cette étude ne comporte pas de groupe témoin (12).

Si certaines de ces complications sont rapportées de façon ponctuelle, d'autres ont vu leur fréquence plus précisément évaluée. Ainsi, le nombre de chutes graves (responsables d'une fracture, d'une blessure, nécessitant le recours à un médecin, ou entraînant un repos au lit de plus de 2 jours) augmente chez les patients attachés (17 % *versus* 5 %) et l'existence d'une contention est un facteur de risque en soi de survenue de chutes graves (10).

Schleenbaker, en service de rééducation, observe 25 % de chutes chez des sujets « contenus » et seulement 10,1 % en l'absence de contention (18). Toujours en unité de rééducation, les patients « chuteurs » ont plus souvent été attachés lors de leur hospitalisation en service aigu *versus* les patients « non chuteurs », 61 % *versus* 22 % (19). En établissement d'hébergement pour sujets âgés, le risque de chute grave, selon la définition de cet auteur (responsable d'un hématome, de troubles de conscience, de fracture, d'une hospitalisation, du décès), n'augmente pas après réduction de l'utilisation de la contention physique. Toutefois, il semble que la fréquence de chutes sans conséquence grave, telles que définies ci-dessus, s'élève significativement après suppression des contentions (1,87 % des résidents/semaine *versus* 3,01 %) (20).

Cette donnée est contredite par Capezuti, qui observe un taux de chutes de 5,6/1 000 patients – jour dans une maison de retraite « contrôle » *versus* 2,3/1 000 patients – jour dans un établissement ayant mis en œuvre un programme de réduction des contentions (21).

Les complications suivantes sont également rapportées :

- apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation (9) ;
- syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinence sphinctérienne, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit...) (12, 17) ;
- perte d'autonomie et augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité (15, 22).

Parmi 24 résidents âgés (âge moyen supérieur à 85 ans) d'une unité de long séjour, une étude d'observation retrouve ainsi un niveau d'agitation plus important durant la période de contention et dans l'heure qui suit qu'en dehors de toute contention (23).

Selon Robbins, dans une unité de court séjour, les patients attachés et les patients non attachés ont respectivement une durée moyenne de séjour de 20 et 8 jours et une mortalité de 24 % contre 3 % ($p < 0,001$) (16).

De plus, la perte de masse osseuse qui résulte à la fois de la réduction des forces d'appui et de la diminution de l'activité physique contribue à accroître le risque de chute grave. Une immobilisation d'une semaine pourrait ainsi faire perdre jusqu'à 10 % de la force musculaire (24).

Concernant les barrières de lit, bien plus rarement prises en compte, le risque de blessure grave suite à une chute du lit est plus important en cas de leur utilisation comme moyen de contention. Ainsi, dans une petite série, 88 % des patients ayant chuté, en tentant de se lever du lit, avaient des barrières en place (25).

III.2. Mortalité

Des décès par strangulation, par asphyxie ou résultant de traumatismes liés à la contention sont rapportés. L'exemple de patients étranglés par le matériel de contention alors qu'ils avaient glissé entre la barrière du lit et le matelas en tentant de descendre du lit est souvent rapporté (26). Malgré le manque de données épidémiologiques précises, ces événements sont estimés responsables de 1/1 000 décès en institution pour personnes âgées (27). Parmi ces décès dus aux contentions physiques, 78 % des personnes décédées ont plus de 70 ans. 85 % des décès surviennent en institution pour personnes âgées invalides, 58 % lors du maintien au fauteuil, 42 % lors de la contention au lit (27).

III.3. Vécu des soignants

Si les conséquences de la contention physique concernent d'abord la personne « contenue », certains auteurs rapportent un ressenti pénible des équipes de soins (28). Strumpf & Evans, analysant le vécu des infirmières concernant l'utilisation de contentions physiques chez des sujets âgés en secteur aigu, rapportent que celles-ci concilient difficilement la contention avec le respect de l'autonomie et de la dignité de ces patients (29). Pour autant et en cas d'absence de contention concernant notamment les personnes âgées agitées, il est utile de rappeler que la présence constante et la répétition d'actes thérapeutiques (remise en place de sondes, de perfusion..) peuvent être vécues par les infirmières comme un véritable harcèlement et générer un sentiment de culpabilité.

Par ailleurs, il apparaît que la charge en soins nécessités par les patients « contenus » est plus importante que celle générée par les « non contenus » (30). DiFabio, chez 15 infirmières d'un secteur de soins aigus psychiatriques, et ayant été confrontées à la prise en charge de patients attachés, révèle que la plupart d'entre elles se plaignent d'anxiété, de frustration et d'un sentiment de culpabilité (28).

Paradoxalement, l'utilisation de la contention ne semble pas générer un sentiment de sécurité pour les infirmières alors que c'est le motif premier.

RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE CONTENTION

Les recommandations qui suivent sont issues de l'examen de la littérature scientifique sur ce thème, des recommandations existantes (31) et de l'expérience des membres du groupe de travail. Il faut souligner la très grande convergence des avis pour apporter le maximum de sécurité à cette pratique. Ces recommandations ont été exprimées sous forme de 10 critères de pratique pour permettre la réalisation d'audits cliniques.

Le recours à la contention physique pour un sujet âgé présentant un comportement à risque est une intervention de soin qui implique :

- la connaissance des risques liés à l'immobilisation ;
- une évaluation régulière des besoins et des risques ;
- un programme de soins et de surveillance individualisé (32).

Cette pratique repose sur le principe de travail en équipe multidisciplinaire. Comme tout processus de soins à risque, la contention physique répond à un certain nombre d'impératifs pour en limiter les dangers et les conséquences et y avoir recours le moins possible, le mieux possible, le moins longtemps possible. Une prescription médicale motivée, l'information du patient et de ses proches, une surveillance et une évaluation fréquentes de la sécurité du patient et de l'efficacité de cette mesure sont à réaliser. Idéalement, il s'agit de rechercher et mettre en œuvre la méthode la moins restrictive afin de conserver ou d'améliorer l'état fonctionnel du sujet âgé (2).

I. DÉCISION DE CONTENTION

La revue de la littérature ne révèle ni indications ni contre-indications absolues à l'utilisation des contentions. En revanche, il convient de garder à l'esprit que ces moyens ne devront être utilisés que lors de l'échec des autres alternatives mises en œuvre (33, 34) et toujours dans un souci de maintien ou d'amélioration de l'état fonctionnel du patient (2). Certains auteurs précisent qu'en aucun cas la contention ne doit être utilisée pour pallier un manque d'effectif du personnel, par convenance de l'équipe soignante ou d'un soignant ou encore par mesure disciplinaire ou punitive (3, 7, 35, 36).

La décision d'immobiliser au lit ou au fauteuil un sujet âgé est une décision médicale, éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante (7, 32, 37).

Elle ne peut être prise qu'après une évaluation des risques de chute, de déambulation excessive ou d'agitation souvent dus à des états démentiels, des pathologies cérébrales, tumorales ou vasculaires. Les points suivants devront, en particulier, faire l'objet d'un examen attentif car ils représentent soit une cause sur laquelle il est possible d'agir, permettant ainsi d'éviter la contention, soit un facteur de vulnérabilité augmentant les dangers de la contention et d'évolution vers un état grabataire (7, 37, 38).

Les causes possibles :

- le traitement médicamenteux (diurétiques, hypnotiques, antihypertenseurs) ;
- la pathologie cardio-vasculaire ;
- l'hypotension orthostatique ;
- le déficit sensoriel ;
- le chaussage et les vêtements inappropriés.

Les facteurs de vulnérabilité :

- l'âge avancé (> 75 ans) ;
- les antécédents de chute ;
- l'incontinence urinaire et la nycturie ;
- l'autonomie et la mobilité réduites ;
- l'altération de l'état cognitif et du jugement (désorientation, confusion) ;
- la faiblesse musculaire ;
- l'état nutritionnel.

Pour chaque risque, les causes devront être identifiées et traitées dans la mesure où elles peuvent être corrigées. Par exemple, l'hypotension est une cause de chute pour laquelle des mesures de correction peuvent être mises en place.

C'est seulement en cas d'échec des alternatives à la contention et devant la persistance du comportement à risque que la contention peut être décidée.

Ainsi pour chaque patient, le rapport bénéfice/risque de la contention est évalué, des motivations sont clairement posées et inscrites dans le dossier du patient, un programme individualisé de surveillance et de prévention des risques liés à la contention est établi.

II. INFORMATION DU SUJET ÂGÉ ET DE SES PROCHES

Trop souvent encore, l'information n'est que partielle ou tardive. Le patient et ses proches devront être informés de la nécessité de contention (39) pour que la décision soit prise avec leur consentement. Concrètement, les raisons et les buts de la contention, les moyens ou matériels utilisés, la durée prévisible de la contention ainsi que la surveillance sont expliqués. La compréhension du patient et de ses proches des raisons médicales qui amènent une équipe soignante à priver momentanément une personne âgée de ses possibilités de mobilisation volontaire est recherchée durant toute la durée de la contention par l'équipe soignante (31). Ces explications sont réitérées autant que de besoin, tant auprès de la personne âgée que de ses proches. La participation des proches est sollicitée (38, 40). Il convient également de noter l'importance d'expliquer aux familles les raisons et buts poursuivis qui amènent une équipe à ne pas attacher une personne âgée, car dans bien des cas, la famille ou l'entourage sont en faveur de la mise en place d'une contention (41). Leur présence à certains moments de la journée peut en effet permettre de limiter la durée et les risques de la contention et d'améliorer ainsi le confort de vie de la personne âgée durant cette étape de la prise en charge (32).

III. PRESCRIPTION MÉDICALE, CONTENU ET DURÉE DE VALIDITÉ

La pratique actuelle montre que ce sont les infirmières qui initient le plus souvent la contention d'un sujet âgé. Pourtant, tous les auteurs et experts consultés reconnaissent, compte tenu des risques à gérer, la nécessité d'un jugement clinique et d'une prescription médicale **motivée**. Ils précisent, comme pour l'étape « décision de la contention », qu'une collaboration étroite entre médecins et équipe soignante permet de concevoir un traitement dans ces différentes dimensions, en associant toutes les compétences d'une équipe multiprofessionnelle (4).

— *La prescription médicale*

Comme toute prescription médicale, elle doit être écrite, horodatée et permettre l'identification du prescripteur (38, 42). Les motifs de la contention, sa durée prévisible, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention sont

détaillés dans la prescription médicale. En l'absence d'un médecin et dans les cas d'urgence, cette prescription peut être faite *a posteriori* et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin.

— *La durée de validité de la prescription médicale*

La plupart des auteurs proposent une validité de la prescription limitée à 24 heures. Au-delà desquelles une évaluation de l'état clinique du sujet âgé et de l'efficacité de la contention est à entreprendre. Cette évaluation permet de vérifier le caractère approprié de cette mesure et donc de limiter les risques (3).

IV. MISE EN ŒUVRE DE LA CONTENTION

IV.1. Programmation des soins et prévention des risques

— *Le choix du matériel*

Il convient de rechercher les conditions et les moyens spécifiques les moins restrictifs et les plus adaptés au patient pour la durée de la contention (39). Une certaine liberté de mouvement doit être recherchée (2, 43).

Le choix du matériel est à faire au cas par cas. Son utilisation doit respecter les consignes du fabricant. Il doit être en bon état, adapté à la taille du sujet, garantir son confort et sa sécurité. Le recours à tout moyen ou matériel détourné de son usage, notamment les draps de lit ou vêtements, doit être absolument évité compte tenu des risques qu'ils présentent. Le matériel de contention doit être installé par des professionnels particulièrement sensibilisés à leurs risques et formés à leur utilisation.

De nombreux auteurs ont identifié les risques liés aux barrières de lit pour limiter les chutes. Ils précisent que le risque de blessure grave suite à une chute du lit est plus élevé en cas d'utilisation de barrières de lit comme moyen de contention qu'en l'absence de barrières de lit. La présence de barrières de lit augmente également la propension du sujet âgé à rester alité et donc le risque de chute quand le sujet essaie de quitter son lit. Bien que rarement repéré comme un moyen de contention et compte tenu des conséquences graves qu'elle peut entraîner, l'utilisation des barrières de lit renvoie aux mêmes impératifs et précautions d'usage que tout autre moyen de contention (44, 47).

Pour les sujets présentant des troubles digestifs à type de nausées, de vomissements et encore de troubles de la déglutition, il convient si le patient est maintenu en position allongé de surélever la tête du lit.

Les moyens de contention utilisés au lit peuvent être à l'origine d'une compression axillaire s'ils sont attachés à la tête du lit ; il est donc souhaitable, dans la mesure du possible, d'éviter cette position.

— *La surveillance*

Il est important qu'une surveillance écrite et programmée à intervalles réguliers soit réalisée (39, 43).

Les modalités de surveillance sont établies au regard des risques à gérer liés à la contention, des besoins et des risques spécifiques liés à l'état de santé du sujet âgé. Cette surveillance intègre les dimensions physique, psychologique et environnementale.

— *Les paramètres physiques*

Les auteurs insistent tous sur l'importance d'effectuer un contrôle au moins toutes les heures de l'existence ou non de symptômes concernant :

- la fonction respiratoire ;
- l'état cutané au niveau des points d'attaches et des points d'appui (48) ;
- l'hydratation ;
- la continence (40, 43).

Certains auteurs recommandent le choix d'une tenue vestimentaire ne présentant pas de risque d'inconfort et de compression et rappellent que la personne âgée doit être détachée aussi souvent que possible (au moins toutes les deux heures) afin de maintenir son état fonctionnel (2, 39, 48, 49).

Lorsque l'état de santé le permet, la personne âgée doit être encouragée à accomplir le maximum d'activités en lien avec la vie quotidienne. Des activités physiques adaptées lui sont proposées pour éviter les conséquences de l'immobilisation.

— *Les paramètres psychologiques et environnementaux*

Il apparaît important de pratiquer une écoute active pour repérer les sentiments de peur, d'humiliation ou tout autre sentiment éprouvé par la personne en lien avec la contention (2). Il est impératif d'accepter, comme telle, la perception que le sujet âgé a de sa réalité. Des effets personnels et objets familiers sont installés à proximité de la personne âgée (40). Des activités récréatives sont proposées afin d'assurer son confort psychologique. Les infirmiers (es) et aides soignants (es), en raison de leur proximité permanente auprès des patients, doivent jouer un rôle important dans le maintien d'un contact relationnel de qualité.

IV.2. Évaluation de l'état de santé du sujet âgé et arrêt de la contention

Une réévaluation, au moins journalière, de la nécessité de poursuivre la contention doit être réalisée par le médecin prescripteur et l'équipe soignante (2, 3, 38, 49, 50).

Elle portera sur l'évolution de l'état de santé et sur les conséquences de la contention. Les conséquences physiques et psychologiques de la contention sont à rechercher systématiquement. Le but est de ne pas pérenniser une mesure qui présenterait plus de risques qu'elle n'apporterait de bénéfices.

Si l'arrêt de la contention est décidé, il doit être expliqué à la personne âgée et à ses proches. Selon le cas, l'explication portera soit :

- sur les changements de comportement du sujet âgé qui rendent possible l'arrêt de la contention ;
- sur les conséquences délétères de la contention qui justifient l'arrêt de cette mesure sans que le risque de chute, en particulier, ait diminué pour autant.

Le groupe de travail a élaboré un référentiel de pratique qui répond aux exigences formulées précédemment pour chaque étape du processus. Il comprend 10 critères énoncés ci-après.