

L'AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX : PARLONS-EN !

Une définition :



« L'aidant familial ou l'aidant de fait est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Elle peut prendre plusieurs formes : *nursing*, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance/veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques... ».

Définition de l'aidant familial (élaborée par la Confédération des organisations familiales de l'Union européenne (COFACE), à laquelle appartiennent l'Unafam et l'Union nationale des associations familiales (Unaf).

L'amorce d'une reconnaissance

Elle a sa source dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement : il a fallu attendre en effet le 21 avril 2014 et la publication dudit projet pour que soit évoquée la nécessité de « prévenir l'épuisement physique et psychique des aidants familiaux en développant des groupes de soutien leur permettant de se ressourcer hors du domicile et en leur assurant un suivi personnalisé sous forme d'une consultation annuelle avec leur médecin traitant ». ¹

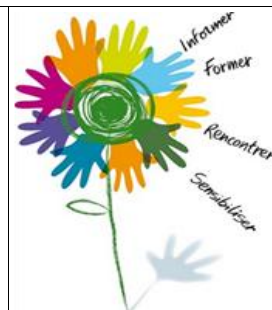
Une avancée décisive, quoique limitée dans l'esprit de la loi aux seuls aidants de proches âgés souffrant de troubles neurodégénératifs de type Alzheimer. Ce droit au répit et au suivi thérapeutique annuel est alors conçu comme parade à l'épuisement qui menace la santé et la vie des aidants familiaux. ²

Et pour les aidants de personnes vivant avec des troubles psychiques ?

Le numéro 4 – décembre 2014 – de la revue « Un autre regard » présente un dossier complet et bien documenté sur « l'aide aux aidants ». Nous n'hésiterons pas à y recourir.

Citons entre autres l'article intitulé « *Quelques repères pour aider les aidants* » (pp. 22-23), qui décline l'ensemble des droits de l'aidant familial.

FORUM DU HANDICAP DE L'EST VAR
8ème édition
mardi 3 mai 2017 de 9h30 à 18h30
au Palais des Congrès de Saint-Raphaël
L'aidant de la personne en situation de handicap .
Cap sur « l'aide, la solidarité et le partage »



1 Journal Officiel de la République française : Séance du 26 mars 2014. *Les éditions des journaux officiels*, p. 61.

2 Des études montrent qu'un certain nombre d'aidants meurent avant la ou les personne(s) aidée(s).

CONTENTION N'EST PAS RAISON... LES PRESCRIPTIONS DU DOCTEUR HAS .

Sujet à controverses, non absentes de dérives que l'Unafam n'a pas manqué de dénoncer dans un passé récent, les pratiques d'isolement et de contention mécanique ont fait l'objet de recommandations publiées, le 20 mars dernier, par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ainsi, comme le précise la HAS, "*l'isolement et la contention mécanique sont (i.e. doivent être) des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux*". Elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique et ne doivent "*être utilisées qu'en dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge*". Elles sont réalisées sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement, la HAS précisant que *seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés*.

Par delà la nécessité de proportionnalité propre à toute mesure de protection, des fiches détaillées de surveillance et des prescriptions horaires fixent le cadre strict dans lequel chacune de ces pratiques (isolement et contention mécanique) pourra s'exercer, à savoir indications et contre-indications, modalités de mise en oeuvre, de surveillance et de levée de la mesure. La HAS décrit notamment les caractéristiques de "*l'espace d'isolement*".

Les contentions mécaniques de plus de 24 heures et les isolements de plus de 48 heures "*doivent être exceptionnels*". Enfin, dans tous les cas, le patient doit bénéficier au minimum de deux visites médicales par 24 heures, permettant de réévaluer son état somatique et psychique.

Ces recommandations portent également sur l'information délivrée au patient, notamment les analyses à la levée des mesures ou encore les points à aborder durant le temps de réflexion commune en équipe pluridisciplinaire.

EN GUISE D'APPROFONDISSEMENT...

Quelles perspectives cliniques ?

Depuis plusieurs mois, l'isolement et la contention sont au cœur de l'actualité de la psychiatrie française.

Chacun sait que de telles mesures posent des questions éthiques, qui interrogent le droit et le respect des libertés fondamentales, vident de sa substance la charte du patient hospitalisé. Leur recrudescence, en réponse à des situations très diverses, a conduit le législateur à restreindre leur utilisation uniquement « en dernier recours » sans que soit réellement posé le problème des moyens, de la violence dans les hôpitaux, du stress et de la formation des personnels, ni même de l'usage de ces pratiques dans d'autres secteurs que la psychiatrie (en gériatrie, par exemple). .

L'isolement et surtout la contention font aussi émerger de réelles questions cliniques, à savoir :

- Quels sont les critères cliniques qui légitiment le recours à l'isolement et/ou à la contention ?
 - Quels bénéfices cliniques en attendre ?
 - Quels sont les risques encourus au niveau du suivi thérapeutique, de la réhabilitation psychosociale, du rétablissement ?
 - Comment établir une balance bénéfice/risque ?
 - Quelles procédures explicites mettre en place ?

Enfin, des équipes n'utilisent ni contention, ni isolement.

- ♣ Comment procèdent-elles pour contenir les patients agités ?
- ♣ Comment s'appuyer sur leur savoir faire et leur expérience ?