

**EXAMEN PROFESSIONNEL D'AVANCEMENT DE GRADE
D'AGENT SOCIAL DE 1^{ère} CLASSE**

– SESSION 2012 -

Mercredi 17 Octobre 2012

Épreuve écrite – durée 1 h 30 – Coefficient 2

Épreuve écrite à caractère professionnel portant sur les missions incombant aux membres du cadre d'emplois. Cette épreuve consiste, à partir de documents succincts remis au candidat, en trois à cinq questions appelant des réponses brèves ou sous forme de tableaux, et destinées à vérifier les capacités de compréhension du candidat et son aptitude à retranscrire les idées principales des documents.

Le sujet comprend **16 pages**

RÈGLEMENT :

- Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni signature ou paraphe
- Aucune référence (nom de collectivité, nom de personne,...) autre que celle figurant, le cas échéant, sur le sujet ou dans le dossier ne doit apparaître dans votre copie
- Seul l'usage d'un stylo noir ou bleu est autorisé (bille, plume ou feutre). Vous ne devez pas écrire au crayon à papier
- Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte
- L'utilisation de la calculatrice (non programmable) est autorisée pendant la durée de l'épreuve

Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury

N.B :

Une présentation peu soignée donne lieu à la perte d'un point, tout comme plus de 10 fautes d'orthographe.

Sujet :

Madame B âgée de 78 ans vit à domicile avec son mari de 82 ans autonome, mais qui ne conduit plus et se déplace avec une canne.

Madame B présente une maladie d'Alzheimer et ne semble plus capable de se prendre en charge quotidiennement ni d'effectuer les repas, ce qui met son mari en colère. Elle oublie d'éteindre le gaz, ne se rappelle pas le nom de son époux et ne sait plus se servir de ses couverts à table. Vous avez des craintes par rapport au comportement de Monsieur qui crie souvent sur sa femme en levant sa canne.

Madame B ne rapporte pas de violence mais a un discours très perturbé.

Vous intervenez au domicile une heure tous les matins pour une toilette complète et 2 fois par semaine pour une aide à l'entretien du domicile. Le plan d'aide notifie un GIR 3 pour cette dame, vue il y a 2 ans, dans le cadre de l'APA, par l'équipe médico-sociale du Conseil Général.

Madame B a tendance à ne pas se repérer dans son domicile et déambule beaucoup ce qui «oblige» son mari à l'enfermer fréquemment y compris la nuit dans sa chambre. Lui, dort dans une chambre séparée, car il ne supporte plus les allers et venues de sa femme. Le matin, il la retrouve souillée, car elle enlève ses protections.

Vous croisez souvent des amis du couple au marché qui vous demandent des nouvelles et les raisons pour lesquelles Madame B n'arrive plus à participer à la conversation.

Le médecin de Madame B pense qu'un maintien à domicile semble très compromis en raison du risque de fugue et des violences verbales de Monsieur B. En effet, la maladie de Madame B a évolué, elle est maintenant en GIR 2 et le maintien à domicile paraît peu raisonnable au vu des difficultés rencontrées et du refus catégorique de son mari à vouloir s'investir dans les tâches «d'une femme». Madame B semble avoir perdu du poids, car ses vêtements «flottent» et il est difficile de la maintenir à table tout le temps du repas. En plus, le portage de repas attribué à Madame semble être partagé par le couple. Monsieur B est d'ailleurs tout à fait d'accord pour une entrée en EHPAD. Au moins, il y aura quelqu'un «pour la mater et la faire asseoir».

Monsieur et Madame B n'ayant pas d'enfant, le médecin décide avec l'accord de Monsieur B de faire une demande auprès des 2 EHPAD les plus proches du domicile afin de ne pas rompre avec les amis qui viennent encore les voir.

Après avoir pris connaissance des documents ci-joints, répondez aux cinq questions suivantes dans l'ordre qui vous convient, en prenant soin de préciser le numéro de la question avant d'y répondre.

QUESTION N°1 : (6 points)

(documents 1 et 2)
Pages 3 à 5

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

- a) Citez les différents groupes de dépendance de la grille AGGIR en les classant du plus autonome au plus dépendant.
- b) Dans le cas de cette dame comment a évolué son autonomie ?
- c) Qu'est-ce qu'un plan d'aide ? Citez 2 prestations que vous retrouvez dans le cas de Mme B.

QUESTION N° 2 : (4 points)

(document 3)
Page 6

L'accompagnement des personnes âgées :

- a) Dans le cadre de vos fonctions d'agent social de 1^{ère} classe, comment aiderez-vous Madame B à préserver au maximum son autonomie ? Citez un exemple.
- b) Quelles qualités professionnelles devrez-vous mettre en évidence ?

QUESTION N° 3 : (4 points)

(document 4)
Pages 7 à 9

L'alimentation chez la personne âgée :

- a) D'après vous, l'alimentation a-t-elle une importance dans le «bien vieillir» ? Pourquoi ?
- b) Une personne âgée doit-elle manger moins qu'un individu plus jeune ?
- c) Pourquoi l'apport en protéines est-il indispensable ?

QUESTION N° 4 : (5 points)

(document 5)
Pages 10 à 14

La maltraitance :

- a) Madame B vous semble-t-elle faire l'objet de maltraitance ? Pourquoi ?
- b) De quel type de maltraitance s'agit-il ?
- c) Quelles peuvent être les différentes formes de maltraitance ?
- d) Quels peuvent en être les auteurs ?
- e) Comment définiriez-vous la bientraitance ?

QUESTION N° 5 : (1 point)

(documents 6 et 7)
Pages 15 à 16

Les alternatives au domicile :

- a) Expliquez en quatre lignes ce qu'est un EHPAD ?
- b) Citez 2 autres formes d'accueil pour les personnes âgées.

DOCUMENT 1

Qu'est-ce que la grille AGGIR et à quel degré de dépendance les différents groupes de cette grille correspondent-ils ?

Mise à jour le 01.04.2009 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un *outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique*, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables :

- **dix variables dites "discriminantes"** se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillement - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;
- **sept variables dites "illustratives"**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable possède trois modalités.

Pour chacune des variables, il convient d'évaluer adjectif par adjectif chaque activité, puis en fonction de la réponse aux adjectifs, de coder la variable par A, B ou C :

- **A - fait seul les actes quotidiens :**
 - spontanément,
 - et totalement,
 - et habituellement,
 - et correctement.
- **B - fait partiellement :**
 - non spontanément,
 - et/ou partiellement,
 - et/ou non habituellement,
 - et/ou non correctement.
- **C - ne fait pas :**
 - ni spontanément,
 - ni totalement,
 - ni habituellement,
 - ni correctement.

DOCUMENT 1

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les **six groupes iso-ressources** que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- le **groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le **groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- le **groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;
- le **groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- le **groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le **groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Site internet : vosdroits.service-public.fr

I – LA DÉTERMINATION DU PLAN D'AIDE ET DE L'APA

Le plan d'aide constitue une composante essentielle de l'APA à domicile. Établi par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres au moins se déplace chez le bénéficiaire, le plan recense précisément les besoins du demandeur et les aides de toute nature nécessaires à son maintien à domicile. Son contenu est adapté à sa situation et tient compte de son environnement social et familial. Ainsi, le plan dresse la liste de l'ensemble des aides nécessaires au maintien à domicile du bénéficiaire. Dans ces conditions, l'APA sert à couvrir les dépenses figurant dans le plan d'aide.

Le contenu du plan d'aide

L'APA sert à financer toutes les dépenses figurant dans le plan (rémunération de services à domicile et aides techniques) qui, une fois mises en œuvre, permettront au bénéficiaire de l'APA de continuer à vivre chez lui.

pour les interventions à domicile :

il peut s'agir d'heures d'aide ménagère ou de garde à domicile (de jour comme de nuit) effectuées par une tierce personne, des frais d'accueil temporaire en établissement, d'un service de portage de repas, d'une télalarme, de travaux d'adaptation du logement, d'un service de blanchisserie à domicile, d'un service de transport, de dépannage et de petits travaux divers.

pour les aides techniques :

il peut s'agir d'un fauteuil roulant, de cannes, d'un déambulateur, d'un lit médicalisé, d'un lève malade, de matériel à usage unique pour incontinence (pour la part de ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie)...

En fonction des besoins du demandeur, le plan d'aide peut ne contenir que des aides techniques. Par ailleurs, dans le cas d'une personne hébergée au sein d'une famille d'accueil, le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale peut prévoir des dépenses d'aides apportées directement à la famille d'accueil.

Ces listes ne sont pas exhaustives : d'autres aides ou services adaptés à la situation et à l'environnement du bénéficiaire peuvent être proposés.

A savoir

Le médecin chargé de l'évaluation de l'autonomie peut prendre contact avec le médecin traitant de la personne âgée, afin d'obtenir des informations complémentaires sur son état de santé.

Le médecin traitant a également la possibilité d'assister à l'évaluation à domicile, à la demande de la personne âgée ou de sa famille (et, dans ce dernier cas, avec l'accord exprès de l'intéressé(e)).

La notion de domicile

L'allocation personnalisée d'autonomie attribuée dans le cadre du maintien à domicile correspond à la situation du bénéficiaire qui habite effectivement chez lui ou au sein de sa famille. Mais la loi assimile également aux personnes résidant à leur domicile, celles qui :

- résident, à titre onéreux, au domicile d'une famille d'accueil préalablement agréée par le président du conseil général, dans le cadre de l'accueil familial ;
- sont hébergées en établissement pour personnes âgées dépendantes, d'une capacité inférieure à 25 places.

Dans ce dernier cas, le contenu du plan d'aide obéit toutefois à des règles spécifiques (voir p. 41).

DOCUMENT 3

Info en archive

Les gestes quotidiens

Par Yves Mamou le 24/04/02



L'habillage

Une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer oublie l'ordre dans lequel s'enfilent les vêtements. Elle commet des erreurs tout en croyant s'être habillée correctement. Ce peut être une source de conflit avec son entourage. Pour l'éviter, un minimum de psychologie s'impose, ainsi qu'une bonne connaissance des habitudes d'autrui.

Premier exemple : une épouse aura raison de rappeler à son mari les codes de bonne conduite et de faire vibrer une corde sensible chez lui en lui disant : « Que tes habits sont sales. Qu'est-ce que les gens vont penser de moi ? Alde-moi à te changer ! » Deuxième exemple : l'homme qui s'adresse à sa femme doit aussi lui remémorer qu'elle était toujours « tirée à quatre épingles » et se parfumait. D'où une possible remarque qui sera dite sans acrimonie : « Tu sens mauvais, ça m'étonne de toi ! Alde-moi à te changer. »

Dès qu'une aide à l'habillage devient nécessaire, il faut accompagner verbalement les gestes : « Nous allons mettre la jambe gauche du pantalon. » Par ailleurs, n'hésitez pas à demander à la personne malade de participer à l'entretien du linge : trier le linge, plier des serviettes, etc...

L'aide au coucher

En présence de la personne atteinte d'Alzheimer, poser les vêtements de nuit en évidence, fermer les volets, tirer les rideaux, allumer la lampe de chevet, ouvrir le lit...

Ces actes, répétés chaque jour, représentent un rituel qui facilite l'étape suivante, celle du : « Je me couche. »

Chaque personne a un rituel pour les actes de la vie quotidienne. Si on peut le percevoir et en reproduire les conditions, l'accomplissement de ces actes quotidiens en est facilité.

En règle générale, les malades Alzheimer aiment être couverts jusqu'au cou. Laisser une veilleuse allumée... et toujours une caresse ou un câlin en disant bonne nuit !

Pallier l'incontinence

Pour éviter l'incontinence urinaire, on peut tenter de créer un rythme : proposer une boisson et conduire aux toilettes une heure après.

En revanche, il est déconseillé d'amener le malade aux toilettes toutes les heures s'il n'a pas bu abondamment auparavant. Ces allées et venues inutiles seront vécues comme une agression et provoqueront colère et refus.

Régler l'heure d'aller à la selle est aussi une nécessité : cela évite les déconvenues si une sortie est prévue, ou au moment du repas. Il est bon de tenir compte des horaires qui étaient antérieurement ceux de la personne ; mais on peut aussi établir un nouveau rythme en utilisant des suppositoires qui déclenchent l'envie d'aller à la selle. En cas de constipation, des laxatifs doux permettent d'éviter les débâcles intestinales.

L'aide à la toilette

La propreté relève du registre de l'aide limitée.

Convenablement guidé et stimulé, le malade doit être capable pendant longtemps d'effectuer des gestes familiers, réalisés chaque jour durant toute une vie. Le prix de cette relative autonomie est la lenteur. Il faut s'armer de patience en dirigeant les mouvements, tout en maintenant avec l'autre main un contact corporel indispensable.

Si la toilette est faite par un tiers, celui-ci ne doit pas commencer par le visage mais par les membres supérieurs (mains, bras). Il est indispensable toujours de « parler le geste » en cours de réalisation : « Je vous lave le bras gauche », « Je vous sèche le front » et maintenir avec l'autre main un contact cutané. Ce contact doit être peau à peau, sans gant de plastique, sauf pour les parties intimes éventuellement.

Profiter de la toilette pour proposer un massage de la plante des pieds, des mains, du dos, qui sécurise. Ce n'est plus de l'hygiène, c'est un cadeau.

S'alimenter

Boire

Ne pas pouvoir exprimer sa soif peut provoquer une vigoureuse agitation. La personne a soif mais ne sait pas le dire. Boire beaucoup d'eau diminue cette agitation. Il est donc bénéfique de décoder le « comportement de soif » afin d'offrir à boire. Faire boire beaucoup est primordial. Si aucun signe n'attire votre attention, proposez à boire, souvent... car un malade peut perdre aussi la sensation de soif.

Buvez vous-même devant elle, ou trinquez avec elle si nécessaire.

Manger

Pour recréer le désir de manger, disposer bien en vue des assiettes remplies d'aliments faciles à saisir et à consommer (fruits secs et frais de saison, petits biscuits) associés à un verre rempli d'eau ou de jus de fruit ; et picorer soi-même. S'asseoir pour manger.

Ne jamais faire manger en restant debout ; la personne ne voit pas votre visage et peut se sentir agressée par un objet métallique - cuiller, fourchette, couteau... - tombant du ciel, ou venant cogner sa lèvre supérieure... alors que normalement le premier contact est avec la lèvre inférieure. Placer la personne en bout de table ; s'asseoir en se plaçant sur le petit côté ; tenir doucement sa main ; appuyer avec la cuiller sur sa lèvre inférieure. Lorsque la personne utilise un objet par erreur (chaussure pour boire, fourchette à la place de la cuiller...), lui donner le bon objet et reprendre ensuite l'autre, sans s'exclamer, sans porter de jugement, sans commentaire, avec le sourire : elle a oublié la fonction des objets usuels. Toute réflexion peut la rendre honteuse, vexée car toutes les fonctions cognitives ne sont pas forcément atteintes. Pour éveiller l'appétit, faire marcher et donner quinze à vingt minutes avant les repas un morceau de fromage non gras (type : gruyère). Cette technique donne parfois de bons résultats.

DOCUMENT 4

L'alimentation des seniors

En France, à l'heure actuelle, 17% de la population a plus de 65 ans. Et près de 1,5 millions de personnes ont 85 ans (ou plus...). A l'horizon de 2050, on estime à près de 8 à 9% la proportion de personnes âgées de plus de 85 ans! Autant dire que la prise en charge de la santé de cette tranche de la population représente un déficit pour nos institutions. D'ailleurs, le vocable de "personne âgée" concerne les gens de plus de 70 ans.

Certes, les conditions de vie, une meilleure alimentation, des métiers moins pénibles, font progresser l'espérance de vie de façon impressionnante (on a "gagné" 2,5 ans d'espérance de vie en 10 ans), mais il reste que le but est de vieillir "en bonne santé"!

Et là, la façon de se nourrir compte beaucoup. Car la qualité de l'alimentation va permettre de ralentir le vieillissement naturel, de retarder l'apparition de certaines maladies liées à l'âge, et donc de vieillir en ayant une bonne qualité de vie.

Du point de vue nutritionnel, le risque majeur chez la personne âgée est un risque lié à la dénutrition et aux carences, et pas vraiment à la pléthore : les points importants à vérifier restent l'apport énergétique, l'apport en protéines, en calcium, en acides gras indispensables. La dénutrition protéino-énergétique favorise l'apparition de la dépendance, en fragilisant les défenses naturelles de l'organisme.

Le besoin de la personne âgée est identique à celui de l'adulte : ni plus, ni moins. Mais les consommations alimentaires diminuent : moins de viande, moins de vrais repas, des restrictions alimentaires sévères liées à des problèmes de santé (cholestérol par exemple...), sans qu'elles aient été prescrites... Et ce type de comportement joue sur la qualité de vie et l'évolution vers les dépendances.

Veiller à un apport énergétique suffisant

L'un des points en ce qui concerne l'alimentation des personnes âgées est que, lorsque l'on est vieux, on a besoin de moins manger. Certes, il est vraisemblable que l'activité physique diminue, lorsque, lors de la vie active, les gens avalent un travail physique. Mais c'est loin d'être le cas de tous les retraités : un certain nombre d'entre eux avait une activité professionnelle peu physique (travail sédentaire, de bureau...), d'autres gardent ou commencent des activités physiques.

Par conséquent, le besoin énergétique ne diminue pas obligatoirement, et il ne faut pas se laisser aller à diminuer les rations alimentaires, car le risque de dénutrition existe réellement. Avec pour conséquence d'affaiblir l'organisme, et de le rendre plus sensible aux pathologies liées au vieillissement.

D'autant plus que d'autres phénomènes risquent de diminuer la prise alimentaire : la lassitude de préparer les repas, surtout lorsque l'on se retrouve seul, après le décès du conjoint : la tentation est grande de ne plus cuisiner, de grignoter à la place du repas un morceau de pain et de fromage. Surtout si un problème dentaire "s'en mêle", limitant encore les possibilités de mets aux aliments qui ont peu besoin d'être mâchés. Ce problème de dentition, en limitant le choix alimentaire, va être la cause d'une alimentation peu attractive, peu attirante, et donc... peu consommée!

La prise d'une quantité impressionnante de médicaments avant les repas peut également entraîner une diminution de l'appétit et une moindre consommation alimentaire.

D'autre part, l'avancée en âge entraîne des modifications physiologiques, et l'une d'entre elles influe sur la perception du goût : avec l'âge, les cellules du goût se renouvellent moins vite, et la sensibilité aux différents goûts diminue : tous les goûts se ressemblent, avec l'impression de manger toujours "à peu près la même chose", ce qui n'ouvre pas particulièrement l'appétit. Les mets se doivent donc d'être affirmés en terme de goût, suffisamment épicés et poivrés, les saveurs doivent être bien marquées, et assez corsées

DOCUMENT 4

pour qu'il soit possible de les différencier les unes des autres. Pour limiter la perte du goût, il est conseillé de mâcher les aliments (le goût se développe dans la bouche, et, plus les aliments y restent, plus ils ont "du goût"), et de boire suffisamment (car la déshydratation influe sur la perception des goûts).

En tout état de cause, l'apport énergétique ne devrait jamais être inférieur à 1500 kcal/jour, ou exprimé en fonction du poids, à 30 kcal/kg.

Veiller à l'apport en protéines

Deuxième point important : la suffisance de l'apport protéidique. Cet apport est essentiel puisque les protéines, entre tous les rôles qu'elles jouent au sein de notre organisme, servent notamment à la fabrication de la masse musculaire et à la fabrication des anticorps.

Si l'apport en protéines n'est pas suffisant, il y a perte de masse musculaire, puisque l'organisme ira "récupérer" les protéines dont il a besoin pour assurer la synthèse de nombreuses molécules (enzymes...), là où il y en a en grandes quantités, c'est à dire dans les muscles, avec pour corollaire la destruction du muscle. Le vieillissement induisant par ailleurs une fonte musculaire, il est inutile de l'accélérer par une carence alimentaire en protéines. D'autant que les muscles sont essentiels à la mobilité, et que perte de masse musculaire équivaut à perte de force musculaire, entraînant une diminution de l'activité physique et, à plus ou moins long terme, un risque de dépendance.

En ce qui concerne la résistance et la lutte contre les infections, notre organisme fabrique des anticorps, qui ont une structure protéique. Si l'apport en protéines n'est pas suffisant, la fabrication de ces anticorps sera déficiente, et l'organisme, déjà affaibli par la vieillesse, ne pourra pas lutter efficacement. Un banal rhume peut devenir grave, et entraîner des problèmes majeurs en terme de santé, voire de vie.

Le besoin en protéines est quotidien, puisqu'il n'y a pas de réserves en protéines, à l'exception de la masse musculaire. L'apport journalier doit être de l'ordre de 1 g à 1,2 g par kilogramme de poids, soit pour une personne pesant 70 kg, un apport de 70 à 84 g de protéines.

Cet apport sera atteint avec la consommation de 3 à 4 produits laitiers, et 150 g de viande (ou équivalent) sur la journée.

Dans le cas où ces aliments ne seraient pas consommés en quantité suffisante, il est important de consulter un diététicien, afin de trouver des solutions de remplacement permettant d'assurer l'apport protéidique quotidien (enrichissement des plats avec des œufs, du fromage, du lait en poudre, des poudres de protéines...).

L'apport en calcium et en vitamine D

3ème aspect de l'alimentation des personnes âgées : la lutte contre l'ostéoporose, maladie particulièrement invalidante qui se caractérise par une fragilisation des os, et donc des risques de fractures accrues.

Bien sûr, cette ostéoporose est très connue pour la femme post-ménopausique, qui, du fait de la modification hormonale à cette période de la vie, devient plus sensible à la perte de masse osseuse. Ce que l'on sait moins, c'est que l'ostéoporose atteint les personnes des deux sexes au-delà de 75 ans, et que la prévention est autant nécessaire auprès des hommes que des femmes.

L'ostéoporose a des rapports avec l'alimentation que la personne aura eu tout au long de sa vie. La prévention commence dès l'enfance, en favorisant la consommation d'aliments riches en calcium, de façon à permettre une fabrication correcte de masse osseuse. A l'âge adulte, l'apport en calcium servira à maintenir la masse osseuse, et à limiter le plus possible sa diminution. Enfin, chez la personne âgée, les besoins en calcium seront augmentés, parce que l'utilisation du calcium ainsi que son absorption au niveau intestinal

DOCUMENT 4

seront moins efficaces : il faudra plus de calcium pour atteindre le même résultat. Le besoin en calcium est estimé à 1200 mg/jour pour une personne de plus de 65 ans.

Le calcium des produits laitiers reste le mieux absorbé (1 yaourt apporte 150 mg de calcium, 30 g de comté en apporte 300 mg, quant au fromage de chèvre et autres fromages "à tartiner", type Saint Môret, ils apporteront 30 mg de calcium par portion de 30 g).

On trouve du calcium dans certaines eaux de boisson, mais il faut veiller à ce que celles-ci ne soient pas sulfatées, et il est préférable de les consommer pendant le repas, afin de favoriser l'absorption du calcium.

Le complément calcique sera apporté par les légumes et les fruits.

Cela dit, le calcium a besoin de la vitamine D pour être absorbé et utilisé. La vitamine D (appelée anciennement antirachitique) est principalement fabriquée par l'organisme sous l'action des rayons du soleil. Chez la personne âgée, cette synthèse s'effectue moins bien que chez l'adulte. D'autre part, il est courant que l'exposition au soleil soit peu fréquente, ce qui diminue encore les capacités de synthèse. Or, sans vitamine D, l'apport en calcium n'a pas grande utilité. Il convient donc de veiller à augmenter l'apport alimentaire de la vitamine D (foies de poisson, poissons gras, œufs, foin, produits laitiers non écrémés...), voire de compléter avec un apport médicamenteux si cela s'avère nécessaire.

Il semblerait également qu'une consommation importante de végétaux riches en phytoestrogènes permette de diminuer l'incidence de l'ostéoporose : les pays asiatiques, gros consommateurs de soja (riche en isoflavones), sont moins touchés par cette maladie. (Véronique COXAM - INRA de Theix - Université d'été de nutrition 2002 de Clermont Ferrand)

Ces végétaux riches en phytoestrogènes sont par exemple le soja (isoflavones), le blé, les lentilles, le maïs, l'ail, les carottes, les poires (lignanes), ...

Enfin, une alimentation trop riche en protéines est à déconseiller, car elle acidifie l'organisme, et celui-ci compense en récupérant du calcium au sein de la masse osseuse, le calcium ayant une action tampon, et permettant de retrouver un équilibre acido-basique satisfaisant.

Quant aux autres facteurs non alimentaires qui peuvent prévenir l'apparition de l'ostéoporose, rappelons que l'activité physique est la meilleure façon de stimuler la synthèse de l'os : il est conseillé de marcher environ 1 heure par jour, pour que l'activité physique joue ce rôle de stimulation.

Site Internet : www.alimentation-et-sante.com



1. Qu'est-ce que la maltraitance ?

La maltraitance existe dans la société. Pour ne pas faire porter tout le poids de la culpabilité aux seuls intervenants à domicile, il est important de remettre de la sérénité et du cadre dans les situations, pour analyser et prendre de la distance sur ces situations.

Il existe des représentations de la maltraitance qui peuvent être fonction du vécu de chacun. Comment, en tant qu'organisation professionnelle, se positionner entre les exigences d'intervention, de démarche qualité, les attentes de la personne, des familles, et les contraintes des services ? Cela nécessite de la formation, des méthodes et des outils, et un engagement de toute l'organisation.

L'évaluation des risques de maltraitance n'est pas une pratique anodine. Elle nécessite de trouver une juste position, en évitant à la fois une attitude permanente de suspicion ou, au contraire, une difficulté à voir et à nommer ce qui conduit à une situation particulière. Pour cela, une formation des professionnels amenés à poser ce type d'analyse est indispensable.

Mais, tout d'abord, prévenir la maltraitance signifie se mettre en situation de l'identifier.

08

1.1. Des définitions institutionnelles

1.1.1. La maltraitance



Tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.

Définition du Conseil de l'Europe



1.1.2. La maltraitance à enfant



L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique.

Définition proposée par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée



[1. Qu'est-ce que la maltraitance ?]

1. Qu'est-ce que la maltraitance ?



1.1.3. Les différentes formes de maltraitance

- ▷ Violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...
- ▷ Violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
- ▷ Violences matérielles et financières : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...
- ▷ Violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...
- ▷ Négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire.
- ▷ Négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.
- ▷ Privation ou violation de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

09

Est considéré comme maltraitant tout acte allant de la négligence passive à la violence². La maltraitance s'entend ici comme une situation de violence, de privation ou de négligences survenant dans une configuration de dépendance d'une personne fragilisée à l'égard d'une personne en situation de pouvoir, d'autorité ou d'autonomie plus grande (recommandation ANESM).

1.2. La maltraitance dans le cadre de l'aide et des soins à domicile

La maltraitance est liée à une situation qui implique des protagonistes, se situe dans un lieu et a d'importantes conséquences³.



« Le silence n'est jamais un signe que tout va bien. »



Au contraire, le silence peut être lié à :

- ▷ l'emprise qu'une personne exerce sur une autre,
- ▷ la peur de représailles,
- ▷ l'incapacité de la personne à parler,
- ▷ la honte,
- ▷ le fatalisme de la victime et finalement son acceptation de la situation.

² Classification proposée par le Conseil de l'Europe (1992).

³ Les éléments présentés ici sont extraits de l'intervention du Professeur Moutias, lors de la journée nationale « Prévenir les situations à risque de maltraitance à domicile » organisée à Paris, le 15 mai 2008, par l'UNA, la FNMF et Chorom.



1- Qu'est-ce que la maltraitance ?

1.2.1. La victime

La victime est une personne vulnérable, fragilisée par l'âge, la maladie ou le handicap et sous l'emprise d'un tiers professionnel ou personne de l'entourage.

Une attention particulière doit être portée à certains comportements, notamment pathologiques, et qui ont pour but de conforter la personne dans son statut de victime.

1.2.2. L'auteur ou le « perpétreteur »

Cela peut être une personne de la famille ou de l'entourage, un professionnel ou une institution. En dehors des malveillances volontaires, la maltraitance est bien souvent une conséquence de l'épuisement d'un aidant, d'un manque d'information et de formation. La cause peut aussi être le fait d'un abus de précaution ou l'instauration d'une routine sans ré-interrogation sur la situation et les pratiques professionnelles. Certaines maltraitances sont les effets secondaires d'une réglementation inadaptée, trop lourde ou non expérimentée.

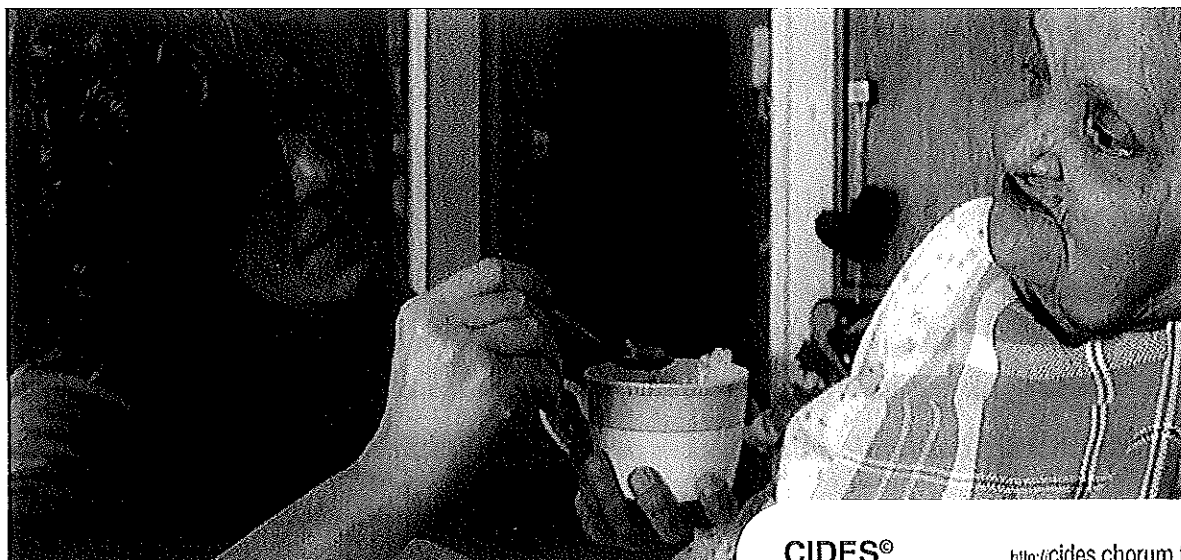
L'analyse de ces causes montre que tout un chacun peut être à l'origine d'une maltraitance envers une personne fragilisée. Ceci entraîne un fort sentiment de culpabilité en particulier lorsque les causes ne sont pas maîtrisées. Cependant, avoir conscience de l'emprise que l'on peut avoir sur une personne fragilisée est la première des barrières contre la maltraitance.

10

1.2.3. Le témoin

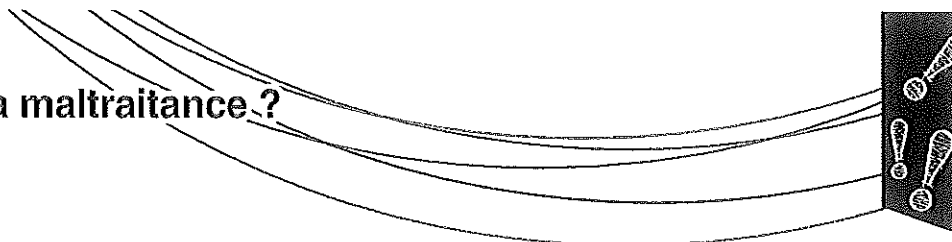
Le témoin est la personne qui signale une situation de maltraitance, il est le révélateur. Le témoin est souvent une personne un peu externe qui a du recul par rapport à la situation et qui est parfois moins impliqué affectivement. Au sein d'une organisation, ce témoin peut être un stagiaire, un remplaçant.

Le signalement est dans certains cas réalisé par la personne elle-même. Certaines pathologies comme la maladie d'Alzheimer peuvent entraîner un délire de préjudice généralement à l'encontre de l'aidant principal.



[1. Qu'est-ce que la maltraitance ?]

1. Qu'est-ce que la maltraitance ?



Dans tous les cas, il est fondamental d'accorder du crédit à la personne qui signale une situation de maltraitance et d'analyser cette parole.

1.2.4. Le lieu

Les situations de maltraitance peuvent se dérouler à domicile, au sein d'une institution sociale et médico-sociale ou à l'hôpital.

1.2.5. Des conséquences

Les conséquences de la maltraitance peuvent être nombreuses et variées, elle peut entraîner :

- ▷ des problèmes de dénutrition,
- ▷ des dépressions avec des syndromes de glissement,
- ▷ des troubles psychiques,
- ▷ une « mal practice », c'est-à-dire une mauvaise pratique médicale,
- ▷ des abus thérapeutiques,
- ▷ l'isolement,
- ▷ le décès,
- ▷ la culpabilité de la famille et des professionnels.

Elle a également des conséquences financières liées aux allers-retours hôpital/domicile, aux échecs thérapeutiques...

11

1. 3. Les conditions dans lesquelles peut survenir la maltraitance

Les métiers de l'intervention à domicile sont, dans l'économie sociale, parmi les plus touchés par des contraintes physiques. Le stress, le mal-être, la souffrance au travail et leurs conséquences pour la santé représentent une part importante des risques professionnels.

La souffrance au travail, dans l'aide à domicile, peut avoir plusieurs sources, et notamment :

- ▷ les contraintes « organisationnelles », c'est-à-dire liées à l'organisation du travail (contact avec les bénéficiaires, risques d'agressions verbales et physiques, durée de travail variable selon les semaines, selon les jours, travail le week-end, coupures dans la journée, formation et moyens matériels insuffisants et inadaptés pour le travail, manque d'effectifs, manque de communication entre professionnels...) ;
- ▷ le rapport affectif aux personnes aidées ;
- ▷ le rapport à la maladie et à la mort des personnes aidées.

[1. Qu'est-ce que la maltraitance ?]



1. Qu'est-ce que la maltraitance ?

Les situations dans lesquelles surviennent des états de fatigue, de débordement, de surinvestissement des professionnels peuvent être liées à la charge de travail, parfois à l'isolement, à des difficultés à prendre du recul. Ces situations peuvent être causes de situations de maltraitance involontaires de la part des professionnels.

Les structures qui ont participé à la réalisation de ce guide ont fait part de situations où une aide à domicile, suite à un conflit, ne parlait plus à l'un des bénéficiaires, de cas où une autre refusait d'aller acheter du café pour un bénéficiaire dont elle pensait qu'il en consommait « trop », etc.

La réflexion et le travail collectif à mener au sein des structures peuvent seules permettre de prendre du recul par rapport à ces situations et d'éviter qu'elles ne dégénèrent.

La première des préventions est donc d'anticiper les situations de forte charge et de débordement, d'engagement affectif non maîtrisé des professionnels. Le « Guide des pratiques de prévention des risques professionnels », réalisé en partenariat par Chorum, la FNMF et l'UNA, est un outil qui peut soutenir ces démarches⁴.

1.4. La bientraitance

12

La bientraitance n'est pas le contraire de la maltraitance. Elle se caractérise par le cheminement qui doit être porté par les organisations et les professionnels pour développer une culture commune autour du respect inconditionnel de la personne.

La bientraitance est une dynamique qui réinterroge de façon continue les pratiques professionnelles et les modalités d'accompagnement des personnes fragilisées. Elle s'inscrit dans une pratique constante de négociation entre les différents acteurs impliqués.

Selon l'ANESM, elle « vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance »⁵.

Les préalables ou les composants de la bientraitance :

- ▷ la compétence ;
- ▷ la déontologie ;
- ▷ la conscience de son action ;
- ▷ la vigilance à l'autre et le respect de la dignité ;
- ▷ la notion d'équipe.

[1. Qu'est-ce que la maltraitance ?]

⁴ « La prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile - Guide des pratiques de prévention des risques professionnels », Chorum, FNMF, UNA, 2009, <http://cides.chorum.fr> ▷ « Nos outils » ▷ « Guides ».

⁵ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre, ANESM, juillet 2008, page 14.



DOCUMENT 6

L'Ehpad (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Depuis 2001, les maisons de retraite médicalisées deviennent progressivement des Ehpad, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Au-delà du nom, c'est leur statut qui change, l'établissement s'engageant sur de nombreux critères qualité dont l'individualisation de la prise en charge.

Fin 2007, les Ehpad accueillent les trois-quarts des personnes âgées résidant en établissement¹. Pour répondre à l'accroissement des demandes, ainsi qu'aux besoins des résidents de plus en plus dépendants, les structures fortement médicalisées se développent.

L'Ehpad, pour personnes âgées dépendantes

Depuis 2001, en application de la réforme sur la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, les maisons de retraite (ou d'accueil) médicalisées deviennent progressivement des Ehpad, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Structure médico-sociale, l'Ehpad accueille des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), plus ou moins dépendantes sur les plans physique et psychologique. L'entrée est prononcée par le directeur de l'établissement, sur avis du médecin coordonnateur. Ce dernier doit en effet s'assurer que l'état de santé et le degré de dépendance du demandeur sont en adéquation avec les capacités matérielles et humaines de l'établissement.

Fin 2007, la moyenne d'âge des résidents était de 84 ans. 84 % d'entre eux étaient considérés comme dépendants dont la moitié comme très dépendants².

La convention tripartite, garante de qualité

La première caractéristique de l'Ehpad est d'avoir signé une convention tripartite avec le conseil général et l'assurance maladie. La signature de cette convention permet à l'établissement de percevoir des crédits de fonctionnement. En contrepartie, l'Ehpad s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité permettant d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions. Tous les domaines sont concernés, en particulier la qualité de vie au sein de l'établissement (accessibilité, sécurité, hygiène...), la personnalisation de la prise en charge (projet de vie individualisé, respect des rythmes de vie, proposition d'activités adaptées...) et les relations avec le résident et ses proches (bonne information, participation de la famille...).

Au-delà de l'engagement qualité, la signature de la convention tripartite implique un système de tarification particulier, la triple tarification, qui répartit les frais de séjour selon trois volets (hébergement, dépendance et soins) auxquels correspondent des aides financières spécifiques.

Les statuts public et privé

L'Ehpad public peut être autonome ou rattaché à un établissement sanitaire (hôpital le plus souvent). Il a la plus grande capacité d'accueil avec 84 personnes en moyenne par établissement en 2007² et regroupe environ la moitié des places en maison de retraite. Les délais d'attente pour obtenir une place sont souvent de plusieurs mois, parfois un an.

L'Ehpad privé peut être à but non lucratif (associatif) ou à caractère commercial. Il peut être - ou non - habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le secteur associatif totalise 30 % des places en maisons de retraite et se caractérise par un nombre important d'établissements de petite capacité. Les structures privées commerciales se développent rapidement et concentrent leur prise en charge sur la grande dépendance³.

DOCUMENT 7

Maison de retraite

La maison de retraite concerne la personne âgée qui ne peut rester seule à domicile.

Ces maisons de retraite peuvent accueillir des personnes âgées à condition qu'elles ne relèvent pas d'une structure hospitalière.

Une résidence 'Maison de retraite' ou 'EHPAD' est une structure collective où tous les services sont intégrés. La personne âgée y bénéficie d'une chambre individuelle ou à deux lits, rarement plus. Des locaux communs permettent d'y organiser une vie de groupe (salle à manger, salon, cuisine).

Dans une maison de retraite, la personne âgée a un accès à des services médicaux propres à sa structure (infirmerie, salle de rééducation).

Famille d'accueil pour personne âgée

Certaines familles désirent accueillir une personne âgée dans leur habitation.

Ces familles permettent d'accueillir, à titre payant, des personnes âgées dont l'état est compatible avec ce mode de vie.

La personne âgée vit dans une famille désirant l'accueillir. Elle bénéficie d'une chambre avec le confort adapté. Elle utilise les autres locaux de la maison comme dans une vie familiale classique.

Résidence personnes âgées: foyers

Ce type de résidence s'adresse à la personne âgée autonome.

Le foyer permet d'accueillir des personnes âgées autonomes, dans des appartements pour personne seule ou pour couple. La structure d'une telle résidence apporte en outre des services favorisant le soutien à domicile, restauration, présence la nuit, ... De nombreux foyers, confrontés à la croissance du nombre de personnes âgées, essaient d'adapter leurs services. Des hébergements temporaires, particulièrement prisés durant les vacances, sont par exemple proposés tout au long de l'année.

La personne âgée dispose d'un hébergement dans ce type de résidence lui permettant une certaine indépendance car aux normes d'accessibilité pour personnes handicapées. Elle peut accéder aux différents services proposés sur la commune.

Site internet : www.colls.net/residence-personne-agee