



PROTÉGER ET RESPECTER LA CITOYENNETÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

**Prévention du risque de dérives sectaires
en établissements sanitaires et médico-sociaux**



Sommaire

Liste des sigles	3
Préface	4
Introduction	7
POURQUOI AGIR ?	9
Fiche 1 : Un cadre juridique protégeant les droits fondamentaux	10
Garantir les droits et libertés fondamentales	10
Respecter et faire respecter la loi	11
Fiche 2 : Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ?	12
Fiche 3 : Dangers des dérives sectaires	13
Une dérive sectaire n'est pas une maltraitance ordinaire	13
Une dérive sectaire se nourrit de la dérive thérapeutique	13
Une dérive sectaire est une forme spécifique de prosélytisme	14
Fiche 4 : Quels sont les principaux modes d'entrée dans les établissements ?	16
Quatre grands risques	16
L'infiltration du système de santé par les mouvements sectaires	17
Axe 1 : Repérer, évaluer, structurer l'action	18
Fiche 5 : Qui peut être concerné par les dérives sectaires ?	19
Comprendre la notion de vulnérabilité	19
Repérer les situations de maltraitance	20
Repérer une situation de dérive sectaire chez la personne	21
Fiche 6 : Réaliser une cartographie des risques dans son établissement	23
Fiche 7 : Adapter le projet d'établissement	24
Evaluer en interne	24
Intégrer le risque au projet d'établissement	24
Associer les instances pendant et après l'adaptation du projet d'établissement	25
Axe 2 : Protéger les droits des personnes	26
Fiche 8 : Lutter contre la maltraitance financière	27
Qu'est-ce que la maltraitance financière ?	27
Limites du consentement	27
Fiche 9 : Aider l'aidant familial	29
Que proposer ?	29
Fiche 10 : Refus de soin	31
Que faire en cas de refus de soins ?	31
Cas particuliers	32
Axe 3 : Protéger son établissement	34
Fiche 11 : Conventionner, contractualiser avec l'extérieur	35
Conventionner avec une association	35
Encadrer les interventions des professionnels libéraux médicaux et non médicaux	36

Fiche 12 : Recrutement et formation professionnelle	38
Affiner la procédure de recrutement	38
Accompagner les demandes de formation professionnelle	39
Comment contrôler la compatibilité de la formation avec les valeurs du projet d'établissement et ses obligations légales ?	40
Cas particuliers	41
Fiche 13 : Recours sécurisé aux thérapies de confort en EHPAD	42
Repenser la qualité des soins conventionnels	43
Organiser le recours à des soins complémentaires	44
Axe 4 : Réagir en cas de dérives sectaires	46
Fiche 14 : Recommandations pour les procédures de signalement	47
Auteurs du signalement	47
Personnes à alerter	48
Enquête et accompagnement des victimes	48
Contenu du signalement	48
ANNEXES	I
Annexe I : Antisèche, numéros utiles, contacts	II
Annexe II : Illustrations des liens entre droits de l'usager, maltraitance et dérives sectaires	IV
Annexe III : Liste non exhaustive des indices de perception des dérives sectaires	VIII
Annexe IV : Comment tombe-t-on sous l'emprise d'un gourou ?	XI
La phase d'approche	XI
La phase de séduction	XI
La phase de soumission	XII
Annexe V : Quelles sont les méthodes de guérison les plus répandues ?	XIII
Les méthodes « psychologisantes »	XIII
Les méthodes par massage ou apposition des mains	XIV
Les méthodes par ingestion de substances diverses	XIV
Les méthodes aux fins de prévention et de développement personnel	XV
Les méthodes par le « rééquilibrage de l'énergie »	XVI
Annexe VI : Modèle de convention type de relations avec les associations	XVII
Annexe VII : Test pour évaluer le niveau de danger d'une personne âgée exposée à des risques d'abus, de maltraitance et de négligence (ODIVA)	XXI
1. Je vérifie le profil de la victime potentielle	XXI
2. Je vérifie le profil de la personne à risque	XXIII
3. Les comportements de la victime potentielle me fournissent des indices	XXIV
4. Les comportements de la personne à risque me fournissent des indices	XXV

Liste des sigles

AFSOS : Association francophone pour les soins oncologiques de support
ALMA : Allo Maltraitance
AMP : Aide médico-psychologique
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APA : Aide personnalisée d'autonomie
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ASV : Loi d'adaptation de la société au vieillissement
AVC : Accident vasculaire-cérébral
CA : Conseil d'administration
CCDH : Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme
CDU : Commission des usagers
CEDH: Convention européenne des droits de l'Homme
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLH: Comités de liaisons hospitaliers
CLIC : Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
CME : Commission médicale d'établissement
CNIDFF : Centre national d'information des droits des femmes et de la famille
CTE: Comité technique d'établissement
CVS : Conseil de la vie sociale
DDHC: Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen
DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DUDH: Déclaration universelle des droits de l'Homme
EHPAD: Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
FORAP : Fédération des organismes régionaux d'amélioration des pratiques et des organisations en santé
GPMC: Gestion prévisionnelle des métiers et compétences
HAS: Haute autorité de santé
MASP : Mesure d'accompagnement social personnalisé
MIVILUDES
MS: *Multiple Sclerosis*
ODIVA : Outil de dépistage et d'intervention des victimes aînés
OMS: Organisation mondiale de la santé
OPACIF : Organismes paritaires collecteurs agréés pour le financement du congé individuel de formation
PARAF : Plateforme d'aide et de répit des aidants familiaux
PSNC : Pratiques de soins non conventionnels
RPS : Risques psychosociaux
SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SRC : Service régional de contrôle de la formation professionnelle
SSIAD: Service de soins infirmiers à domicile
UNADFI : Union nationale des associations de défense des familles et de l'individu victimes de sectes

Préface

La vulnérabilité est une réalité humaine et sociale pour beaucoup de nos concitoyens mais elle n'en est pas moins une notion complexe et multiforme en droit. Au même titre que l'enfance, le grand âge est un moment de vulnérabilité tout particulier. On le remarque au travers des nombreux dispositifs dont il fait l'objet : mesures de protection, établissements d'hébergement spécifiques, soins adaptés, droits de la personne en fin de vie, ... Les situations de grand âge nécessitent une présence fiable et continue en raison des fragilités qui lui sont inhérentes : l'isolement, le deuil, la maladie, la perte de repères, l'altération des capacités physiques et intellectuelles de la personne. Pour autant et sans nier les difficultés, une personne âgée doit-elle n'être considérée que par le prisme de sa vulnérabilité ou de ses incapacités? Je ne le crois pas, et j'ose espérer que d'autres que moi refusent de porter un regard tronqué sur le grand âge. Même au plus fort de l'incapacité, au bout de la vie, une personne âgée demeure une personne et dispose des droits fondamentaux de tout citoyen.


Qu'elles se trouvent donc dans des situations de fragilités économiques, sociales, familiales ou physiologiques ou que celles-ci se cumulent, la détresse des personnes très âgées constitue un terrain d'appel aux comportements de prédation sectaires visant à capter des revenus ou à assujettir à un mode de vie ou une pratique thérapeutique fortement déviants. Ces dérives sont heureusement peu nombreuses, mais elles existent et ont des capacités de nuisances démesurées (escroqueries, ruptures familiales et sociales, pertes de chance, décès). Elles doivent être connues et combattues.

En luttant contre ces dérives, il ne s'agit en aucune façon d'interdire ni de proscrire d'autres modes de vie ou de soins, ou d'autres pratiques thérapeutiques sur le seul fondement d'une déviance constatée. Je crois que la rigueur d'un contenant assure la liberté d'un contenu : une liberté de choix et de consentement, la préservation du libre arbitre d'une personne ne peuvent pas exister pleinement dans un contexte du « tout permis », ni dans celui d'un « tout interdit ». Si des règles ont été établies, c'est pour qu'elles soient respectées et appliquées dans leur juste mesure. **Car « on ne peut exiger qu'il soit libre de ne pas être libre. Ce n'est pas la liberté que d'avoir la permission d'aliéner sa liberté » (J. S Mill, De la liberté). Il s'agit de protéger sans diminuer, de respecter sans négliger.** La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) adoptée le 28 décembre 2015 remet du sens dans le quotidien, en rendant obligatoires plusieurs dispositifs protecteurs des libertés de la personne : extension du champ d'application du consentement libre et éclairé, désignation d'une personne de confiance, l'interdiction des dons et legs à toute personne intervenant au domicile, l'aménagement des procédures de protection des majeurs dans un plus grand respect de leurs choix de vie.

Depuis sa création il y a bientôt 15 ans, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) mène une action d'observation et d'analyse du phénomène sectaire, coordonne l'action préventive et répressive des pouvoirs publics et contribue à la formation et à l'information des agents publics. A ce titre, elle œuvre activement auprès des acteurs de terrain pour sensibiliser les professionnels aux enjeux et risques des dérives sectaires.

C'est donc avec plaisir que la Miviludes présente ce nouveau guide construit autour d'un panel d'outils et de pistes de réflexion dans la lutte contre les dérives sectaires à destination des directeurs d'hôpitaux et des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Il aborde un certain nombre d'enjeux importants pour le secteur sanitaire et le secteur médico-social et structure la réflexion de la prévention et de la lutte contre les dérives sectaires autour de 3 axes. J'espère que

ce guide participera de façon active et concrète au renouvellement des modes d'action des pouvoirs publics : information sur les ressources, enjeux et besoins spécifiques de la lutte contre les dérives sectaires en secteur sanitaire et médico-social, mise en mouvement des acteurs de terrain, diffusion massive de pratiques recommandées. Nous apportons ici notre pierre à l'édifice en renouvelant notre confiance aux acteurs de terrain que sont les directeurs d'établissements.



Serge BLISKO
Président de la Miviludes

Ce guide, conduit sous l'impulsion de la Miviludes, a été réalisé par Camille Gautard, élève-stagiaire de la filière des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (DESSMS) de la promotion 2016-7 de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, dans le cadre de son mémoire de stage extérieur en octobre 2016. Qu'elle en soit ici vivement remerciée.

Introduction

Les dérives sectaires constatées dans le domaine de la santé et de la formation professionnelle sont de plus en plus nombreuses. Le phénomène sectaire « s'atomise » en parallèle : une multitude de petites structures agissent, dispersées sur l'ensemble du territoire, en réseaux organisés de « nouveaux gourous ».

On imagine que la santé est un secteur protégé. On attend en effet de la « médecine » qu'elle soit un espace de rationalité et de soin où la recherche du résultat prime sur des espérances fausement nourries. Or, aujourd'hui, la santé devient un vaste marché où les pratiques de soins, les méthodes de prise en charge et les attentes en termes de bien-être se croisent et donnent naissance à de nombreuses thérapeutiques qui ne constituent pas, en elles-mêmes une dérive thérapeutique ou sectaire, mais peuvent facilement dissimuler des intentions malveillantes. L'engouement des Français pour ces nouvelles thérapeutiques, ni régulées, ni encadrées, inquiète la Miviludes, d'autant que les principaux consommateurs de cette offre de soins sont des personnes touchées par des maladies incurables ou fragilisées par leur grand âge et leur polypathologie. En outre, les dérives sectaires fondées sur des pratiques de « soins » non conventionnels (PSNC), s'avèrent souvent être le théâtre de diverses violences : physiques, sexuelles, psychologiques, négligences, escroqueries ...

Complexe à appréhender puisque relevant souvent de la sphère privée, la violence faite aux personnes a des conséquences dramatiques sur leur état de santé physique, psychologique et psychique ainsi que sur leurs parcours de vie et leurs relations sociales. En l'occurrence, les **dérives sectaires**, peu visibles et peu connues du grand public, causent à la fois des dommages graves pour la santé des individus qu'elles piègent (allant selon les cas jusqu'au décès) et pour la collectivité dans son ensemble.

A la fin des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'intéresse aux liens entre violence et santé. Elle définit alors la violence comme « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* ». L'Assemblée mondiale de la santé déclare par la suite la **prévention de la violence** comme une **priorité de santé publique**¹, puis un rapport établi en 2002 qualifie cet objectif de « défi planétaire »².

Aujourd'hui, 10 ans après le vote de la résolution WHA 49.25, la Miviludes réaffirme la priorité de la lutte contre les violences faites aux personnes dans le cadre de ces dérives en souhaitant concentrer les efforts sur les cas observés en établissements de santé et en établissements médico-sociaux. En tant qu'acteurs de santé publique, ils jouent en effet un rôle essentiel de rempart pour des personnes souvent déjà fragilisées par leurs parcours de vie.

Depuis le début des années 2000, l'Etat s'engage donc activement dans la **protection des personnes vulnérables**, tant en droit qu'en contexte social. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales conduit à l'heure actuelle une politique organisée autour de 3 axes principaux :

- faciliter le signalement des faits de maltraitance ;

¹ Organisation mondiale de la santé. 49^e Assemblée mondiale de la santé. Résolution WHA 49.25. 1996.

² Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002, 376 p.

- renforcer les contrôles opérés au sein des établissements ;
- prévenir et repérer les risques de maltraitance en accompagnant les établissements et les professionnels dans la mise en œuvre d'une politique active de bientraitance.

C'est en lien avec ces objectifs que la Miviludes participe à la protection des personnes vulnérables contre les dérives sectaires. Dans son rapport annuel 2011-2012, la Mission estimait que « *les personnes âgées, fragilisées par l'âge, l'isolement, le deuil, la maladie, la perte de repères, l'altération des capacités physiques et intellectuelles, sont des victimes idéales des mouvements sectaires* ». A ce titre, elles doivent susciter une attention particulière pour les préserver d'expériences de soin et de vie dangereuses pour elles-mêmes et pour leur entourage.

Enfin, et non des moins essentiels, la citoyenneté de la personne vulnérable, et plus particulièrement de la personne âgée est au cœur d'une politique de prévention et de lutte contre toutes formes de violences et de pressions qui peuvent découler d'actes malveillants. L'Etat français se mobilise beaucoup pour renforcer, juridiquement, la protection des droits des personnes âgées et les rendre effectifs dans le quotidien. La loi d'adaptation de la société au vieillissement, adoptée fin 2015, témoigne de cette volonté de porter un autre regard sur la vieillesse que celui sa seule vulnérabilité. Elle donne à la personne âgée les moyens d'exprimer ses souhaits présents et à venir (personne de confiance, amélioration des procédures de recours à une mesure de protection judiciaire), de préserver le mode de vie qu'elle a choisi (consentement à l'entrée en EHPAD) et de lutter plus efficacement contre les différents aspects de la maltraitance (interdiction des dons et legs).

L'objectif de ce guide est de diffuser une **culture de la prévention et de la vigilance envers les risques sectaires en établissement**, et de fournir des recommandations pour guider la réflexion et l'action. Elles peuvent également, dans une certaine mesure, apporter des éléments de réponses et des conduites à tenir en cas de dérives avérées. Les fondements de ce guide sont triples :

- Il s'attache à **renforcer la protection des publics vulnérables en garantissant l'effectivité de leurs droits fondamentaux** énoncés dans la Convention européenne des droits de l'Homme (CEDH), notamment le droit à la vie (art.2), le droit de ne pas faire l'objet de torture ou de traitements inhumains ou dégradants (art.3), le droit à la sécurité de ses biens et de sa personne (art.5), le droit au respect de la vie privée et familiale (art.8), la liberté d'expression (art.10) et la non-discrimination (art.14) ;
- Il s'inscrit également dans une politique publique plus large de **lutte contre la maltraitance**, et plus particulièrement contre la **maltraitance financière** ;
- Il s'appuie largement sur les **recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM et la HAS**.

Ce guide est un outil pratique pour comprendre les abus d'origine sectaire qui touchent les personnes âgées et aider à la conception d'un plan de prévention ou d'action pour lutter contre les dérives.

Chaque partie est composée de fiches proposant des pistes de réflexion, des méthodes et des outils pouvant être immédiatement mises en œuvre par les directeurs d'établissement et de leurs équipes.

POURQUOI AGIR ?

La République française reconnaît et promeut les droits fondamentaux tout en préservant l'ordre public. Les dérives sectaires peuvent être le fait de différents acteurs (associations religieuses, voyants, guérisseurs, auxiliaires bénévoles, etc.) mais sont toutes porteuses de privations de liberté, de maltraitances et de violences. Bien que le sujet bénéficie d'une extrême discrétion dans le débat public, il n'en reste pas moins une problématique de santé publique forte et dont il faut se saisir.

Fiche 1 : Un cadre juridique protégeant les droits fondamentaux

En tant qu'agent public ou associé à un service public et responsable de son établissement, le directeur a pour mission de veiller à la **garantie des droits et libertés des personnes accueillies** ainsi qu'au **maintien de l'ordre public** dans sa structure.

Garantir les droits et libertés fondamentales

- Le **droit à la vie** (art.3 DUDH ; art.2 CEDH) et de **ne pas subir la torture ou des traitements dégradants et inhumains** (art.5 DUDH ; art.3 CEDH)

Chacun est en droit de faire ce qu'il souhaite de son corps et de mener sa vie comme il l'entend. Il faut cependant s'assurer de la réalité du consentement de la personne afin qu'elle ne prenne pas une décision sans avoir reçu et compris une information préalable sur les risques qu'engendreraient, sur sa propre personne ou sur ses conditions de vie, ses souhaits ou son comportement.

- La **liberté de pensée, de conscience et de religion** (art.10 DDHC ; art.18 DUDH ; art.9 CEDH ; art.1^{er} loi de 1905)

Aucun jugement ne doit être porté a priori sur la valeur ou la sincérité d'un engagement idéologique ou spirituel. Le directeur d'établissement doit s'assurer que la pratique culturelle prescrite par les croyances d'une personne prise en charge soit compatible avec les lois de la République, la vie en collectivité et avec la sécurité physique et matérielle de cette dernière.

- La **liberté d'expression** (art.10 CEDH)

La protection accordée à la liberté d'expression est importante dans la mesure où cette dernière garantit un régime démocratique et l'épanouissement de chacun. Elle comporte « *la liberté d'opinion et la liberté de recevoir ou de communiquer des informations ou des idées sans qu'il puisse y avoir ingérence des autorités publiques et sans considérations de frontières* ». Or, dans le cadre de dérives sectaires, cette liberté est dévoyée pour plusieurs raisons : désinformation, brouillage du sens critique de la personne, rééducation ou réapprentissage de normes ou de discours précis. Les conditions de restriction de la liberté d'expression ou de répression d'une dérive associée sont cumulatives : ces conditions doivent être prévues et énoncées par la loi de manière claire et précise ; les restrictions doivent être motivées par la poursuite d'objectifs légitimes ; elles doivent être nécessaires et proportionnées.

- Le **droit à la sécurité de sa personne et de ses biens** (art.3 DUDH ; art.5 CEDH)

Ce droit recouvre d'une part les droits sur son propre corps et sur sa santé ainsi que la protection de l'intégrité physique et psychologique de la personne ; et d'autre part, le droit de ne pas se voir dépouillé ou dépossédé de ses biens. De façon concrète, ce droit exige de la part des directeurs d'établissement de faire barrage aux situations de maltraitances et de mettre en œuvre tous moyens pouvant prévenir ou empêcher ces phénomènes.

- Le droit au **respect de sa vie privée et familiale** (art.8 CEDH)

Bien que le concept de la vie privée ne se prête pas à une définition exhaustive, il comprend notamment en son sein le droit à l'intimité et le droit de développer des relations avec d'autres

personnes. Ainsi, les activités sexuelles, religieuses, familiales ou sociales d'une personne ne concernent qu'elle. Toutefois, dès lors que les pratiques portent atteinte à l'intégrité physique et morale de la personne elle-même ou de sa relation, l'ingérence est levée et l'agent public est en devoir de signaler la situation au procureur de la République. L'objectif est d'estimer la juste mesure entre les intérêts de l'individu et l'intérêt de la collectivité.

Respecter et faire respecter la loi

Ce qu'il faut retenir de la loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat

- Pas de référence explicite à la laïcité mais le principe et le cadre sont posés ;
- **Liberté de conscience, libre exercice des cultes** (art.1^{er}) ;
- **Non reconnaissance et non subvention des cultes par l'Etat** (art.2) ;
- Découle de la confrontation de la loi avec l'article 2 de la Constitution du 4 octobre 1958 : **neutralité des agents du service public dans l'exercice de leur service** (Conseil d'Etat, 3 mai 1950, *Demoiselle Jamet* et l'avis contentieux du 3 mai 2000, *Melle Marteaux*)

Ce qu'il faut retenir dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- Droit au **consentement libre et éclairé** aux soins ou à l'admission en établissement ;
- Libre choix de son **établissement** de soin ou d'hébergement ;
- Libre choix de son **praticien**.

Ce qu'il faut retenir dans le Code civil

- **Indisponibilité du corps** ;
- **Inviolabilité du corps**.

Ce qu'il faut retenir dans le Code pénal

- Atteintes à l'**intégrité physique** de la personne (meurtre, provocation au suicide, empoisonnement, viols, violences, mises en danger) ;
- Atteintes à l'**intégrité psychique** de la personne (séquestration, menaces, interdiction d'exercer son culte ou obligation de se soumettre à un culte particulier) ;
- Atteintes à la **personnalité** (atteintes à la vie privée) et aux droits de la famille (abandon de famille) ;
- Atteintes aux **biens** de la personne (extorsion, chantage, abus de vulnérabilités) ;
- Des **délits spécifiques** : abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse ; abus frauduleux de l'état de faiblesse par sujétion psychologique.

Ce qu'il faut retenir dans le Code de la santé publique

- **Exercice illégal de la médecine et/ou de la pharmacie** ;
- **Usurpation de titre**.

Différents cas concrets sont présentés pour tenter de placer un curseur entre liberté de choix et d'action de la personne et sa sujétion possible à un mouvement sectaire (Voir à l'annexe II). Les dérives prennent source dans des actes de maltraitance ou de négligences de degré divers. La réponse que le directeur doit apporter semble devoir se fonder prioritairement sur **la promotion et la mise en œuvre d'une politique de bientraitance**.

Fiche 2 : Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ?

Respectueux de toutes les croyances et fidèle au principe de laïcité, le législateur s'est toujours refusé à définir les notions de secte et de religion, afin de ne pas heurter les libertés de conscience, d'opinion ou de religion garanties par les textes fondamentaux de notre République. Pour autant, tout n'est pas permis au nom de la liberté de conscience ou de la liberté de religion. En effet, l'absence de définition de la secte n'efface pas la réalité de l'existence de victimes de dérives. La loi fixe donc des bornes qui sanctionnent les abus de ces libertés, sous le contrôle du juge.

Sur la base de son expérience, la Miviludes, qui reçoit quelques 2 500 signalements par an, la dérive sectaire peut ainsi être définie comme suit :

« La dérive sectaire est un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes, à l'ordre public, aux lois ou aux règlements. Elle se caractérise par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, de maintenir ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou pour la société. »

Chiffres clés³ :

- 25% des Français ont déjà été personnellement en contact avec une secte (soit 15 millions de personnes)
- Pour 66 % des Français, les sectes représentent une menace pour la démocratie, pour 42 % d'entre eux une menace pour leur entourage et pour 30% une menace pour eux-mêmes.
- **1 Français sur 5 aurait été confronté à une difficulté d'ordre sectaire.**

Plusieurs critères d'identification ont été dégagés par les commissions d'enquête parlementaires dédiées au phénomène : la emprise mentale ; le caractère exorbitant des exigences financières ; la rupture avec l'environnement d'origine ; l'existence d'atteintes à l'intégrité physique ; l'embrigadement des enfants ; le discours antisocial ; les troubles à l'ordre public ; l'importance des démêlés judiciaires ; l'éventuel détournement des circuits économiques traditionnels ; les tentatives d'infiltration des pouvoirs publics. **Un seul critère ne suffit pas pour caractériser l'existence d'un risque de dérive sectaire et tous les critères n'ont pas la même valeur.** Le premier critère (emprise mentale) est toutefois toujours présent dans les cas de dérives sectaires. C'est donc de la combinaison de plusieurs critères que naît la concrétisation d'un risque sectaire.

Retenir :

- **Le mot « secte » utilisé dans le langage courant est une notion de fait.**
 - **Il n'existe aucune définition juridique de la secte, ni de la dérive sectaire**
 - **Aucun texte de loi n'interdit l'appartenance à une secte.**
 - **La loi About-Picard (2001) crée cependant un délit d'abus frauduleux de l'état de faiblesse par sujétion psychologique (art.223-15-4 du Code pénal).**
-

³ Sondage IPSOS, 2010 : http://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/publications/rapports/sondage_ipsos_1_sept2010.pdf

Fiche 3 : Dangers des dérives sectaires

Une dérive sectaire n'est pas une maltraitance ordinaire

A l'encontre des personnes vulnérables comme les malades en fin de vie, les personnes âgées ou les personnes handicapées, les pratiques de dérives sectaires peuvent être décelées par le prisme de la **maltraitance financière**.

Aveuglé par les manipulations de son ancienne tuteur peu scrupuleuse, et affirmant agir sous le couvert d'un mandat réputé d'ordre divin, Monsieur A refuse d'entendre les explications de ses enfants sur l'escroquerie de cette femme : elle signe pour son compte ou ceux de ses proches plus de 10 000€ de chèques au nom de Monsieur A.

Source : Restitution du témoignage du fils de Monsieur A, désormais tuteur de son père

Une dérive sectaire se nourrit de la dérive thérapeutique

La dérive thérapeutique devient sectaire lorsqu'elle essaie de **faire adhérer le patient à une croyance, à un nouveau mode de pensée**. Prétextant l'inutilité des traitements conventionnels, le pseudo-praticien va demander au patient d'avoir toute confiance en lui car lui seul détient la méthode « miracle » apte à le guérir. Un endoctrinement et une sujétion psychologique se mettent peu à peu en place et conduit à **rompre avec la médecine, puis avec sa famille et son environnement**. Le gourou thérapeutique propose non seulement de soigner, mais aussi de vivre autrement. Il se présente comme le détenteur d'une vérité.

Alain a toujours été très croyant. Il croyait beaucoup à la résurrection et à la nécessité de préserver son corps de toute invasion. En juillet 2006, il se rend chez son médecin pour un petit bouton douteux au visage, provoquant une gêne de plus en plus perceptible au niveau de l'œil droit et défavorisant le fonctionnement normal des sinus. Celui-ci l'envoie faire une biopsie. Un mois plus tard, les médecins diagnostiquent une tumeur du sinus maxillaire. Il ne fait confiance qu'au docteur Richard X. Un protocole médicamenteux, chimiothérapie et radiothérapie, est mis en place avec l'oncologue. Alain suit son traitement durant trois mois environ... Il refuse l'extraction de sa tumeur jusqu'à son hospitalisation.

Durant une chimiothérapie, il avoue à un de ses proches qu'il voit une kinésologue et qu'« il envisage de mettre un terme au protocole chimique qui l'empoisonne ». Selon lui, il lui suffirait de chercher les causes de la maladie et d'identifier les membres de la famille responsables de son cancer ! Plus tard, il accuse sa sœur « d'être responsable de sa leucémie déclarée ». Elle était due, selon lui, « à (notre) mauvaise entente au moment de ses premiers soins » ! Il s'oriente alors vers une médecine parallèle pour soigner son cancer : il prend plusieurs rendez-vous chez Mme Suzanne Y., kinésologue, et adepte de la « biologie totale » de Claude Sabbah. Il décide également de rencontrer Paul Z. qui se prétend docteur en « décodage biologique ». Au cours d'une « consultation », Paul Z. aurait dit à Alain que les hémorragies abondantes des sinus (et par la suite de l'orbite) étaient dues à l'efficacité du décodage biologique.

Alain reprend pendant quelques temps son traitement conventionnel.

Plus tard, David R., naturopathe, lui conseille la cure de Breuss. Cette cure fait perdre à Alain plus de 30 kilos. La tumeur évolue considérablement et provoque des lésions dentaires. Le naturopathe lui conseille alors de prendre de l'huile de pépins de raisin bio pour désinfecter et soulager les

douleurs des gencives et des dents, et de prendre contact avec un dentiste énergéticien pour du décodage dentaire, car cette zone, qui est au niveau du palais, peut être touchée par des fuites énergétiques. Ce dentiste utilise des appareils qui sont censés identifier l'origine du problème dentaire. La séance coûte 75 euros et se déroule dans une résidence hôtelière.

9 avril 2008 : après des souffrances indescriptibles, Alain accepte enfin son hospitalisation. Il est décédé le 29 mai 2008 à l'âge de 42 ans.

Source : Restitution du témoignage de la sœur d'Alain, malade d'une tumeur à l'œil

80% des recettes encaissées par les mouvements sectaires ou gourous thérapeutiques viennent du recours à des pseudo-thérapies et de la formation professionnelle des soignants.

Une dérive sectaire est une forme spécifique de prosélytisme

En France, même si les cas recensés ne sont pas légion, la Miviludes estime indispensable de rappeler l'existence d'un risque sectaire potentiel en matière de **prosélytisme humanitaire**. En effet et à titre d'exemple, la présence dans les banlieues françaises, après les désordres de l'automne 2005, de certaines organisations sectaires revendiquant haut et fort les mérites de leur action humanitaire en faveur des populations en difficulté est préoccupante, surtout si l'on observe la similitude de discours apparaissant entre les propos de ces organisations et la manière dont l'actualité en question avait été traitée par quelques médias internationaux (Voir dans le rapport annuel 2005 pages 71 à 80).

Monsieur X., ancien psychologue et investi d'une conscience professionnelle singulière, explique vouloir « aller au-devant de la misère et de la détresse psychologique » de ceux qui seront ses futurs patients. Pour cela, il n'y a en effet qu'à ouvrir le journal et lire les rubriques nécrologiques pour contacter des familles dévastées par le décès d'un proche et leur proposer un accompagnement « sur-mesure » et coûteux...

Outre le prosélytisme humanitaire et en supplément du prosélytisme traditionnel, les mouvements sectaires mettent en place des stratégies exploitant tous les moyens à leur disposition pour diffuser et mettre en valeur leur message tout en décrédibilisant ceux qui les combattent. Médiatique, judiciaire, institutionnel : tout espace sujet à visibilité et communication est instrumentalisé. A titre d'exemple, on peut rappeler le lobbying pro-sectaire qui s'est mobilisé au plan national autour de la Commission d'enquête parlementaire sur « *L'enfance volée : les mineurs victimes de sectes* »⁴. Aujourd'hui, des campagnes de **désinformation** prenant la forme de faux documents officiels (revêtant drapeaux tricolores et présentant des images de bâtiments publics comme l'Assemblée nationale ou la Cour des comptes) sont organisées par des groupes de pressions pro-sectaires, à grande échelle (auprès des parlementaires, des ministères, des préfetures, des élus locaux, etc.).

Madame B., directrice d'Ehpad, reçoit une brochure accompagnée d'un DVD qui provient, semble-t-il, d'une respectable association d'aide aux victimes de maladies neuro-dégénératives et/ou psychiatriques. Intéressée par l'initiative, elle décide de contacter cette association pour prendre plus de renseignements. A sa grande surprise, le responsable qu'elle a au téléphone a des exigences très précises (ex : examen médical complet avec un médecin non psychiatre) et réclame des

⁴ Assemblée Nationale, Commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs. (2006). *L'enfance volée, les mineurs victimes de sectes*. (Publication n°3507). Paris : Assemblée Nationale. Repéré à l'URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-enq/r3507.pdf>

documents et/ou informations (statistiques, pages des registres de visites,...) pour pouvoir intervenir dans l'établissement au motif d'une qualité d'accompagnement des personnes et d'un souci d'efficacité.

Enfin, l'arrivée d'**Internet** a considérablement banalisé les méthodes dites « alternatives » prônées par certains mouvements sectaires. En les mettant à la disposition de tous, l'Internet offre un point d'entrée rêvé pour certains groupes ou certaines pratiques. L'absence de modérateur ou de contrôle du contenu des sites ou des réseaux sociaux ouvre la porte à de possibles dérapages et excès. Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'information « immédiate » ainsi obtenue grâce au Net est reçue sans le recul nécessaire et sans que les éléments diffusés n'aient été préalablement vérifiés ou actualisés. Il y a là un risque certain qu'un nombre croissant de personnes soit séduit par ces théories alternatives, particulièrement dans le domaine de la santé, du développement personnel et de la formation professionnelle, ce qui peut faciliter ensuite l'exercice d'une emprise à leur égard.

Fiche 4 : Quels sont les principaux modes d'entrée dans les établissements ?

Quatre grands risques

Les établissements publics ou privés d'accueil peuvent être confrontés à 4 types de risques :

- Les risques liés aux **personnels**. Certains professionnels peuvent véhiculer au sein de l'établissement un discours, des théories ou des méthodes en lien avec le mouvement auquel ils appartiennent ou qui les a formés.

Une AMP s'est récemment formée à titre individuel à la psychogénéalogie. Dans le cadre de son exercice au sein de l'établissement, elle réalise quelques consultations auprès des usagers.

- Le risque provenant de **l'établissement lui-même**. Des directions d'établissement peuvent construire le projet de service en s'appuyant sur des méthodes non reconnues par les pouvoirs publics.

Le directeur d'un établissement accueillant une proportion importante de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés décide de réorienter le projet médical pour y inclure le recours à des médecines douces destinées à mieux prendre en charge ce public spécifique. Ainsi, dans le projet d'établissement, figure la mention explicite de recours à ces thérapeutiques : psychothérapies, musicothérapies, magnétisme, soins par les algues, compléments alimentaires...

- Le risque provenant de **l'entourage de la personne**. Ce risque est d'autant plus prégnant que le membre de la famille ou le proche est lui-même tuteur ou curateur de la personne protégée.

Souffrant d'une MS sévère (paralyse partielle, difficultés d'élocution, troubles de la mémoire), Monsieur X. est hospitalisé suite à une chute. Son pronostic vital est engagé. Son gendre, également tuteur de Monsieur X. et membre d'une mouvance prônant le rejet des médecines traditionnelles, souhaite que Monsieur X. soit « rendu à sa famille » et qu'il suive des soins appropriés auprès d'un docteur en décodage biologique.

- Le risque lié aux **personnes extérieures** à l'établissement (bénévoles notamment ou organisations qui se livrent à du prosélytisme). Les résidents peuvent également être approchés par des mouvements sectaires à l'occasion d'activités extérieures individuelles ou organisées par l'établissement.

Quelques jours avant son entrée en Ehpad pour raisons de santé, Madame L., 77 ans, fait la rencontre d'un homme plus jeune qu'elle sur Internet. Bien qu'elle ne l'ait jamais rencontré physiquement, elle affirme nourrir une affection forte à l'encontre de ce jeune homme a priori plein d'attentions à son égard. Adeptes de yoga tantrique et de néo chamanisme, ce dernier lui demande de l'argent pour se rendre en Inde suivre une formation à Rishikesh. Quelques jours plus tard, il lui demande de nouveau de l'argent pour rester vivre en Inde où elle compte le rejoindre. Niant totalement les faits, Madame L. hypothèque sa maison pour préparer son projet de départ en Inde.

D'autres approches de certains mouvements se font sous couvert d'offre d'aide et de soutien au domicile. Par conséquent, les SAAD, SSIAD et SPASAD sont aussi concernés par l'infiltration de mouvements sectaires.

Sur les conseils de sa psychomotricienne, une personne âgée lui achète des fleurs de Bach, un élixir floral visant à rééquilibrer les désordres énergétiques suscités par sa DMLA naissante. Plus tard, la personne âgée se laissera convaincre par le discours de sa psychomotricienne et l'autorisera à réaliser une consultation pour favoriser la prise de conscience de soi et de toucher thérapeutique pour guérir de la maladie.

L'infiltration du système de santé par les mouvements sectaires

Les **pratiques de soins non conventionnelles** (PSNC), comme le reiki ou la fasciathérapie, sont de plus en plus fréquemment considérées comme des médecines alternatives dans la mesure où elles répondent aux attentes de prise en charge des personnes (écoute, temps accordé à la consultation, disponibilité du pseudo-praticien). Ces pratiques sont parfois introduites par des praticiens déviants au sein de l'hôpital en tant que substituts à un protocole de soins conventionnels. Le principe est le même pour les établissements médico-sociaux avec l'introduction de compléments alimentaires ou de techniques thérapeutiques non éprouvées pour accompagner les personnes dans le vécu de leur maladie ou leur fin de vie.

En autorisant sans autorisation ni contrôle la mise en place de pratiques différentes de celles de la médecine traditionnelle, le pseudo-thérapeute qui met en œuvre la pratique va ainsi bénéficier d'une caution et d'une respectabilité, utilisées également pour son activité en ville. Cette situation ne peut être tolérée et est punie par l'exercice illégal ou l'usurpation de titre d'une profession réglementée en ambulatoire.

La **formation des personnels** (lutte contre le « stress », accompagnement en fin de vie, etc.) est également une porte d'entrée privilégiée pour les dérives sectaires. Si la diversité des organismes est une chance, certains d'entre eux appartiennent à un mouvement sectaire cherchant à acquérir de nouvelles ressources financières, recruter de nouveaux adeptes et à conquérir des parts d'influence dans les entreprises et administrations. Ainsi, sur l'ensemble des formations proposées, 20% relèvent du « comportemental » ou du « développement de soi ». Or c'est justement dans ce domaine que le risque sectaire peut être le plus important, avec celui de la santé par le biais des PSNC.

Dans le cadre d'une journée de prévention des risques psycho-sociaux et de la gestion de la violence, un hôpital psychiatrique contacte un organisme de formation pour intervenir auprès de son personnel. Lorsque le directeur passe pour vérifier le déroulement de la formation, tout le groupe est absorbé par une séance de yoga psychocorporel pour apprendre à maîtriser ses énergies et ses émotions. Le formateur recommande au directeur un 2^e module de formation, d'une durée de 3 jours cette fois-ci, avec possibilité de certification à la méthode du personnel à la clé.

Axe 1 : Repérer, évaluer, structurer l'action

Les organisations ou individus malveillants font preuve d'une capacité d'adaptation importante et se cachent derrière des fausses intentions (aide, soutien, accompagnement, soin, etc.). Le repérage de ces groupes ou individus est complexe dans la mesure où les zones grises du droit sont exploitées pour créer un « flou » sur la situation. Il est donc difficile de les détecter.

En revanche, le directeur d'établissement peut repérer les personnes vulnérables ou présentant une exposition au risque particulière ainsi que les failles ou points d'entrée possibles de son établissement. Cet axe propose des outils pratiques pour l'aide au repérage, à l'évaluation et à l'organisation d'un plan d'action.

Fiche 5 : Qui peut être concerné par les dérives sectaires ?

Madame V, 79 ans, a une fille, deux petits-enfants, trois arrière-petits-enfants « qui sont loin... ». Son mari est décédé d'un cancer, il y a plusieurs années. Elle vit seule dans un tout petit appartement qu'elle loue très cher et n'a plus personne à qui parler. Son chien, bien que très âgé, lui tient encore compagnie. Les amis et voisins sont partis habiter dans d'autres villes ou sont décédés. Suite à son AVC, elle a de grandes difficultés à se déplacer. Elle utilise un déambulateur et a peur de sortir de chez elle. Elle ne veut pas déranger sa fille, « elle a ses problèmes, je ne veux pas la déranger ».

Confrontée à sa peur de sortir de chez elle, Madame V. ne sort plus son chien et décide, pour le bien-être de son protégé, de faire appel aux services d'une personne extérieure. En moins d'une heure, elle trouve une charmante jeune femme devant sa porte et prête à lui offrir ses services. Le temps passant, Madame V., de moins en moins autonome, accepte la proposition inespérée de cette jeune femme de venir aider au ménage et à la cuisine chez elle, en échange d'un toit pour une durée provisoire. Peu à peu, elle s'installe de façon définitive chez Madame V. et soutient que leur rencontre n'est pas due au hasard, qu'elle serait « envoyée de Dieu » pour la préserver de la maladie et de la mort. Pleine de doutes mais anxieuse de causer le départ d'une aide si précieuse, Madame V. ne dit rien. La jeune femme prend l'initiative d'installer son « cabinet » chez Madame V. afin de proposer aux personnes en détresse un « soutien moral ». Contrainte de suivre l'ensemble des consultations réalisées en raison de l'étroitesse de son appartement, Madame V. est décrétée « assistante psychologique » par la jeune thérapeute et est contrainte d'acquiescer aux étranges énoncés et diagnostics. Progressivement, Madame V. finira par se convaincre elle-même du bien-fondé des thérapies dispensées chez elle, et choisira par la suite de cesser le traitement médicamenteux pour son AVC pour le soigner par rééquilibrage des énergies et une analyse approfondie des dysfonctionnements supposés de sa « constellation familiale ».

Comprendre la notion de vulnérabilité

La vulnérabilité est un concept protéiforme, et par conséquent difficile à exploiter. En effet, elle est **universelle** (chacun d'entre nous est, a été ou sera vulnérable à un moment donné) ; elle est **potentielle et non certaine** (c'est un processus dynamique dans lequel une personne peut entrer et sortir) ; elle est **contextuelle** et **relationnelle** (l'entourage familial, social prévient et protège de situations difficiles, de même que les protections publiques proposées). Pour les personnes âgées, cette vulnérabilité se concrétise le plus souvent au travers de **l'isolement, le deuil, la maladie ou encore la perte de repères**.

La vulnérabilité présente également une dimension **individuelle**. Si tout le monde peut être touché, chacun expérimentera des situations où les difficultés ou fragilités se cumulent ou des situations dans lesquelles une ou plusieurs difficultés se maintiennent. La Miviludes invite les directeurs et leurs équipes à **intégrer dans leur projet d'établissement, en lien avec la bientraitance, une réflexion sur les enjeux de prise en charge des personnes vulnérables** afin de prévenir les situations de détresse et de dérives sectaires.

De plus, la loi renforce la protection envers les majeurs dont la vulnérabilité liée à l'âge ou à une altération des capacités physiques et/ou mentales. La vulnérabilité est à la fois un facteur aggravant des délits⁵ (application de peines plus lourdes) et constitutive de délits spécifiques⁶.

⁵ Voir les articles 221-4, 222-3, 222-8, 222-10 et 222-24 du Code pénal.

⁶ Voir par exemple l'article 223-15-4 du Code pénal.

Repérer les situations de maltraitance

Dans son rapport sur les liens entre violence et santé, l'OMS définit ainsi la **maltraitance** : « *On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée* ». Elle propose également un tableau récapitulatif des principaux indicateurs de maltraitance⁷ (voir ci-dessous), dont beaucoup peuvent concerner une dérive sectaire.

TABLEAU 5.1
Indicateurs de la maltraitance des personnes âgées

Physiques	Indicateurs relatifs à la personne âgée			Indicateurs relatifs au soignant
	Comportementaux ou psychologiques	Sexuels	Financiers	
<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions physiques • Chutes et blessures inexplicables • Brûlures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel • Coupures, marques de doigts ou autres preuves de contention • Trop de prescriptions à répétition ou pas assez de médicaments • Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale • Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène • La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil • Peur, confusion ou air de résignation • Passivité, repli sur soi-même ou dépression de plus en plus marquée • Sentiment d'impuissance, de désespoir ou angoisse • Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale • Hésitation à parler franchement • Evite les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant • La personne âgée est tenue isolée par d'autres 	<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions sexuelles • Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée • Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité, repli sur soi-même ou automutilation • Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables • Infections génitales récurrentes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale • Sous-vêtements déchirés ou tachés, notamment de sang 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraits d'argent irréguliers ou atypiques de la personne âgée • Retraits d'argent ne correspondant pas aux moyens de la personne âgée • Modification d'un testament ou changement de titre de propriété pour laisser une maison ou des biens à de nouveaux amis ou des parents • Disparition de biens • La personne âgée ne retrouve pas des bijoux ou des biens personnels • Transactions suspectes sur le compte de la carte de crédit • Manque de confort, alors que la personne âgée pourrait se l'offrir • Problèmes médicaux ou de santé mentale non soignés • Le niveau de soins ne correspond pas au revenu ou aux biens de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> • Le soignant semble fatigué ou stressé • Le soignant semble trop intéressé ou pas assez • Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence • Le soignant se montre agressif • Le soignant traite la personne âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante • Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui • Le soignant ne veut pas que la personne âgée ait un entretien avec quiconque seule • Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être hostile ou évasif • Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée

La MIVILUDES recommande également de se référer à l'**Outil de dépistage et d'intervention des victimes ainés** (ODIVA, figurant à l'annexe VI de ce guide), établi en vue d'identifier des situations de vulnérabilité et détecter d'éventuelles situations de maltraitance.

⁷ Source : Rapport OMS, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Chapitre 5 Maltraitance des personnes âgées, p137-162.

Repérer une situation de dérive sectaire chez la personne

Questionnaire d'aide au repérage des dérives sectaires

L'apparition d'une dérive sectaire est liée à un contexte de vulnérabilité qui la favorise. Les principaux indices permettant de déceler une dérive sectaire sont :

		Oui	Non
<u>Habitudes de vie</u>	La personne a-t-elle un régime alimentaire particulier ? A-t-elle changé ses habitudes alimentaires récemment pour adopter une pratique dangereuse pour la santé (jeûne, régime carencé...) ?		
	Une personne, autre que son médecin habituel, lui propose-t-elle des compléments alimentaires ?		
	A-t-elle modifié ses habitudes vestimentaires ? Vous semble-t-elle porter des vêtements dictés par un nouveau mode de vie ?		
	Quelles sont les capacités décisionnelles de la personne ? Celles-ci vous paraissent-elles altérées pour une raison autre que sa pathologie ou sa vulnérabilité psychologique ?		
	La personne pratique-t-elle une religion ? A-t-elle changé sa pratique culturelle et/ou ses croyances récemment ?		
<u>Soins</u>	La personne refuse-t-elle les soins, les vaccinations obligatoires ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?		
	L'arrêt des soins est-il accompagné psychologiquement ? Par qui ?		
	L'arrêt des soins curatifs est-il associé au démarrage ou à la continuité de soins palliatifs ?		
	La personne cesse-t-elle des soins conventionnels pour s'orienter sur des soins exclusivement non conventionnels ?		
	Le thérapeute est-il omniprésent et/ou consulté dans toutes les prises de décisions (même étrangères à la santé) ?		
<u>Relations familiales</u>	La personne est-elle habituellement entourée de sa famille ou ses ami(e)s ?		
	Avez-vous observé chez la personne un changement de comportement vis-à-vis de ses proches ?		
	La personne vous paraît-elle avoir rompu avec son entourage familial et social habituel ?		
	Y a-t-il dans son entourage une personne qui monopolise son attention ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) (promesses de guérison, soutien psychologique, encouragement à rompre des liens familiaux) ?		
<u>Situation financière</u>	Donne-t-elle de l'argent à un membre du personnel ou un bénévole ?		
	La personne fait-elle de grosses dépenses pour acheter des médicaments ou compléments alimentaires en dehors de ceux prévus par le forfait soins de l'établissement ? A-t-elle payé en avance plusieurs séances de thérapies ?		

	Avez-vous eu connaissance d'un don (hors cadeaux d'usage) qu'elle aurait fait en faveur d'une personne extérieure à sa famille (personnel de soin, bénévole, thérapeute, ...) ?		
	Pensez-vous que la personne subisse des pressions psychologiques en vue d'obtention d'argent ?		
<u>Violences</u>	Avez-vous eu connaissance de faits de maltraitance la concernant ? Si oui, quelle était la nature de celle-ci (physique, financière, psychologique) ?		
	La personne vous paraît-elle faire l'objet d'interdits culturels ou spirituels inappropriés à la vie en collectivité ? La personne est-elle culpabilisée lorsqu'elle brave ces interdits ?		
	La personne a-t-elle peur des conséquences de la levée de ces interdits ?		

Il existe un risque de dérive sectaire lorsqu'au moins deux critères s'associent. Plus le nombre de critères est important, plus l'**emprise mentale** du gourou ou du mouvement sectaire sur la victime est importante.

Fiche 6 : Réaliser une cartographie des risques dans son établissement

Cette démarche permet d'**identifier** des risques évidents ainsi que d'autres qui sont plus insidieux. Elle permet également de **hiérarchiser** ces différents risques et de définir ensuite les actions prioritaires à mener.

Enfin, et dans un souci d'efficacité et de **garantie de légalité**, la cartographie des risques oblige à **prendre conscience des vulnérabilités de l'établissement** et de son fonctionnement quotidien ainsi qu'à se doter de dispositifs de **mise en conformité** et autres mesures visant à **diminuer son niveau d'exposition au risque**.

La Miviludes propose une adaptation de ces outils à la prévention et la lutte contre les dérives sectaires, fortement inspiré par les travaux déjà menés par la HAS et la FORAP pour cartographier les risques de maltraitance en établissement⁸.

Le tableau de cartographie des risques de dérives sectaires ainsi créé a pour objectif d'aider le directeur à déterminer son niveau d'exposition au risque et de prendre les mesures adaptées à la réduction de celui-ci. Vous pouvez le télécharger : http://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/carto_derives_sectaires.xlsx

⁸ Cf. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bientraitance

Fiche 7 : Adapter le projet d'établissement

L'objectif de cette fiche est de proposer des axes de travail **ne générant pas ou peu de surcoûts spécifiques** à la mise en place d'une politique de lutte contre les dérives sectaires. En effet, les objectifs et moyens de cette politique peuvent facilement être conjugué avec d'autres : lutte contre la maltraitance, amélioration de la qualité, etc.

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** généralisant la notion de « projet d'établissement » à l'ensemble du secteur social et médico-social ;
- **Article L6143-2 du Code de la santé publique** définissant le projet d'établissement ;
- **Recommandations de bonnes pratiques ANESM** « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ».

Evaluer en interne

Avant la refonte et la rédaction de tout ou partie du projet, une **évaluation interne** de la mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance dans l'établissement doit être menée, en y associant les spécificités des risques de dérives sectaires. Au cours de cette démarche d'évaluation, on portera une attention particulière à :

- l'entrée ou d'admission de la personne âgée dans l'établissement ;
- la prise en charge de la douleur, des chutes et escarres, de la dénutrition ;
- la prise en charge des troubles du comportement ;
- l'accompagnement en fin de vie ;
- le contenu du plan de soin, sa validation et la réalisation des soins ;
- le maintien des liens sociaux ;
- la garantie des droits individuels (respect de la vie privée, liberté de religion, liberté d'aller et venir, etc.).

Les recommandations qui découleront de ce travail d'évaluation doivent être **claires, concises** et, dans la mesure du possible, **mesurables**. L'objectif est de fournir des éléments à intégrer au projet d'établissement et qui puissent s'incorporer facilement dans le fonctionnement quotidien de la structure.

Il est possible de conserver le groupe de travail qui a conduit l'évaluation interne pour rédiger les modifications ou le nouveau projet d'établissement.

Intégrer le risque au projet d'établissement

Le risque de dérives sectaires peut être intégré au projet d'établissement de plusieurs façons, conjugables :

- Au titre des valeurs portées par l'établissement

Par exemple, des valeurs comme la lutte contre la maltraitance de tous types, l'accès à des soins de qualité et la continuité de ceux-ci, l'accès à des soins de confort peuvent être inscrites dans le projet d'établissement. L'essentiel est de **ne pas faire référence à des principes philosophiques ou déontologiques controversés** pouvant suggérer l'orientation de la politique de l'établissement vers des pratiques de soins non recommandés (ex : anthroposophie, biodécodage, psychogénéalogie,

etc.). Par ailleurs, il est possible d'inscrire des principes d'intervention ou de gestion comme par exemple la **référence systématique de tous les professionnels à une charte déontologique ou de bonnes pratiques**. Le choix des communications (conférences, journées découvertes ...) et des formations professionnelles ou des usagers doivent correspondre aux obligations légales, aux valeurs défendues par l'établissement et aux bonnes pratiques recommandées par la HAS et l'Anesm.

- Au titre de l'anticipation des évolutions des caractéristiques du public accueilli

L'établissement prend en compte les tendances sociodémographiques, économiques et financières des populations de son secteur pouvant faire l'objet d'une hospitalisation ou d'une admission en maison de retraite. Il fait le choix d'anticiper une **distension des relations familiales**, une **hausse potentielle du niveau de dépendance** des personnes âgées et de la **multiplication des situations de vulnérabilité**.

- Au titre des missions assumées par l'établissement

Il est courant que les professionnels fassent évoluer leurs pratiques et proposent ainsi de nouvelles prestations de soins ou de nouveaux modes d'accompagnement. Ces évolutions doivent être bien sûr perçues comme une richesse et un signe de créativité. Toutefois, l'établissement doit rester **attentif à l'orientation thérapeutique ou sociale** que prennent ces évolutions. Il doit **tenir compte de l'autorisation sanitaire et du périmètre de l'habilitation sociale** et se tenir aux offres de services qu'il est possible de financer en lien avec les besoins des publics.

- Au titre de la nature et de l'organisation interne de l'offre de services

Il est conseillé de faire la liste des services offerts au sein de l'établissement et de les décrire. Ce travail de recensement et de précision permet de **poser des limites** (périmètre, calendrier, etc.) au développement des pratiques de soin et d'accompagnement. L'établissement peut prévoir la **mise en œuvre d'expérimentations** dont il précise la durée, le nombre de personnes bénéficiaires, le nombre de professionnels concernés, le coût. Un contrôle de qualité doit être réalisé pour **vérifier l'efficacité supposée du soin** et son **rapport coût/bénéfice**.

- Au titre des partenariats et de l'ouverture de l'établissement

L'ouverture sur l'extérieur est un enjeu important dans la vie d'un établissement et pour la qualité de vie et le bien-être de la personne hospitalisée ou hébergée. La Miviludes recommande le **recours à un conventionnement avec les associations, les professionnels libéraux, et les autres partenaires institutionnels** (mairies, tutelles, CLIC, etc.). Cette démarche de conventionnement permet de **sélectionner** les associations et les professionnels libéraux pour leurs bonnes pratiques et d'encadrer leurs activités au sein de l'établissement (ex : jours et horaires de visite, badges, contenu des activités, etc.).

Associer les instances pendant et après l'adaptation du projet d'établissement

Tout au long du travail d'intégration de la problématique des dérives sectaires dans le projet d'établissement, il peut être opportun d'**associer les instances** participant à la vie quotidienne de l'établissement (CTE, CHSCT, CA, CDU, CVS ...).

Cette démarche permet de **sensibiliser les acteurs au sujet des dérives sectaires** et de **susciter leur adhésion à la modification du projet d'établissement**. En outre, cette étape a priori délicate facilitera, à terme, la validation du nouveau projet par la demande d'avis des instances représentatives des usagers et par l'approbation des instances dirigeantes.

Axe 2 : Protéger les droits des personnes

Les dérives sectaires causent des violences et des maltraitances. En cela, elles violent les droits fondamentaux de leurs victimes. Le directeur d'établissement a une obligation de mise en sécurité des personnes qu'il accueille et de leurs biens : il doit œuvrer à l'effectivité de leurs droits fondamentaux tout en préservant la liberté de choisir son mode de vie.

Cet axe propose de réfléchir sur 3 thèmes sensibles dans lesquels les dérives sectaires peuvent survenir facilement : la maltraitance financière, l'accompagnement de l'aidant familial et le refus de soins.

Fiche 8 : Lutter contre la maltraitance financière

Pour les « prédateurs » sectaires, la personne âgée est une cible en raison soit de l'importance de ses biens, soit de la régularité de ses revenus (pensions vieillesse, minimas et aides sociales). La maltraitance n'entraîne pas seulement une morbidité accrue, mais aussi un taux plus élevé de mortalité non associée directement à des actes de mauvais traitements.

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;**
- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;**
- **Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ;**
- **Loi n° n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement :** extension de l'interdiction des dons et legs à toute personne intervenant au domicile de la personne âgée, même si celle-ci est hébergée en Ehpad.
- **Art.311-3 du Code de l'action sociale et des familles** mentionnant les droits et libertés garanties à la personne lors de sa prise en charge.

Qu'est-ce que la maltraitance financière ?

La maltraitance financière peut être définie comme « *tout acte commis sciemment en vue de l'utilisation ou de l'appropriation de ressources financières d'une personne à son détriment, sans son consentement ou en abusant de sa confiance ou de son état de faiblesse physique ou psychologique* »⁹. Cette définition inclut plusieurs manifestations concrètes de la maltraitance financière : vols, escroqueries, abus de faiblesse, cas avérés de dérives sectaires et la délinquance « astucieuse » (mariages arrangés, adoptions inopinées, cohabitations, squats affectifs...). La **spoliation des biens**, le **détournement d'héritage** et l'**escroquerie** sont les délits les plus fréquemment observés.

La loi pose le principe de la présomption irréfragable de captation dans les articles 909 et 1125-1 du Code civil. En 2015, la loi ASV a considérablement étendu cette présomption en interdisant les legs et dons (hors cadeaux d'usage) à toute personne intervenant auprès de la personne âgée. Sont désormais concernés par cette interdiction les professions médicales et paramédicales, tout personnel travaillant en Ehpad ou dispensant des soins psychiatriques, les infirmières et aides ménagères à domicile, les mandataires judiciaires, les ministres du culte, les bénévoles.

Le directeur de l'établissement sanitaire ou médico-social a, de façon générale, un **devoir de protection de la personne âgée dans le respect de ses droits**¹⁰.

Limites du consentement

« *Le fils de Jeanne est membre d'une secte depuis près de dix ans. Leurs derniers échanges épistolaires remontent à plusieurs années lorsque le groupe a connu des difficultés financières et que le gourou a demandé aux adeptes de récupérer de l'argent auprès des familles. Comme elle avait refusé, il avait rompu tout contact. Depuis, quand elle écrit à son fils, c'est un avocat qui*

⁹ Médiateur de la République, A. KOSKAS, V. DESJARDINS, J.P. MEDIONI (2011). *Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*. Paris : Services du Médiateur de la République. Repéré à l'URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000089.pdf>

¹⁰ Voir la Charte des droits et libertés de la personne accueillie : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf

répond, l'accusant de malveillance. Les familles des adeptes se sont regroupées et après plusieurs années de doute, Jeanne s'est décidée à porter plainte pour abus de faiblesse : « J'en ai assez d'entendre des personnes qui ne connaissent pas cette situation me dire que mon fils est adulte et donc libre de faire ce qu'il veut et de voir qui il veut. Je n'ai pas envie de « récupérer » mon fils, je veux seulement qu'il soit libre de voir qui il veut. » »

Extrait de *Abus de faiblesse et autres manipulations*, Marie-France Hirigoyen, 2012

La liberté de consentir de l'individu ne consiste pas en l'obtention d'une permission de s'aliéner. Aussi, le directeur d'établissement se doit d'être vigilant sur la réalité du consentement de la personne âgée concernant la gestion de ses biens. Evidemment, il est délicat d'intervenir en amont, dans une logique de prévention, en regard de l'obligation de respect de la vie privée. Toutefois, une **information peut être dispensée à l'entrée en établissement** de la personne âgée et/ou **par l'intermédiaire des CVS**.

Outre son état de santé et ses capacités de discernement, plusieurs indices permettent au directeur d'établissement de douter de la réalité du consentement de la personne âgée.

Indices de repérage des risques de dérives sectaires¹¹

- prendre sans autorisation, utiliser de manière abusive ou cacher des ressources/biens/actifs ;
- emploi de moyens de coercition, d'incitation, d'intimidation ou de fausse représentation envers la victime ;
- utiliser un compte en banque ou une carte de crédit à l'insu de la personne ;
- forcer la personne à donner une procuration ;
- s'accaparer des fonds ou des biens pour servir ses propres intérêts ou ceux du groupe auquel on appartient ;
- contrefaire des signatures ;
- encaisser des chèques ou vendre des biens pour en conserver l'argent ;
- donner de fausses informations sur les fonds.

Par manipulation mentale ou sujétion psychologique, les individus malveillants s'arrogent des « privilèges » en spoliant les biens de la personne âgée. **Le meilleur moyen de faire cesser ces pratiques est de bloquer ou supprimer le moyen employé pour capter les fonds.**

Il est recommandé de :

- réaliser un **inventaire des biens contradictoire** de la personne à l'entrée en établissement ;
- informer les personnes hébergées de **l'interdiction de recevoir des libéralités** et proposer des solutions pour qu'elles puissent faire leurs dépenses de façon sécurisée
- **accompagner la personne victime dans les démarches à réaliser** auprès de la banque ou du notaire (ex : opposition sur chéquier ou carte bancaire) ;
- si nécessaire, proposer le recours à une **mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) en priorité**, avant de protéger la personne par une mesure de tutelle ou de curatelle ;
- **accompagner les professionnels de santé dans la levée du secret** en cas de maltraitance financière (ex : informer sur les garanties et protections du professionnel, attester de sa probité et de sa bonne foi, etc.) ;
- selon la gravité des faits :
 - o signaler la situation au **banquier**, au **notaire** ou au **comptable** gérant les comptes de la personne
 - o signaler au **procureur de la République** ou au **juge des tutelles**, selon la situation de la personne (déjà protégée ou non, victimes de délits spécifiques ...).

¹¹ Données tirées des études réalisées par le National Center on Elder Abuse, Tueth et Hafemeister.

Fiche 9 : Aider l'aidant familial

Depuis que sa mère a été diagnostiquée de la maladie d'Alzheimer, Monsieur C. s'accorde difficilement du temps pour prendre soin de lui ou rendre des visites à des amis. Ses enfants poursuivent leurs études dans les grandes villes et ne peuvent lui venir en aide que pendant leur période de vacances. Avec le temps, Monsieur C. s'épuise dans sa relation d'aidant. Peu à peu, il s'isole chez lui, ne supporte plus les demandes incessantes de sa mère et devient agressif envers elle. Le temps qu'il consacre à l'accompagnement de sa mère est également source de conflits avec son épouse, qui se sent délaissée et qui ne comprend pas ce qu'elle interprète comme un sur investissement. Conscient que cette situation ne peut plus durer, Monsieur C. accepte d'accompagner sa femme chez un conseiller conjugal. Ce dernier leur recommande de passer en effet un peu plus de temps à deux. Pour suivre ces conseils, Monsieur C. et sa femme décident de participer à un groupe de prières et à un temps d'échanges. L'animatrice de ce groupe s'intéresse de façon très particulière à l'histoire et à l'état de Monsieur C. qui se décrit en souffrance depuis qu'il s'occupe de sa mère. Elle leur recommande de participer plus régulièrement aux temps de prière, puis de venir habiter temporairement dans la maison commune, où d'autres couples sont venus « se ressourcer ». Petit à petit, l'animatrice prendra l'ascendant sur le couple C. Ils cesseront de donner des nouvelles à leurs enfants et rompent la relation d'aide établie pour prendre en soin la mère de Monsieur C.

A l'heure actuelle et bien qu'elle se développe petit à petit, l'aide aux aidants familiaux est encore très succincte en France. Or, ils sont les premiers à prendre en charge leur parent âgé (dément ou non), bien avant l'entrée en institution.

- **Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**: création du droit au répit (intégré à l'APA) ;
- **Art.R245-7 du Code de l'action sociale et des familles** : définition de l'aidant familial.

Parmi les aidants, plusieurs distinctions peuvent être faites : un couple d'actifs ayant à charge leurs enfants et leurs parents ; les aidants âgés et/ou malades ayant à charge leur conjoint ou un autre proche. Les aidants familiaux sont souvent placés dans des situations de vulnérabilité sociale en raison des responsabilités et des soins qu'ils fournissent à leur proche ainsi que **d'isolement progressif**. Ils peuvent rencontrer des **difficultés financières**, mais font plus souvent face au **risque de décompensation psychique et somatique de leur relation d'aide** (dépression, stress, dégradation de leur état de santé).

Dans la prévention et la lutte contre les dérives sectaires, les aidants familiaux ne doivent pas être oubliés ou négligés. A titre d'illustration, certains individus vont jusqu'à éplucher les rubriques nécrologiques pour contacter des familles endeuillées. De plus, **si l'aidant familial exerce une mesure de tutelle ou de curatelle de son proche**, il peut être approché pour des raisons financières.

Que proposer ?

Afin de prévenir et protéger les aidants de mouvements malveillants à leur rencontre, les directeurs d'établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux ont le devoir de **rompre la situation d'isolement social** dans laquelle se trouvent les aidants occupés à temps plein par la prise en charge

de leurs proches et **d'offrir les informations et prestations nécessaires à la mise en œuvre du droit au répit.**

Il est donc recommandé de :

- mettre en place ou participer à une **plateforme d'aide et de répit** pour les aidants familiaux (Paraf)
- pour les Ehpad, développer les **modes d'hébergement alternatifs** : halte-répit, accueil de jour, hébergement temporaire « classique », hébergement temporaire de nuit, hébergement temporaire de crise, etc.
- pour les hôpitaux, proposer une **formation aux aidants familiaux** concernant la prise en charge de leur proche (conférences, ateliers pratiques, ...)
- pour les services d'aide ou de soins infirmiers à domicile, développer le **recours au baluchonnage**
- informer sur les **soutiens psychologiques mis à disposition** de l'aidant familial (ex : cafés des aidants, consultations psychologues, assistance téléphonique « Ecoute info aidants familiaux », etc.)
- informer et **faciliter l'accès aux soins** des aidants.

Pour plus d'informations, consulter le Guide des pratiques de l'accompagnement des aidants familiaux : http://crmh.centredoc.fr/opac/doc_num.php?explnum_id=61

Fiche 10 : Refus de soin

Dans certaines circonstances, les professionnels de la santé peuvent être confrontés à un refus du patient (ou de ses parents, de son représentant légal ou du tuteur pour les personnes majeures sous tutelle) de se soigner, alors même que des soins paraissent manifestement nécessaires (ex. : transfusion sanguine). Ces refus de soins peuvent être dictés par des mouvements à caractère sectaire qui tentent d'imposer leurs vues, parfois même jusqu'au sein des cabinets médicaux ou des hôpitaux, en s'immisçant à un moment particulièrement délicat dans la relation patient-praticien de la santé.

- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** : le consentement repose sur une information claire, loyale, appropriée au malade, à sa maladie et au traitement, progressive et évolutive. Le consentement aux soins peut être retiré à tout moment ;
- **Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie** : le médecin ne doit poursuivre pas des soins avec une obstination déraisonnable. Lorsque les actes sont inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris ;
- **Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie** ;
- **Article 16-3 du code civil** : il ne peut être porté atteinte à l'intégrité physique de la personne qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui ;
- **Article L1110-5 du code de la santé publique** : les malades ont un droit aux soins les plus appropriés ;
- **Article L1111-4 du code de la santé publique** : si le refus de soin est confirmé, « Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. (...)Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L.1110-10 ».

Que faire en cas de refus de soins ?

Le refus de soins doit être analysé pour en comprendre les raisons, rationnelles ou irrationnelles, et s'assurer que la décision prise par la personne est éclairée et sûre. Il ne s'agit pas d'influencer la décision prise, mais de vérifier que le consentement ou le refus de soins n'a pas été faussé par une situation potentielle d'emprise mentale ou de sujétion psychologique.

Précautions d'ordre général

Pour minimiser les causes d'une décision non éclairée de refus de soins, il est recommandé au directeur de :

- proposer une **réflexion éthique** au personnel de l'établissement sur le sujet
- **former** le personnel de l'établissement à **l'analyse des causes de refus de soins** et aux solutions existantes
- susciter la **désignation d'une personne de confiance** et la **rédaction de directives anticipées** au moment de la visite de pré-admission, de la procédure d'admission ou lors du séjour à l'hôpital
- mener une **évaluation interne de la qualité** des prestations et soins dispensés

Et, en lien avec les soignants, de :

- s'assurer du **confort physique et psychologique** de la personne (appel médecin, psychologue pour vérifier les conditions de prise en charge de la douleur) ;
- en cas d'inconfort de la personne, **rechercher une cause organique** (douleur, infection...), une **dépression**, des **facteurs socio-environnementaux** ;
- s'assurer du **caractère répété** du refus des soins avant de les arrêter ;
- s'intéresser à **ce sur quoi le refus s'exerce** pour en apprécier la portée : une hospitalisation, un traitement, un soin d'hygiène, un régime alimentaire, etc. ;
- **respecter les directives anticipées** souhaitées par la personne ou par le biais de ses proches, de la personne de confiance ou du mandataire si les directives n'ont pas été rédigées.

Indices de repérage des risques de dérives sectaires

- promotion du refus de soins conventionnels par un professionnel de santé, un thérapeute non conventionnel auprès du patient ;
- arrêt des soins sans accompagnement palliatif et prise en charge psychologique ;
- refus brusque de soins d'hygiène ou alimentaires ;
- la personne explique difficilement les raisons de son refus de soins ;
- le tuteur s'oppose ou empêche la délivrance de soins conventionnels, niant la volonté du majeur ;
- suicide suite à des pressions psychologiques ou sociales, ou suite à un arrêt de soins décidé dans des conditions obscures.

Cas particuliers

Refus de soin par la personne démente

« Je ne résiste pas à l'envie de vous lire un passage de la méthode Lise Bourbeau concernant la maladie d'Alzheimer : « *Cette maladie est un moyen utilisé pour fuir la réalité du présent. La personne atteinte de cette maladie a souvent été du genre à s'occuper des autres. Elle utilisait beaucoup sa mémoire pour effectuer les tâches du quotidien, s'immergeant dans celles-ci pour essayer d'oublier les incidents du passé qui l'ont fait souffrir...* ». »

Audition d'Olivier Hertel, journaliste à Sciences & Avenir, Rapport d'information du Sénat, « Dérives thérapeutiques et dérives sectaires : la santé en danger », Tome II, procès-verbaux des auditions.

L'enjeu pour le médecin est d'abord de s'assurer que le refus de soins **ne se confond pas avec la relation soignant/soigné**, c'est-à-dire de vérifier que la personne identifie qui est soignant. Il se peut qu'elle accepte le soin refusé initialement en étant mise en relation avec un autre soignant.

Lorsque le refus de soins est exprimé par la personne de confiance ou à défaut par le proche, la décision **ne doit pas être prise en raison de croyances infondées en l'efficacité d'une thérapeutique alternative spécifique** ou **d'un abandon psychologique** dans l'accompagnement de la personne démente découlant d'une rupture familiale (le proche pourrait être sous emprise mentale ou simplement en difficulté).

La prise en compte du refus de soins doit être sécurisée par la mise en place d'une **procédure collégiale et pluridisciplinaire** qui associe autant que possible le patient ou son proche, responsable légal, personne de confiance ...

Refus de soins par le majeur protégé

Sauf en cas d'urgence, où le médecin serait dans l'obligation de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour sauver la vie de son patient, **le majeur, même sous tutelle, conserve une capacité (juridique) de décision concernant ce qui relève de sa santé.**

Les soins indispensables peuvent être délivrés au majeur, s'il y consent, par le médecin **sans l'accord ou le consentement préalable du tuteur.** Si le tuteur s'opposait au consentement ou au refus de soins du majeur dont il a la responsabilité, et que ce comportement est susceptible d'entraîner des conséquences graves pour le majeur, le médecin peut informer le procureur de la République et le juge des tutelles pour qu'ils examinent la situation.

Suite à une tentative de suicide

La demande de refus de soin doit être entendue par l'équipe soignante et l'ensemble du personnel d'un établissement dans sa dimension d'expression d'un mal-être. La démarche clinique habituelle doit donc être suivie : stabilisation de la condition physique du patient, puis intervention d'autres médecins dont psychiatres et/ou psychologues pour accompagner la personne après sa tentative de suicide. Le rôle de ces professionnels est de **soulager psychologiquement et psychiquement la personne** et de **vérifier**, par la suite, **dans des conditions apaisées, si le refus ou la demande d'arrêts des soins est toujours présente.** Attention cependant à ne pas recourir à des thérapies déviantes de type « soutien moral » ou « faux souvenirs induits ».

Axe 3 : Protéger son établissement

Pour réduire efficacement les risques d'entrisme des dérives sectaires, le directeur doit adopter un comportement de prévention dans différents sphères de la gestion de son établissement. Les dérives sectaires étant particulièrement actives sous la forme d'associations, d'organismes de formations et de pratiques de soins conventionnels, il est important de sélectionner les intervenants et les partenaires de l'établissement.

Cet axe propose des mesures concrètes et immédiatement applicables.

Fiche 11 : Conventionner, contractualiser avec l'extérieur

L'ouverture sur l'extérieur des établissements de santé ou hébergeant des personnes âgées est une exigence sociétale qui ne peut être ignorée. Elle participe en effet à la **qualité de la prise en charge** et à la **qualité de vie** de la personne.

Aussi, favoriser l'intervention de l'ensemble de ces initiatives (associatives ou libérales) est un facteur de qualité de prise en charge ainsi qu'une obligation légale pour les établissements. Cependant, cette ouverture doit être **conciliée avec l'obligation de mise en sécurité des biens et de protection des personnes** qui incombe à l'établissement.

- **Article L1112-5 du Code de la santé publique** : « Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles (...). Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention. » ;
- **Article R1110-4 du Code de la santé publique** : sur le respect de la vie privée et le secret médical ;
- **Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004** relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type ;
- **Recommandations de bonnes pratiques Anesm** « Qualité de vie en Ehpad (volet 3) – La vie sociale en établissement ;
- **Guide AP-HP « Les associations à l'hôpital ».**

Conventionner avec une association

Lorsqu'une convention doit être établie, l'établissement signataire ne doit pas ignorer les statuts de l'association ainsi que ses activités principales. En effet, le paysage associatif est très diversifié : une association de représentants des usagers ne peut être pas être traitée de la même façon qu'une association de bénévoles accompagnateurs en fin de vie. De même pour les associations de bénévoles qui proposent des activités de loisirs (jeux, sorties, etc.).

A ce titre, une attention toute particulière doit être portée aux associations d'accompagnement en fin de vie. En effet, elles constituent un des canaux principaux d'entrée de mouvements sectaires dans les établissements, exploitant la détresse des personnes malades et de leurs familles.

De façon générale, dans les conventions, il est donc recommandé de :

- **tenir compte du but associatif** : représentation d'usagers, accompagnement en fin de vie, loisirs, etc. ;
- **adapter la convention en conséquence** : prévoir les modalités d'intervention des associations représentantes dans les instances décisionnelles ou de gestion, définir des modalités fines d'intervention et de contrôle des activités des associations de soins palliatifs, etc. ;
- **annexer à la convention et faire signer le règlement intérieur de l'établissement, la charte des droits et obligations de la personne hospitalisée ou de la personne âgée, un extrait du projet d'établissement** (valeurs portées) ou une **charte de bonnes pratiques** si l'établissement en dispose ;
- **décrire** de façon précise le **type d'intervention** proposé (visites, activités d'animation, accompagnement en sortie ...)

- inscrire dans la convention une **obligation de respect des règles de discrétion et de confidentialité**.

Au sein de l'établissement, il est recommandé de :

- **conventionner avec une association agréée** par la commission nationale d'agrément ;
- **désigner un interlocuteur spécifique** pour gérer les conventions et le fonctionnement quotidien des différentes interventions ;
- **organiser la coordination** avec le chef de service ou le médecin coordonnateur pour les associations intervenant dans les services de soins palliatifs ;
- organiser **la traçabilité et l'identification des bénévoles** ;
- **évaluer annuellement l'intervention des bénévoles ou salariés** de ces associations ;
- **informer les personnes âgées et leurs familles des associations intervenantes** à l'hôpital ou à l'Ehpad (cette démarche permet d'identifier indirectement les éventuels « intrus » qui ne seraient pas autorisés dans les locaux).

Encadrer les interventions des professionnels libéraux médicaux et non médicaux

A l'hôpital ou en Ehpad, les médecins libéraux peuvent intervenir auprès de la personne âgée. Cette participation peut s'organiser grâce à différents statuts juridiques : celui du praticien attaché, du contrat de clinicien, de praticien contractuel ou de participation à l'exercice de missions de missions de service public.

- **Article L1110-8 du code de la santé publique** : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.* »
- **Article L6146-2 du code de la santé publique** : « (...) *le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral (...) à participer à l'exercice des missions de service public (...) attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.* »
- **Décret n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé**
- **Décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements pour personnes âgées dépendantes**
- **Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types** devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **Conseil d'Etat, 1^{ère} et 6^e sous-sections réunies, 20 mars 2013, décision n°345885**
- **Recommandations de bonnes pratiques Anesm** « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident

Depuis 2013, le Conseil d'Etat a estimé que la loi avait rendu obligatoire la signature de contrats entre médecins libéraux et établissements de santé, et que l'absence de cette signature « *a ainsi exclu l'intervention, dans ces établissements, de professionnels de santé qui auraient refusé de signer un tel contrat* ».

L'Ehpad est en revanche un lieu de vie avant d'être un lieu de soin. Le directeur ne peut en aucun cas contrevenir à la liberté de choix du praticien. L'équilibre doit être recherché dans la relation

particulière établie entre l'Ehpad et le résident au travers de son **contrat de séjour**. Le résident doit être informé lors de son admission de l'obligation faite à son praticien de signer un tel contrat. S'il manifeste son acceptation en signant le contrat de séjour mentionnant une telle obligation, le principe du libre choix de son praticien par le résident est préservé.

Ce contrat n'est pas un contrat de travail. Il ne s'agit ni de « salarier » le professionnel libéral, ni de limiter sa patientèle potentielle, ni de restreindre sa liberté de prescription. Il relève davantage d'une démarche de « **standardisation** » **les interventions en clarifiant les relations entre professionnels et établissements**.

Il est recommandé au directeur d'établissement de :

- vérifier son **inscription au registre** ;
- s'assurer de **la compétence et la probité du professionnel auprès de son ordre** ;
- **définir et circonscrire les missions** auxquelles participent le médecin libéral ;
- **définir ses modalités d'intervention** (accès au dossier médical, transmissions...) ;
- **mettre à disposition des usagers la liste des médecins et autres professionnels ayant contractualisé avec l'établissement** ;
- **systématiser le partenariat avec le chef de service ou le médecin coordonnateur** ;
- **rechercher l'adhésion aux valeurs portées par le projet d'établissement** ou à **une charte de bonnes pratiques** concernant les soins et les transmissions d'informations avec le personnel de l'établissement ;
- organiser **la traçabilité et l'identification des professionnels** ;
- organiser un **suivi des contrats** pour repérer les éventuelles dérives ou défaillances.

Dans le cas où le médecin libéral demande à signer le contrat ou qu'il a déjà signé ce contrat, et que le directeur de l'établissement a des doutes quant aux compétences et à la probité du professionnel, il peut refuser de contractualiser ou rompre le contrat avec celui-ci. Le médecin ne peut donc plus intervenir au sein de l'établissement, sauf si son patient le sollicite en tant que son médecin traitant et qu'il se trouve dans l'impossibilité de se rendre au cabinet médical (impossibilité de se déplacer ou d'être accompagné à la consultation).

Indices de repérage des risques de dérives sectaires

- refus de signer la convention ou le contrat ;
- non-respect des clauses de la convention ou du contrat ;
- non-respect du règlement intérieur, de la charte des droits et obligations des personnes hospitalisées ou âgées, de la charte de bonnes pratiques de l'établissement ;
- constats répétés de manquement à des obligations déontologiques ou à des exigences éthiques
- intervention d'un professionnel ou d'un bénévole non inscrit sur les listes établies par l'établissement.

Ces motifs peuvent justifier une rupture de la convention ou du contrat et d'interdiction d'accès des bénévoles ou professionnels libéraux aux locaux de l'établissement en leur qualité d'intervenant à titre associatif ou professionnel. Les seules limites à cette interdiction sont la liberté d'aller et venir et de développer les relations de son choix (ex : laisser la possibilité de rendre visite à la personne à titre privé) et l'accès aux soins (ex : ne pas empêcher la personne de se rendre à la consultation ou au professionnel de faire une visite en tant que médecin traitant).

Fiche 12 : Recrutement et formation professionnelle

Plus qu'une obligation légale, l'accompagnement du personnel de l'établissement dans ses démarches d'innovation et de formation est une responsabilité sociale et stratégique ainsi qu'un principe de gestion humaine des ressources. Toute personne peut faire l'objet d'un recrutement dans un établissement de santé ou médico-social et bénéficier du droit à la formation professionnelle.

Affiner la procédure de recrutement

En parallèle de la recherche de qualités d'écoute et de disponibilité du professionnel, le directeur est autorisé à s'assurer de l'éthique du candidat. En effet, parallèlement à l'exigence de bienveillance attendue, un candidat membre d'un mouvement sectaire ou lui-même adepte et/ou promoteur d'une pratique de soins non conventionnels et controversée doit susciter des interrogations précises. L'embauche est un investissement qui se veut réfléchi et organisé.

- **Loi n°83-634 du 13 juillet 1983** portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors ;
- **Loi n°86-33 du 9 janvier 1986** portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- **Lettre circulaire DGOS/RH4 n°2010-338 du 2 septembre 2010** relative à la mise en œuvre de la période de professionnalisation des agents de la fonction publique hospitalière.

Mener l'entretien

- favoriser la **pluridisciplinarité** (réaliser l'entretien avec un membre de la CME, le chef de service, etc.) ;
- rappeler les **devoirs, obligations et missions** de l'établissement vis-à-vis des personnes prises en charge (droits de l'usager notamment) ;
- évoquer les **valeurs du projet d'établissement**, les pratiques de soins qui y sont définies
- **ne pas interroger les croyances** ;
- demander d'expliquer ses **formations**, ses compétences ;
- demander de **se projeter** au sein de la structure (si vous deviez ..., que feriez-vous ?) ;
- évoquer les **perspectives professionnelles** envisagées par le candidat.

Une discrimination à l'embauche ?

Le directeur peut refuser la candidature d'une personne **au seul motif de ses compétences**¹². En effet, la condition d'un diplôme reconnu par l'Etat pour exercer une profession réglementée ou tout autre emploi dans la fonction publique n'est pas un critère suffisant ou donnant droit au recrutement. Or, souvent, les candidats suspects présentent soit un seul diplôme non reconnu par l'Etat (dans ce cas, il n'est pas recruté), soit un diplôme reconnu par l'Etat et un autre qui peut ne pas l'être. Ils peuvent aussi produire un faux diplôme. Dans ce cas, existe-t-il un risque contentieux lié au critère des compétences de l'agent ?

Les candidats qui se présentent n'ont pas un droit à l'embauche, même s'ils disposent d'un diplôme reconnu par l'Etat et correspondant au niveau des fonctions proposées. Il est possible de publier un

¹² Article L. 1132-1 du code du travail et article 6 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

poste et ne pas trouver le profil recherché. La décision d'embauche appartient entièrement au directeur, quel que soit le poste visé (médecin, infirmier, secrétaire, technicien, etc.).

Précautions

- demander un **extrait de casier judiciaire** pour vérifier l'existence de condamnations, même s'il s'agit d'une relation de droit privé ;
- vérifier son **inscription à un ordre professionnel** ;
- **vérifier la reconnaissance des diplômes** par l'Etat et les **références professionnelles** indiquées par le candidat ;
- décrire de façon claire, concise et limitative les missions dévolues à l'agent dans sa **fiche de poste** ;
- utiliser la **période de stage** (pour le fonctionnaire) **ou d'essai** (pour le contractuel) pour éprouver ses compétences, sa probité et son adéquation avec le poste.

Indices de repérage des risques de dérives sectaires

- Non adhésion au projet d'établissement lors de l'entretien ;
- Comportement observé de l'agent pendant sa période de stage ou d'essai (ex : démarches de prosélytisme, gestes de soins faisant douter de sa probité, etc.) ;
- Discours tendant à la mystification, tendance à la condamnation des soins conventionnels ;
- Perspectives professionnelles liées à des formations en PSNC ;
- Casier judiciaire comportant des condamnations ou radiation de l'ordre professionnel auquel il appartenait.

Accompagner les demandes de formation professionnelle

- **Loi n°2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale** ;
- Décret n°2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue ;
- **Décret 2016-942 du 8 juillet 2016** relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé ;
- **Décret du 21 août 2008 relatif à la formation des agents hospitaliers** (articles 1 et 6 à 12) ;
- **Circulaire du 22 juin 2009 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière** ;
- **Circulaire N°DHOS/RH2/RH4/2009/173 du 22 juin 2009** relative à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ;
- **Circulaire DHOS/RH4/2010/57 du 11 février 2010** relative à la mise en œuvre du congé de formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière ;
- **Circulaire N°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012** relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel de la fonction publique hospitalière.

Bien qu'elle ne soit pas obligatoire, la politique de Gestion prévisionnelle des métiers et compétences (Gpmc) est un avantage stratégique pour un établissement. En matière de prévention et de lutte contre les dérives sectaires, elle permet de prévenir le manque de compétences dans une activité donnée (ex : AMP, kinésithérapeute, psychologue ...) et de prendre ses dispositions pour déterminer le plan de recrutement et le plan de formation professionnelle. Le directeur évite ainsi

l'intrusion de pratiques non conventionnelles dans les programmes de soins de son établissement ainsi qu'un choix incontrôlé des formations suivies.

La politique de Gpmc doit être négociée régulièrement avec les représentants du personnel. En outre, les soignants sont souvent demandeurs de formation professionnelle continue, en raison de l'obligation qui s'impose à eux et de leur engagement personnel dans la relation de soin. Deux cas peuvent se présenter au directeur : soit il décide de former collectivement ses agents ; soit un agent fait une demande individuelle de formation. Dans cette dernière option, deux situations peuvent être distinguées : l'une où l'agent demande la diversification ou la montée de son niveau de compétences ; l'autre où l'agent souhaite se reconvertir.

Recommandations générales

- vérifier le **parcours et les compétences** du formateur ;
- vérifier que l'organisme de formation dispose d'un **numéro de déclaration d'activité** ;
- vérifier la **légalité et la conformité de l'amplitude horaire et le lieu** de la formation : refuser toute formation se tenant en soirée, le week-end ou au domicile du formateur.

Si la demande de formation émane de l'agent

- **réaliser un entretien pour toute demande de formation émanant d'un professionnel**. Il permettra de mieux cerner les attentes de formation et d'évolution professionnelle de l'agent. Pour le préparer, le directeur pourra utilement se référer au tableau des emplois et compétences de son établissement, aux entretiens d'évaluation professionnelle de la personne concernée ainsi qu'à tout autre élément utile dans son dossier ;
- **faire réaliser un bilan de compétences** (se renseigner auprès de l'Opacif ou de l'Anfh) ;
- **exercer son droit de regard sur la formation choisie par l'agent** (existence du numéro de déclaration d'activité). Si le prestataire n'en bénéficie pas, le directeur alerte son agent et l'incite à trouver une formation du même type auprès d'un autre prestataire ;
- **s'informer du contenu et de la pertinence avant, pendant et après la formation de l'agent**.

Si la demande de formation du personnel (obligatoire ou facultative) émane de la direction

- demander en premier lieu des **supports d'informations complémentaires**. Si ces supports vous sont transmis sans que vous en ayez fait la demande, il peut s'agir d'une action de publicité ou de *lobbying* venant d'organisations défavorablement connues ;
- vérifier la **compatibilité des valeurs et du contenu de la formation avec le projet d'établissement**, les objectifs du plan de formation et les attentes du projet professionnel de l'agent ;
- **contrôler le contenu de la formation pendant et après** par le biais de retours ou d'enquête de satisfaction du personnel.

Comment contrôler la compatibilité de la formation avec les valeurs du projet d'établissement et ses obligations légales ?

Les individus ou mouvements sectaires se mêlent au marché de la formation professionnelle en proposant essentiellement des formations sur « le **développement personnel** », la **gestion du stress** et les **risques psycho-sociaux**, **l'accompagnement de la personne en fin de vie** et la **prise en charge de la douleur** (terrain de développement de PSNC). Dès lors qu'une formation porte sur un

des thèmes précédemment cités, le directeur doit être attentif au contenu et méthodes proposés par l'organisme prestataire.

En premier lieu, le directeur de l'établissement doit **s'assurer de la cohérence entre le programme annoncé par le prestataire et la formation qui est réellement dispensée** à titre individuel ou collectif.

Si une incohérence ou une information perturbante (engouement soudain et prononcé pour la formation, techniques pédagogiques douteuses, etc.) émerge de cette démarche de contrôle, **le directeur doit alerter les stagiaires** afin qu'ils puissent prendre leurs distances avec le discours du formateur, **et les organismes financeurs et les SRC** pour qu'ils déterminent l'opportunité de poursuite de la prise en charge. Si le risque de dérive sectaire ou le constat d'une infraction arrive a posteriori, le directeur peut demander réparation par voie amiable ou auprès des tribunaux.

Indices de repérage des risques de dérives sectaires

- absence ou faux numéro de déclaration d'activité ;
- communication abondante sur l'offre de formation proposée par l'organisme ;
- explications simplificatrices ou mystifiées de thèmes complexes (fin de vie, développement personnel, RPS ...) ;
- incohérence entre le programme annoncé et la prestation réellement réalisée ;
- engouement anormalement fort des stagiaires pour la formation.

Cas particuliers

Mise en place de groupes de réflexion éthique et/ou analyse des pratiques

- favoriser des **échanges pluridisciplinaires et contradictoires** sur des questions de soin, d'éthique et de bientraitance ;
- désigner un **réfèrent/animateur** des groupes d'analyses des pratiques **en interne** ;
- se méfier des solutions « miracles » ou « prêtes à l'emploi » ;
- référencer les réflexions des groupes avec des **sources fiables et connues** (Espace éthique méditerranéen, Espace éthique AP-HP, Erema, comité national des références déontologiques, commission éthique et déontologie du Conseil Supérieur du travail social) ;
- garantir la **neutralité**, l'**indépendance** et la **confidentialité** des échanges ayant lieu au sein des groupes.

Soutien psychologique du personnel en cas de crise (ex : suicide sur le lieu de travail, faits très graves de maltraitance)

En parallèle de l'enquête menée par le CHSCT, le directeur peut proposer un accompagnement psychologique du personnel de son établissement :

- les sessions de formation doivent être accompagnées et/ou entrecoupées par l'intervention d'un **psychologue** et d'un **médecin du travail** ;
- la formation doit davantage **porter sur les bonnes pratiques professionnelles** que sur les risques psycho-sociaux ;
- garantir la **neutralité**, l'**indépendance** et la **confidentialité** des échanges ;
- **associer les représentants du personnel et des usagers** à la réflexion apportée par le formateur.

Fiche 13 : Recours sécurisé aux thérapies de confort en EHPAD

Les thérapies complémentaires sont aujourd'hui très nombreuses et suscitent un engouement particulier. En 2015, le Conseil national de l'ordre des médecins a cherché à mesurer le recours aux thérapeutiques complémentaires et alternatives¹³. A l'issue de ce travail ressortent les faits suivants :

- **Plus de 400 familles thérapeutiques** complémentaires ou alternatives ont été recensées par l'OMS, un chiffre en augmentation ;
- Elles sont classées en 4 catégories : les **thérapies biologiques** (phytothérapie, aromathérapie, ...), les **thérapies manuelles** (ostéopathie, chiropraxie ...), les **approches corps-esprit** (hypnose médicale, sophrologie ...) et les **systèmes complets** (acupuncture, homéopathie...);
- **40% des Français auraient recours à ce type de soins**. Comme le nombre de familles thérapeutiques, la tendance est à l'augmentation ;
- **1 médecin sur 5 exerçant à l'hôpital déclare un titre ou une mention de médecine alternative et complémentaire**.

39% des saisines de la Miviludes concernent le domaine de la santé, en particulier les médecines complémentaires et alternatives.

A l'heure actuelle, seules 5 médecines à exercice particulier sont officiellement reconnues : **l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, la médecine manuelle ostéopathie et la chiropraxie**. Les « médecines douces » ne sont pas toutes dangereuses. A l'hôpital comme en Ehpad, proposer le recours à ces thérapeutiques alimente de façon favorable la **liberté de choix et de consentement dans les soins** dispensés. Toutefois, l'organisation de l'accès et du recours aux PSNC doit répondre à certaines règles et certaines précautions pour **ne pas nourrir des praticiens déviants ou sectaires**.

Pour plus d'informations sur ce sujet, consulter le référentiel interrégional en soins oncologiques de support produit par l'AFSOS¹⁴ et le site du ministère de la santé¹⁵.

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;**
- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;**
- **Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ;**
- **Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;**
- **Décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes ;**
- **Articles L313-6 et L313-9 du Code de l'action sociale et des familles : motifs d'accord et de retrait de l'autorisation de dispenser des soins remboursables ;**
- **Articles R314-26, R314-164 et R314-168 du Code de l'action sociale et des familles : composition et périmètre du forfait soins ;**
- **Circulaire n°DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations**

¹³ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-2

¹⁴ http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/THERAPIES_COMP_J2R_2012_12_07.pdf

¹⁵ <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/article/pratiques-de-soins-non-conventionnelles>

de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Repenser la qualité des soins conventionnels

Les principales raisons qui expliquent le recours aux « médecines douces » sont le souhait de consommer moins de médicaments, le manque d'informations lors de leur utilisation et le manque de confiance dans l'efficacité et la qualité de la molécule¹⁶.

Avant d'ouvrir le recours à des thérapies complémentaires, le directeur de l'établissement et les cadres de santé doivent poser la question de la **qualité de la prise en charge médicamenteuse**, notamment en évaluer l'efficacité et la pertinence. Améliorer la prise en charge médicamenteuse peut diminuer le souhait de recourir à des « médecines douces » potentiellement inadaptées à l'état de santé de la personne.

Pour cela, en Ehpad, il est recommandé de travailler en lien avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur sur :

- les **abus, insuffisances ou recours inadapté à des molécules** (*overuse, misuse, underuse*) ;
- la diminution du nombre de **lignes** figurant sur l'ordonnance ;
- la recherche de la meilleure **forme galénique** du médicament afin qu'elle soit adaptée au patient (ex : troubles de déglutition, ...) ;
- **l'information et l'éducation thérapeutique** du patient. Celui-ci doit pouvoir comprendre l'utilité de son médicament et les effets pour sa santé. Il s'agit de rechercher l'adhésion du patient à son traitement ;
- l'encadrement du recours à **l'automédication** ;
- un protocole de **prise en charge de la douleur** qui implique le minimum de dépenses possibles pour le résident (ex : salariat ou mutualisation d'un/e psychologue, formations des professionnels, etc.).

Le directeur de l'Ehpad peut :

- passer en **tarif global** (prise en charge de 4 postes supplémentaires : consultations de médecins généralistes, ensemble des soins dispensés par les auxiliaires médicaux, examens de radiologie légère, examens de biologie courante) ;
- intégrer une **réévaluation de diagnostic** dans la procédure d'admission, soit par le recours à une **consultation spécifique**, soit par une **revue de l'ordonnance** ;
- **communiquer** sur les possibilités de transport et/ou d'horaires pour voir son médecin traitant ;
- **informer et proposer la vaccination** et/ou les rappels pour prévenir et lutter contre l'immunosénescence ;
- faire afficher en salle de transmission la **liste des classes médicamenteuses nécessitant une vigilance particulière** (ex : benzodiazépines, anticoagulants, ...) ;
- former son personnel aux **risques iatrogéniques** et à la **gestion du circuit du médicament** ;
- former une partie de son personnel aux **méthodes d'éducation thérapeutique du patient** ;
- organiser et **fluidifier les transmissions des données médicales** entre EHPAD et hôpital ;
- rechercher des **alternatives non médicamenteuses** à la prise en charge de certaines pathologies (démences, troubles du comportement, maladies d'Alzheimer ou apparentées)¹⁷.

¹⁶ Observatoire sociétal du médicament - IPSOS pour le Leem - 4ème édition – 2014 :

<http://www.leem.org/observatoire-societal-du-medicament-ipsos-pour-leem-4eme-edition-2014>

¹⁷ Voir le guide de la HAS sur les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf

Organiser le recours à des soins complémentaires

Grâce au passage en tarif global, le forfait soins permet à l'Ehpad de soulager le résident d'un certain nombre de dépenses de santé, notamment en soins de ville. Cet allègement financier peut lui permettre de recourir à d'autres soins, pensés et organisés en complémentarité avec son traitement.

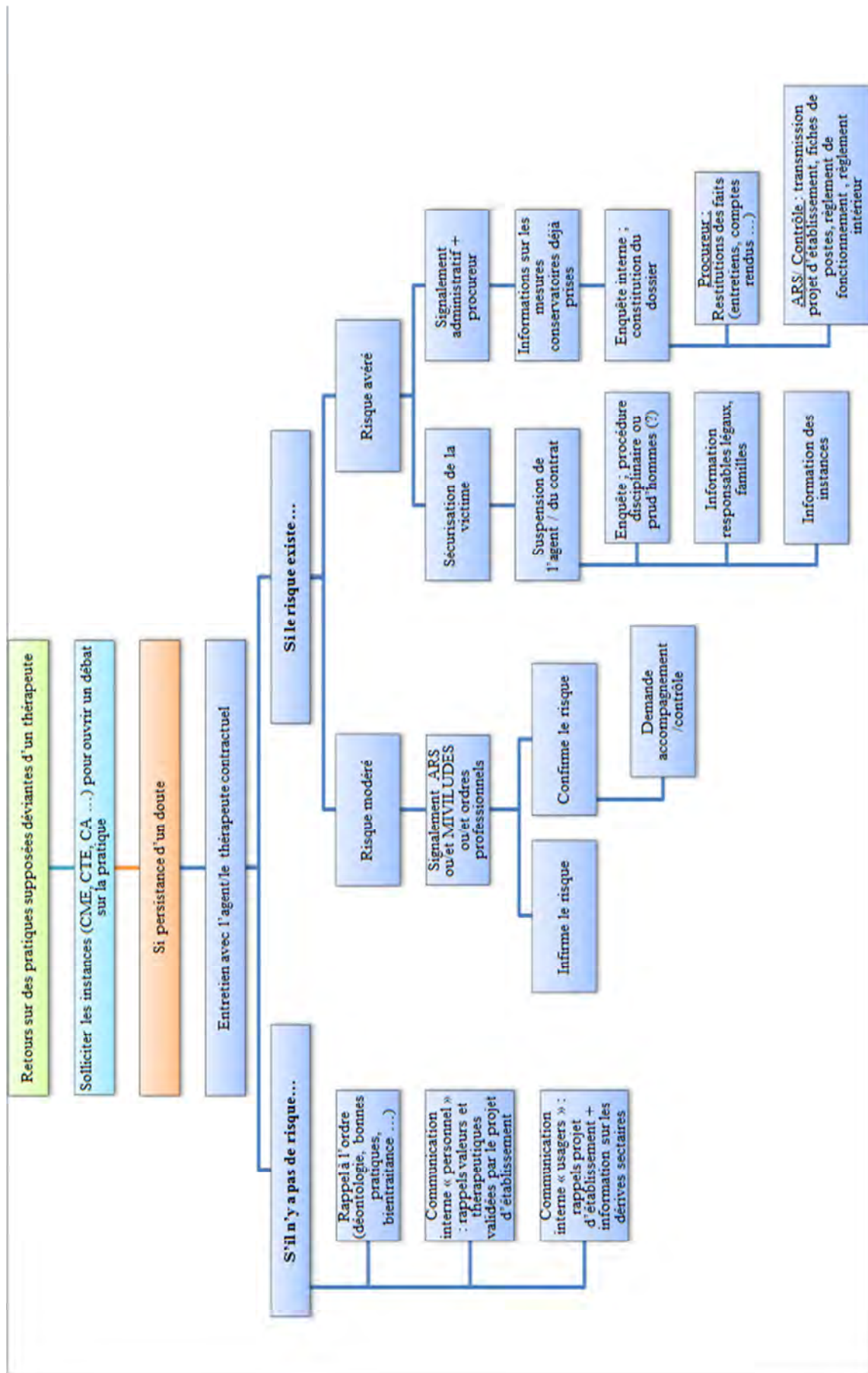
Ces soins **ne font pas partie du périmètre du forfait**, donc non pris en charge par l'établissement. Ils **ne sont pas non plus remboursés par l'assurance maladie** lorsque la personne âgée décide d'en bénéficier. Le recours à ces prestations complémentaires est donc, par conséquent, très **lié au niveau de revenus** de la personne âgée.

Pour limiter les risques associés au recours à des « médecines douces », le directeur peut :

- informer sur le **coût**, la **modalité de paiement du reste à charge** (inclus dans le prix de journée ou non) et le **non remboursement** des soins complémentaires proposées dans l'établissement ;
- informer, via le **livret d'accueil, des prestations proposées en Ehpad** ;
- inciter la personne à **souscrire à une mutuelle** si celle-ci n'en dispose pas ;
- proposer le **recours à des alternatives officiellement reconnues par l'Etat** (ex : mésothérapie pour la prise en charge de la douleur) ;
- définir dans le **projet d'établissement, de façon stricte et limitative, les thérapies non médicamenteuses** proposées au sein de l'Ehpad ;
- proposer un **espace adapté à la prise en charge non médicamenteuse** de publics spécifiques (ex : salle Snoezelen, jardin thérapeutique) ;
- vérifier le **parcours** et la **qualification** du professionnel intervenant ;
- organiser le **dialogue entre professionnels du soin et de l'animation** pour renforcer l'aspect « thérapeutique » de certains loisirs (ex : gym douce, aquagym) et l'aspect ludique de certaines thérapies (ex : art-thérapie, jardins thérapeutiques, etc.) ;
- développer les **prestations socio-esthétiques** (toucher relationnel, massages, etc.).

Indices de repérage des risques de dérives sectaires

- opposition aux soins conventionnels ;
- dénigrement du recours à la vaccination, des bénéfices du médicament ;
- information orientée de la personne sur des thérapies uniquement non médicamenteuses ;
- discours et comportements inattendus associé à des alternatives non médicamenteuses (ex : rééquilibrage des énergies, absence de formation du thérapeute, toute puissance du thérapeute sur le malade ...) ;
- demande de paiement au résident pour une prestation non médicamenteuse réalisée en Ehpad ;
- non-respect du règlement intérieur, de la charte des droits et obligations des personnes hospitalisées ou âgées, de la charte de bonnes pratiques de l'établissement ;
- constats répétés de manquement à des obligations déontologiques ou à des exigences éthiques.



Axe 4 : Réagir en cas de dérives sectaires

L'objectif de cet axe est d'accompagner le directeur dans l'analyse de situations délicates et dans sa démarche d'enquête et de signalement des délits et manquements constatés.

Fiche 14 : Recommandations pour les procédures de signalement

Si l'obligation de signalement de faits de maltraitance est clairement posée par la loi, les contours et les modalités pratiques sont encore très flous. Cette fiche propose des points de repère pour intégrer les dérives sectaires aux signalements de faits de maltraitance.

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**
- **Circulaire n°DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014¹⁸** relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS
- **Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007** relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance
- **Article 434-1 du code pénal** : toute personne ayant connaissance d'un crime dont il est « encore possible de prévenir ou de limiter les effets » doit en informer l'autorité judiciaire. Le non-respect de cette obligation fait encourir une peine de trois ans de prison et de 45 000€ d'amende.
- **Article 434-6 du code pénal** : toute personne ayant connaissance de mauvais traitements ou de privations infligées à un mineur moins de 15 ans ou à une « personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse » est tenue d'en informer l'autorité judiciaire, sous peine d'encourir une peine de trois ans de prison et de 45 000€ d'amende.
- **Article 223-6 du code pénal** : toute personne qui aurait pu empêcher, par son action immédiate, et sans risque pour elle ou pour un tiers, un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne et s'en est abstenue, encourt une peine de cinq ans de prison et de 75 000€ d'amende.

Auteurs du signalement

Toute personne non tenue au secret professionnel connaissant une personne âgée maltraitée doit alerter les autorités, quelle que soit la gravité de la situation.

Toute personne tenue au secret professionnel (un médecin par exemple) doit également alerter les autorités :

- s'il y a privation (de soins, d'aliments) ou sévices (physiques ou psychologiques) ;
- s'il y a un risque de suicide ou d'atteinte à la vie d'autrui par usage d'une arme.

Depuis l'adoption de la loi du 2 janvier 2002, l'agent hospitalier ou d'une maison de retraite qui a dénoncé un cas de maltraitance dans son établissement **ne peut pas subir de sanctions en raison de son signalement**. Cette disposition qui s'applique aux personnels des établissements sociaux et médico-sociaux leur garantit une protection contre toute mesure défavorable en matière d'embauche, de rémunération, d'affectation, de mutation ou de non-renouvellement d'un contrat de travail et enfin de licenciement. De la même manière, les médecins qui s'abstraient du secret professionnel, en cas de faits de maltraitance, n'encourent pas de sanctions disciplinaires.

À savoir : l'accord de la victime n'est pas requis dès lors que la personne maltraitée n'est pas en mesure de se protéger elle-même en raison d'une incapacité physique ou psychique.

¹⁸ Consultable sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/03/cir_38046.pdf

Personnes à alerter

Il est possible d'appeler le [centre de contact téléphonique spécialisé 3977](#) pour disposer de renseignements complémentaires.

Le signalement administratif

Le directeur de l'établissement est tenu de signaler les évènements dont il a connaissance

- aux **responsables légaux** et **familles** des victimes ;
- immédiatement au **directeur départemental chargé de la cohésion sociale** et aux **services de contrôle et d'inspection de l'ARS** (médecin inspecteur de santé) les cas de maltraitance et de violences sexuelles constatés dans leur structure ;
- au **préfet** du département.

Le signalement à l'autorité judiciaire

Le directeur de l'établissement doit saisir le **procureur de la République**.

Parallèlement, une plainte peut être déposée par l'établissement, ainsi que par la victime et/ou sa famille, auprès des services de **police** et de **gendarmerie**.

Enquête et accompagnement des victimes

En parallèle de ces signalements, le directeur devra commencer une enquête au sein de son établissement pour rassembler les documents et témoignages nécessaires à la constitution d'un dossier pour le signalement au procureur de la République.

Lors de l'enquête :

- **ne pas rester seul** lors des entretiens avec la victime et l'agresseur présumé ;
- demander l'**avis d'un médecin** ou d'**un psychologue**, éventuellement extérieur à l'établissement ;
- **ne pas poser de questions suggestives** et **privilégier les questions ouvertes**.

Lors de la constitution du dossier :

- **décrire le contexte** de révélation de l'acte de maltraitance ;
- **pas de censure** ;
- **pas de jugement, pas de commentaire personnel**.

La réalisation de cette enquête ne doit pas le dispenser de **prendre les mesures nécessaires à la protection de la personne maltraitée** (éloignement de l'agresseur présumé notamment) et de prévoir un **accompagnement des victimes**, ainsi que des autres résidents susceptibles d'en avoir besoin.

Contenu du signalement

De façon générale, le signalement doit préciser :

- la nature des délits et/ou manquements constatés ;
- le contexte ;

- la ou les victimes concernées ;
- la ou les personnes ou services mis en cause ;
- les dispositions prises par l'établissement à l'égard de l'auteur présumé des actes maltraitants ou sectaires.

Pour caractériser la relation d'emprise, certaines situations requièrent une attention particulière et doivent faire l'objet d'une description la plus fine possible. Il s'agit de situations abusives de séduction, de suggestions/inductions, de domination, d'intrusion dans la vie privée et intime, d'infantilisation, d'insultes, de mise à l'écart, des systèmes de punitions/récompenses et des incitations à se mettre en difficultés (financières, sociales, physiques, etc.).

Pour aider au repérage d'une situation d'emprise mentale, le professeur Jean-Philippe Parquet propose 9 critères :



Pour que le signalement soit efficace, celui-ci doit être documenté. Il faut donc fournir une **copie de toutes les pièces en votre possession permettant de comprendre votre situation** (procès-verbaux, dépôts de plainte, certificats médicaux, etc.) et **vos coordonnées précises**.

ANNEXES

Annexe I : Antisèche, numéros utiles, contacts

Miviludes

Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre des Dériver Sectaires

13, rue Vaneau 75007 Paris

Mail : miviludes@pm.gouv.fr

www.derives-sectes.gouv.fr

Défenseur des droits

TSA 90716

75334 Paris Cedex 07

09 69 39 00 00, du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 (coût d'un appel local)

Formulaire de saisine en ligne :

https://formulaire.defenseurdesdroits.fr/code/afficher.php?ETAPE=accueil_2016

Unadfi

Union Nationale des associations de défense des familles et de l'individu victimes de dérives sectaires

130, rue de Clignancourt 75018 Paris

01.44.92.35.92

www.unadfi.com

Ccmm

Centre contre les manipulations mentales

3, rue Lespagnol 75020 Paris

01.43.71.12.31 ou 01.44.64.02.40

www.ccmm.asso.fr

Association alerte faux souvenirs induits

Maison des associations

11, rue Caillaux 75013 Paris

www.afsifrance.org

Inavem

Institut national d'aide aux victimes et de médiation

(Réseau d'associations de professionnels de l'aide aux victimes)

08.842.846.37 (non surtaxé, 7j/7, de 9h à 21h)

www.inavem.org

Fédération contre la maltraitance (3977)

Le 3977 est un numéro national unique mis à la disposition de tous

Du lundi au vendredi, de 09h à 19 h

L'écoute est assurée par des professionnels salariés, formés (formation initiale et continue).

Carte du réseau : <http://www.3977contrelamaltraitance.org/index.php/carte-du-reseau>

Ordres professionnels (il existe une représentation ordinaire par département)

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

www.conseil-national.medecin.fr

www.ordre.pharmacien.fr

www.ordre-sages-femmes.fr

www.cnomk.org

www.ordre-infirmiers.fr

www.onpp.fr

ARS dans votre région

Anesm

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

5, avenue du Stade de France

Immeuble Green Corner

93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

01.48.13.91.00

www.anesm.sante.gouv.fr

Santé Publique France

12, rue du Val d'Osne

01 49 88 22 22

<http://www.santepubliquefrance.fr/Infos/Contacter-Sante-publique-France>

Ansm

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

143/147, boulevard Anatole France 93285 Saint-Denis Cedex

01 55 87 30 00

<http://ansm.sante.fr/Les-contacts-utiles-a-l-ANSM>

Les fédérations hospitalières

Fncfcc

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

101 rue de Tolbiac 75654 Paris Cedex 13

www.fncfcc.fr

FHP

Fédération de l'hospitalisation privée

106 Rue d'Amsterdam 75009 Paris

01.53.83.56.56

www.fhp.fr

FHF

Fédération hospitalière de France

1bis, Rue Cabanis 75014 Paris

01.44.06.84.44

www.fhf.fr

Fehap

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

179, rue de Lourmel 75015 Paris

01.53.98.95.00

www.fehap.fr

Annexe II : Illustrations des liens entre droits de l'usager, maltraitance et dérives sectaires

	Cas où le directeur (ou le personnel de l'établissement) <u>NE PEUT PAS</u> ou <u>PEUT DIFFICILEMENT</u> intervenir	Cas où le directeur (ou le personnel de l'établissement) <u>PEUT</u> intervenir
Respect de la vie privée (art 8 CEDH)	<p>Une personne âgée, membre des Témoins de Jéhovah, est accueillie dans une maison de retraite suite à l'impossibilité constatée de demeurer à son domicile.</p> <p>Elle reçoit régulièrement la visite des membres de sa communauté.</p> <p>Le directeur interdit, par décision administrative, l'accès de l'association pour le culte des témoins de Jéhovah à l'établissement. Cette interdiction a été levée par le tribunal car le directeur d'établissement n'est pas un « directeur de conscience » et ne doit pas décréter des relations autorisées de la personne âgée résidente.</p> <p>(TA Caen, arrêt du 7 octobre 2007, Lisieux)</p>	<p>Madame W. est résidente en EHPAD. Elle a des troubles cognitifs et des délires paranoïaques. A l'heure actuelle, elle est notamment persuadée de faire l'objet de persécutions de la part de journalistes. La psychologue de l'établissement intervient auprès de Madame W. Il s'avère en effet que deux « reporters » sont venus filmer et interviewer Madame W. en se faisant passer pour des proches auprès du personnel, pour le compte d'un groupe aux intentions difficilement identifiables. Ils n'ont pas sollicité l'accord de la résidente ni celui de l'établissement.</p> <p>Le directeur doit interdire à ces individus de rendre visite à Madame W. ou tout autre résident ou membre du personnel au sein de l'établissement. Il porte plainte au nom de l'établissement et/ou de sa résidente si celle-ci n'a pas de proches.</p>
Respect de la liberté de conscience, de pensée et de religion (art 9 CEDH)	<p>Une personne âgée disposant encore de capacités cognitives permettant d'exprimer clairement sa volonté rencontre des adeptes de la luminothérapie et souscrit à cette croyance. Elle parle largement des bienfaits de la luminothérapie autour d'elle. Convaincue de pouvoir soigner sa maladie neuro-dégénérative par la prière et le jeûne, elle refuse de se nourrir malgré les nombreuses sollicitations des soignants et de la famille, et perd beaucoup de poids. Quelques semaines plus tard, la personne décède après une mauvaise chute.</p> <p>Ni le directeur, ni le personnel, ni la famille ou le tuteur ne peuvent prescrire une religion ou une croyance. Toutefois, des précautions particulières doivent être prises pour protéger des personnes très</p>	<p>Un couple amène son enfant en bas âge aux urgences. Une opération est nécessaire car il souffre d'une maladie grave. Avant l'intervention, le médecin rappelle qu'une transfusion sanguine peut être nécessaire pour permettre à l'enfant de survivre à son opération. Pour des raisons religieuses, des parents refusent alors que le pronostic vital de leur enfant est en jeu.</p> <p>L'équipe médicale passe alors outre la demande des parents et porte assistance à la personne en danger car la croyance religieuse des parents ne peut pas être un motif de refus de soins.</p> <p>(Charte de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé)</p>

	<p>vulnérables (incapables majeurs par ex.). S'il ne s'agit pas d'interdire d'avoir une conversation sur une croyance ou d'y souscrire, le directeur peut néanmoins intervenir pour encadrer ce type de discussions (par exemple, faire intervenir un aumônier pour proposer un débat équilibré).</p> <p>(Cour eur. DH, 24 févr. 1998, Larissis et autres c/ Grèce)</p>	
<p>Respect de la dignité humaine (art 2 & 3 CEDH)</p>	<p>Le directeur intervient <u>systématiquement</u> quand la dignité humaine est en jeu</p> <p>Après le décès de son mari, la personne ne parvient pas à accepter ce tournant et à s'adapter à la vie au sein de l'établissement. Elle fait une rencontre amoureuse quelques mois plus tard d'un homme, connu pour avoir été un ancien gourou, qui la contraint à des pratiques sexuelles qui ne correspondent pas à ses relations habituelles et à sa personnalité antérieure. La personne s'en plaint mais ne veut pas rompre, en raison de promesses d'un mariage cosmique. Les soignants apprennent cette relation lors d'une toilette (nombreuses ecchymoses par exemple).</p> <p>Le directeur, et de façon générale le personnel de l'établissement, a un devoir de mise en sécurité de la personne victime de maltraitances, de mener une enquête pour préciser les faits et de procéder à un signalement de la situation au procureur de la République.</p>	
<p>Sécurité des personnes et des biens (art 5 CEDH)</p>	<p>Monsieur H., hébergé en maison de retraite depuis plus d'un an, a des relations houleuses avec sa famille qu'il accuse de l'avoir « mis au placard » au moment de son admission. Depuis, il reçoit régulièrement la visite d'un ami, lui-même retraité, anciennement professionnel de santé et adepte du mouvement Mahiraki. Il entretient des liens d'amitié forts envers cette personne et exprime de plus en plus d'intérêt pour le mouvement. Pour contribuer aux projets personnels de son ami, il décide de lui léguer une grande partie de son patrimoine au détriment d'une famille qu'il semble mépriser. En apprenant cette nouvelle, les enfants de Monsieur H. interpellent violemment le directeur de l'établissement en lui signifiant qu'il doit absolument mettre leur parent sous tutelle.</p> <p>Ne présentant aucun signe clinique ni aucun trouble de la personnalité pouvant laisser douter de ses capacités cognitives et psychologiques, Monsieur H. est tout à fait en droit de léguer tout ou partie de son patrimoine, même à un</p>	<p>Victime de violences et négligences graves à son domicile, une personne âgée, atteinte de la maladie d'Alzheimer et d'un diabète lourd générant une DMLA, est hospitalisée en urgence pour sa sauvegarde. Elle hébergeait chez elle son petit-fils toxicomane et sans revenus. Ce dernier profite largement des ressources de sa grand-mère, lui laissant peu de chose pour vivre et décider par elle-même. Lors d'un concert, il est démarché par l'association « Non à la drogue, Oui à la Vie ». Ce dernier décide d'entamer un programme de désintoxication avec l'aide de l'association, financé par les deniers de sa grand-mère.</p> <p>Le directeur de l'établissement intervient pour sécuriser les ressources financières de la personne âgée. Si la famille s'engage, un accompagnement doit être proposé en plus de la garantie de sécurité au sein de l'établissement (contre les violences et le vol notamment). Si la personne âgée n'a pas de famille, il informe différents partenaires (banquiers, notaires, tuteurs le cas échéant) et peut demander au juge la mise sous MASP/curatelle/tutelle de la personne.</p>

	individu potentiellement peu recommandable.	
Liberté d'expression (art 10 CEDH)	<p>Une personne récemment hospitalisée déambule affolée dans les couloirs en hurlant l'arrivée de l'apocalypse et le retour du Christ sur terre. Le personnel de l'établissement tente de la raisonner, de la calmer et de la remettre dans sa chambre mais sans succès.</p> <p>Tant que la personne ne fait pas l'objet d'une camisole chimique, le directeur n'intervient pas, même si la situation peut être dérangeante ou anxiogène pour les autres patients hospitalisés au même étage. Il appartient au personnel de soin de trouver la bonne stratégie de prise en charge pour permettre à la personne de retrouver son calme (adaptation des soins, intervention d'un aumônier, ...).</p>	<p>Un patient hospitalisé exerce des pressions prosélytes sur le personnel par des injonctions et des distributions de tracts suscitant l'adhésion à sa religion.</p> <p>L'administration doit intervenir auprès du patient pour lui rappeler les règles applicables au sein de l'établissement. Si les désordres persistent malgré les mesures prises, le directeur peut aller jusqu'au prononcé de la sortie du patient avec accord du chef de service.</p> <p>(Charte de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé)</p>
Choix du praticien	<p>Une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer refuse de prendre des benzodiazépines et préfère suivre une thérapie non médicamenteuse (art-thérapie, musicothérapie, ...).</p> <p>Bien que des risques de dérives existent compte tenu de l'aspect fondamentalement psychologique de ces nouvelles pratiques, le malade, même confronté à des difficultés cognitives en raison de sa maladie, a le droit de consentir à ou de refuser des soins et/ou de choisir de s'orienter vers des thérapies scientifiquement non éprouvées.</p>	<p>Soucieux de diversifier l'offre de soins présente dans son établissement, un directeur autorise l'Association de prévention pour la santé par les médecines douces (Apsamed), réseau de thérapeutes pratiquant diverses techniques (kinésiologie, réflexologie plantaire, reiki, naturopathie, magnétisme, etc.), à intervenir dans le cadre de « journées-découvertes » au cours desquelles patients et soignants peuvent tester ces médecines. Dans le cadre de ces journées, plusieurs offres de formation ont été proposées et ont suscité l'engouement de différents professionnels, curieux et intéressés par un complément d'activité en libéral ou par une évolution de leur carrière.</p> <p>Même si le droit encadrant la formation professionnelle reste souple, le directeur a un droit de regard sur le contenu des formations proposées et sur l'organisation d'ateliers découverte ou de sensibilisation et peut interdire des pratiques dangereuses pour la santé des usagers et/ou de son personnel.</p>
Choix de la personne de confiance	<p>La personne choisie est membre d'un mouvement sectaire. Au cours des discussions qu'elle entretient avec le malade, celle-ci l'interpelle beaucoup au sujet des soins qu'il suit. Elle lui recommande fortement d'arrêter les soins et d'aller consulter un docteur en décodage biologique. Dans le même</p>	<p>Le résident ou le patient est une personne isolée. La personne de confiance désignée s'avère être sensible à des discours rejetant les médecines classiques. Elle s'assure de l'échec des protocoles de soins mis en place par l'équipe soignante et prend des décisions qui vont à l'encontre des intérêts et des souhaits de la personne, notamment</p>

	<p>temps, elle entretient des relations houleuses avec les médecins qu'elle essaie de déstabiliser. Malgré ses nombreuses tentatives, la personne de confiance ne parvient à convaincre ni le malade, ni les médecins.</p> <p>Seul le résident ou le patient peut désigner et révoquer la personne de confiance. Tant qu'elle respecte les volontés de soins du malade ni n'abuse de sa confiance, aucune infraction n'est commise.</p>	<p>en stoppant les soins conventionnels pour l'orienter vers des thérapies non éprouvées médicalement.</p> <p>La responsabilité de la personne de confiance désignée doit être mise en cause soit par le résident/patient lui-même, soit par un membre de sa famille ou ses ayants-droits, soit par le médecin traitant ou référent de l'établissement.</p>
--	--	--

Annexe III : Liste non exhaustive des indices de perception des dérives sectaires

Critères d'identification d'une dérive sectaire	Indices de perception dans la formation professionnelle et au sein de l'entreprise	Indices de perception dans le domaine de la santé
La déstabilisation mentale	<ul style="list-style-type: none"> - attitudes d'agressivité ou de repli sur soi - manifestation d'un stress aigu - apparition de troubles psychosociaux - désintérêt pour ses fonctions - prosélytisme agressif et non maîtrisé envers son entourage - considère le monde extérieur comme néfaste et inapte à comprendre ses « options » 	<ul style="list-style-type: none"> - le thérapeute induit l'arrêt de tout suivi médico-psychologique conventionnel - le thérapeute détient la solution « miracle » - le thérapeute met en valeur des bienfaits impossibles à mesurer - refus des transfusions sanguines - refus des vaccinations obligatoires - nouvelle vision du monde avec utilisation d'un langage pseudo scientifique
Le caractère exorbitant des exigences financières	<ul style="list-style-type: none"> - dons faits à l'organisation - accaparement de salariés en dehors du lieu de travail dans le prolongement d'une prestation réalisée au sein de l'entreprise - insistance de l'entreprise à obtenir des contrats auprès de prestataires affiliés ou liés à des réseaux sectaires - une progression des coûts dans un enchaînement de formations découlant les unes des autres - une répartition du coût de la formation entre entreprise et « bénéficiaire » - un manque de visibilité dans la détermination des tarifs de formations d'un catalogue de prestations, notamment entre formations de base et formations contingentes 	<ul style="list-style-type: none"> - la « thérapie » implique de nombreuses séances - la « thérapie » induit un fort investissement financier : vente d'ouvrages, de matériel, participation à des stages payants... non remboursés par la Sécurité sociale - règlement à l'avance de plusieurs séances
La rupture avec l'environnement d'origine	<ul style="list-style-type: none"> - demande du bénéfice d'un droit individuel à la formation (DIF) formulée par un salarié déjà sensibilisé par un mouvement sectaire - tendance à rechercher les moyens d'une réorientation professionnelle interne ou une reconversion par la 	<ul style="list-style-type: none"> - le thérapeute est omniprésent et est consulté dans toutes les prises de décision - rupture avec l'environnement familial, social et professionnel, notamment par le biais de stages ou de retraites - éloignement du médecin traitant

	<p>découverte et l'entraînement à des pratiques de « formation » dont l'efficacité peut être aisément mise en doute</p> <ul style="list-style-type: none"> - absence au travail découlant d'une modification profonde du rythme de vie - règlements intérieurs « stagiaires » des formations insuffisamment lisibles - consacre la majorité de son temps et de son énergie à son nouveau groupe 	
<p>L'existence d'atteintes à l'intégrité physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - des modifications d'habitudes alimentaires ou vestimentaires - des signes de fatigue durables voire chroniques - une accentuation des périodes d'arrêt de travail - les conséquences d'expériences physiques éprouvantes dispensées dans les « modules de formation » 	<ul style="list-style-type: none"> - renonciation à un traitement conventionnel - refus de soins - utilisation de produits ou d'appareils dangereux pour la santé - pratiques alimentaires dangereuses pour la santé (jeûne, régime carencé...) - violences physiques, psychiques ou sexuelles
<p>L'embrigadement des enfants</p>		
<p>Le discours antisocial et la remise en cause des principes de l'Etat de droit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - l'apparition de « néo-langages » laissant entrevoir un détournement du sens des termes de référence des textes juridiques encadrant la vie professionnelle - une réinterprétation des notions juridiques du droit du travail destinée à contredire tant les textes que la jurisprudence - les références confuses aux notions de « liberté de conscience », de « liberté religieuse », de « liberté spirituelle », de « liberté thérapeutique » et de « connaissance spirituelle et énergétique » 	<ul style="list-style-type: none"> - contestation du bien fondé de la médecine conventionnelle, de la psychiatrie - critique des services étatiques de santé
<p>Les troubles à l'ordre public</p>	<ul style="list-style-type: none"> - prosélytisme 	

<p>L'importance des démêlés judiciaires et de contentieux administratifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - refus de l'enregistrement de la déclaration d'activité - annulation de l'enregistrement de la déclaration d'activité - falsification de la présentation comptable des recettes dans le bilan pédagogique et financier - condamnation judiciaire d'un dirigeant ou d'un formateur 	<ul style="list-style-type: none"> - condamnation du thérapeute pour exercice illégal de la médecine - autres condamnations judiciaires du thérapeute - radiation du thérapeute de l'ordre des médecins
<p>L'éventuel détournement des circuits économiques traditionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - constitution de sociétés ou d'associations écrans - publicité mensongère et tromperie - usurpation de titre - exercice illégal de profession réglementée parallèlement à l'activité de formateur - existence d'entités juridiques distinctes (formation, recherche, conseil) destinées à masquer la réalité des activités conduites sous couvert de formation professionnelle - absence de commissaire aux comptes - contournement de la convention collective nationale des organismes de formation pour éviter la déclaration d'emploi de formateurs - confusion entre formateurs salariés et intervenants occasionnels extérieurs 	<ul style="list-style-type: none"> - usurpation de titre de docteur en médecine à des fins commerciales
<p>Les tentatives d'infiltration des pouvoirs publics</p>	<ul style="list-style-type: none"> - emploi à temps partiel de formateurs salariés ou « hébergement » de travailleurs indépendants exerçant à titre principal dans la fonction publique ou dans l'entreprise - adhésion au réseau à caractère sectaire d'un salarié ou d'un groupe de salariés d'une entreprise ou d'une institution ayant contracté avec l'organisme de formation lié à ce réseau 	<ul style="list-style-type: none"> - introduction de pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique au sein de l'hôpital ou des établissements spécialisés - prosélytisme par les visiteurs de malades - formation de gestion du stress auprès du personnel hospitalier ou des établissements spécialisés - présence de comités de liaison hospitaliers

Annexe IV : Comment tombe-t-on sous l'emprise d'un gourou ?

La phase d'approche

Le message de l'organisation sectaire ne sera jamais: « Nous sommes une organisation sectaire, mais nous allons vous aider ». Le discours sera fondé sur des moyens d'approche plus subtils qui dissimulent l'appartenance à un mouvement à risque. Très variés, ces discours sont souvent reconnaissables :

- approche séduisante pour une offre de développement personnel, de spiritualité, de thérapie ;
- promesse de perfectionnement personnel, de bonheur, d'amitié fraternelle ;
- réconfort dans l'adversité ;
- promesse de guérison par des médecines « parallèles » et « indolores »...

Ce n'est jamais le malade qui va vers le mouvement sectaire, mais c'est ce dernier qui vient vers lui, par différents procédés :

- le bouche-à-oreille ;
- la présence sur des forums ou des sites Internet ;
- la remise sur la voie publique de tests de personnalité gratuits ;
- l'envoi de prospectus à domicile ou leur diffusion dans certains magasins alimentaires ou de bien-être ;
- des publications invitant à prendre contact avec tel centre de psychothérapie ou de remise en forme ;
- une publicité ou des messages diffusés dans certains forums ou salons de santé et/ou de bien-être.

Les techniques sont multiples. Cette phase d'approche est « indolore ».

La phase de séduction

Celle phase est celle où l'on vante les mérites supposés de la méthode ou de l'appareil :

- on présente des gens satisfaits et épanouis ;
- on invite à une randonnée pour « détoxifier » en jeûnant ;
- on met en avant des méthodes miracles pour des maladies graves ;
- on vante les avantages de certaines pratiques comme moyen de « déstresser » ;
- le mouvement sectaire ou le pseudo thérapeute vont jusqu'à montrer des photographies de personnalités qui sont supposées avoir suivi les mêmes cures.

L'environnement sectaire est présenté comme étant chaleureux, familial, souvent proche de la nature et de considérations « environnementales » permettant « un retour aux sources ».

La phase de soumission

Grâce à son offre de pseudo soin, le thérapeute sectaire va progressivement exercer une véritable emprise mentale sur son « patient ».

La relation va se baser sur l'admiration du patient envers son gourou, allant jusqu'à la soumission. Grâce à la sujétion psychologique qu'il exerce, le « dérapeur » va pouvoir exiger des remises d'argent de plus en plus exorbitantes, convaincre son patient devenu adepte de participer à des conférences, séminaires, retraites, cures..., parfois organisées à l'étranger. L'arrêt définitif du traitement conventionnel suit souvent cette phase. En cas de mise en cause de ses méthodes par les proches de la victime, il parviendra même à obtenir la rupture avec le milieu familial, amical ou professionnel de cette dernière. C'est la dépendance totale.

Quelles sont les techniques de conditionnement le plus souvent employées ?

- **période de fragilité repérée** : deuil, chômage, échec scolaire, difficultés professionnelles, ruptures sentimentales, maladie grave, vieillesse, solitude...
- **flatterie** : développement du potentiel exceptionnel de la victime, plein épanouissement dans le groupe, redécouverte de soi...
- **peur** : annonce de catastrophe personnelle ou générale (apocalypse) ;
- **invitation à des séminaires** avec soumission à l'autorité, exercices fatigants, nourriture insuffisante, privation de sommeil...
- **confession publique** : instillation de phobies, auto-accusation, chantage ;
- **coupure avec le milieu d'origine** pour bénéficier d'une « renaissance personnelle » ;
- **impossibilité de poser des questions** ;
- **exigences financières** allant jusqu'à l'endettement ;
- **vie sexuelle régentée** : mariages ou séparations imposés ; éventuellement inceste ou pédophilie, voire prostitution ;
- **déracinement** : géographique, culturel, linguistique ; confiscation des papiers d'identité ; attribution d'un nouveau nom ;
- **dénigrement de la médecine conventionnelle** sur fond de théorie du complot ;
- **explication simpliste à des processus complexes** (le cancer du poumon est dû à la culpabilité du fumeur par exemple).

Ces techniques sont observées notamment dans les communautés thérapeutiques. Un gourou a créé dans le Sud-Ouest de la France une ferme destinée aux malades atteints de cancer. Il leur proposait une « thérapie par l'étreinte ».

L'essentiel

- Les techniques d'approche sont **multiples** et **indolores**. Elles visent à **se faire connaître** et à **apprivoiser** la victime ;
- La phase de séduction est un **moment de glissement** vers la dérive sectaire ;
- La phase de soumission concrétise **l'emprise mentale** exercée sur la victime de la dérive sectaire.

Annexe V : Quelles sont les méthodes de guérison les plus répandues ?

La description des quelques méthodes présentées ci-dessous ne prétend pas à l'exhaustivité. Elle est extraite pour partie du Rapport de la Miviludes pour l'année 2010 remis au Premier ministre. De nouvelles méthodes font chaque jour leur apparition, notamment sur Internet. Des méthodes non citées peuvent donc aussi présenter un risque sectaire.

L'essentiel

- Il existe **5 grandes catégories de méthodes** : psychologisantes, par massage ou apposition des mains, par ingestion de substances, développement personnel et par rééquilibrage des énergies ;
- toutes répondent, de façon inégale, aux attentes des personnes d'être prises en charge « globalement » et à leurs **vœux de « naître sans tare, de vivre plus vieux et de mourir mieux »** ;
- elles se fondent pour beaucoup sur un **discours excluant la médecine traditionnelle**.

Les méthodes « psychologisantes »

Les thèses développées par ces pseudo-thérapeutes s'appuient sur une approche « psychologisante » reposant sur trois postulats :

1. la culpabilité du patient dans le développement de sa maladie ou de son mal-être,
2. l'angoisse de la maladie,
3. la revendication d'un mieux-être dans une société individualiste et matérialiste.

Parmi les méthodes psychologisantes, la Miviludes a notamment recensé :

- La **nouvelle médecine germanique** : d'après cette pensée, les cancers auraient une origine psychique et pourraient être soignés par la résolution du conflit interne du malade.
- La **biologie totale de l'être vivant** : le concept de biologie totale repose sur le postulat que la santé découle de l'harmonie entre psyché, cerveau et corps. Le cerveau serait à l'origine de « programmes » bénéfiques ou néfastes et pourraient être programmé ou déprogrammé dans l'objectif d'atteindre l'état de santé recherché par le malade.
- « **Le décodage biologique** » et les pratiques assimilées : toute maladie serait la résultante d'un choc psychologique intense et d'un conflit intérieur non résolu ;
- les psychothérapies déviantes ou les **faux souvenirs induits** : *rebirth*, thérapies du rêve éveillé ...
- la **méthode SIMONTON** : « apprendre à maîtriser la dimension psychologique et émotionnelle, (...et) favoriser ainsi des transformations en profondeur, notamment face aux difficultés, aux situations de crises, aux maladies ".

Les méthodes par massage ou apposition des mains

La *fasciathérapie* est une thérapie manuelle fondée dans les années 80 qui sollicite les forces d'auto-régulation somatique et psychique. Elle crée les conditions pour que le corps du patient trouve la réponse à sa problématique.

La *kinésiologie* est une méthode de thérapie holistique inspirée par la médecine chinoise. Elle propose, par le recours à un test musculaire de communication au plan physique et émotionnel, d'optimiser le capital « ressources personnelles » avec l'accompagnement d'un thérapeute, et de parvenir à l'auto-guérison des difficultés existentielles et des maladies.

Le *reiki* est une technique d'origine japonaise qui consiste à poser doucement les paumes des mains sur différents points du corps. La méditation fait le reste ! Le praticien initié à la technique est présenté comme un canal de l'énergie universelle qui sera transmise au patient pour rétablir la force vitale.

Le *massage Tui Na* est présenté par ses adeptes comme un moyen d'entretenir la santé et de prévenir les maladies. Elle permettrait aussi de soigner la plupart des problèmes de santé (ponctuels ou chroniques), dont les troubles cutanés, musculo-squelettiques, neurologiques, digestifs, respiratoires, génitaux, hormonaux, de même que certaines infections et certains problèmes émotifs.

Les méthodes par ingestion de substances diverses

Johanna Budwig prétend s'attaquer au cancer ou à d'autres maladies en faisant ingérer au malade de l'huile essentielle de lin non chauffée et non traitée et du lait caillé, appelé la **crème Budwig**.

Rudolf Breuss propose, quant à lui, une **cure de jus de légumes** de 42 jours comme cure anti-cancer.

Alain Scohy propose de soigner le cancer par un **traitement à base de jus de citron**.

Médecin italien radié de l'Ordre italien, **Tullio Simoncini** professe une théorie sur la nature mycosique du cancer et son traitement par le **bicarbonate de soude**.

Jean Lefoll, chirurgien-dentiste, propose quant à lui trois acides pour traiter le cancer : **l'acide trichloracétique, l'acide trifluoroacétique, l'acide tribromoacétique**.

Enfin, **l'urinothérapie** consiste en l'application ou l'absorption d'urine. **Amaroli** est le nom « poétique » d'une technique de santé qui consiste à recycler son urine en la buvant. Elle est préconisée en lavements intestinaux, douches vaginales, gargarismes, compresses humides...

Les méthodes aux fins de prévention et de développement personnel

Elles répondent à l'attente d'une approche globale de la personne, dite "holistique", et aux promesses de « naître sans tare, de vivre plus vieux et de mourir mieux ». Elles intègrent par ailleurs le principe très porteur de précaution.

Dans ce courant, le jeûne est prôné comme facteur de prévention des maladies et thérapie efficace. On y trouve aussi des régimes comme le végétalisme.

Ces approches portées par la vague écologiste et la mouvance *New Age* ont connu un réel succès ces dernières années, attirant un nombre important d'adeptes, mais sont en revanche responsables de nombreuses victimes.

Cette catégorie de pratiques compte un nombre significatif d'affaires judiciaires.

L'hygiénisme ou les dogmes du déséquilibre alimentaire

L'instinctothérapie ou la seule consommation d'aliments crus sélectionnés sur leur odeur est pratiquée au sein de petits groupes épars.

L'association « Joie et Loisirs » dans le Morvan dont l'objet était le partage de loisirs en commun, pratiquait une hygiène alimentaire déséquilibrée et l'imposait aux enfants.

Le **respirianisme** promu en France par la prêtresse australienne Jashmuheen (Ellen Greve) repose sur la pratique du **jeûne total** acquise à l'issue d'un processus sacré de 21 jours, au-delà duquel il est envisageable de se nourrir uniquement d'air et de lumière.

Les pratiques de développement personnel

Le **mythe de l'enfant parfait** est au centre de pratiques à risques rejetant les approches conventionnelles de la grossesse, la naissance et la petite enfance.

Kryeon : concept apparu Outre Atlantique, protégé sous la marque EMF Balancing déposée par la société Energy Extension, concerne les activités de la thérapeute Peggy Dubro. Selon cette mouvance, « *l'harmonisation EMF ouvre la voie à notre évolution. Elle nettoie, fortifie et équilibre notre propre structure électromagnétique afin que nous puissions nous brancher complètement à l'énergie universelle, la recevoir et l'utiliser. Cette harmonie permet d'améliorer notre état de santé* ». Cette mouvance concerne tout particulièrement les enfants signalés notamment pour leur hyper activité ou tout simplement pour des comportements différents. Décrétés indigo ou mieux encore « cristal », ils seraient promus à un destin exceptionnel.

Le néo chamanisme : Selon Pierre Couliano et Mircea Eliade, « *le chamanisme est un ensemble de méthodes extatiques et thérapeutiques dont le but est d'obtenir le contact avec l'univers parallèle mais invisible des esprits et l'appui de ces derniers dans la gestion des affaires humaines* ». Ces techniques sont mises en œuvre principalement autour de la consommation de deux substances hallucinogènes, l'ayahuasca et l'iboga, dont l'ingestion de ces substances présente des risques vitaux.

Les méthodes par le « rééquilibrage de l'énergie »

La **médecine énergétique** et le **biomagnétisme** disent permettre de nettoyer l'organisme de déchets énergétiques et favoriser une libre circulation des énergies dans l'organisme.

L'énergiologie prétend quant à elle à l'étude et à la connaissance de l'énergie vitale du monde. Par sa vision intérieure, l'énergiologue verrait à l'intérieur du corps les dérives énergétiques et les causes de leur dissociation. Le regard du praticien permettrait de recréer l'unité du terrain et de restaurer la santé...

La « **libération des cuirasses** » (MLC) vise par des mouvements à instaurer un dialogue avec son propre corps afin de le libérer des tensions qui s'y sont accumulées. Cette méthode peut être recommandée par des pseudo thérapeutes aux personnes handicapées moteur.

La Miviludes souhaite appeler l'attention de chacun sur les risques inhérents aux techniques décrites ci-dessus. Elles sont non éprouvées et ne bénéficient d'aucune reconnaissance légale. De surcroît, l'absence de formation reconnue sur le plan légal peut induire un amateurisme de la part de certains pseudo praticiens.

Annexe VI : Modèle de convention type de relations avec les associations

Source : Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type.

URL : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_5828.pdf

CONVENTION TYPE DEFINISSANT LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES ASSOCIATIONS DE BENEVOLES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Vu l'article L. 1112-5 du Code de la santé publique,

Il est convenu ce qui suit :

entre

(*Nom de l'établissement ...*), établissement de santé dont le siège est....., représenté par son représentant légal, M., Mme, Melle....., et ci-après dénommé « l'établissement »

d'une part,

et

l'association....., dont le siège est....., ci-après dénommée « l'association » représentée par (*en principe, le président de l'association*).....

d'autre part,

Préambule

L'association et ses bénévoles agissent en collaboration avec les équipes soignantes et administratives. Ils contribuent à l'accueil et au soutien des personnes hospitalisées et de leur entourage. Ils s'engagent à ne pas interférer dans les soins et à respecter les règles de fonctionnement de l'établissement.

Le partenariat entre l'établissement et l'association est fondé sur les principes suivants :

- respect de la personne -notamment de ses opinions politiques, philosophiques et religieuses-, de sa dignité et de son intimité,
- respect de la confidentialité,
- devoir de discrétion.

Article 1er - Objet de la convention

La présente convention a pour objet de fixer les règles du partenariat établi entre l'établissement et l'association en vue d'organiser l'activité des bénévoles auprès des personnes hospitalisées et de leur entourage.

Article 2 – Activités de l'association au sein de l'établissement

L'établissement autorise l'association à intervenir en son sein. Elle favorise cette intervention. L'établissement et l'association définissent ensemble les modalités de l'intervention de l'association et de ses bénévoles au sein de l'établissement.

Les activités de l'association au sein de l'établissement sont les suivantes :
(Préciser : permanence, visite, animation, ... ; définir les grandes lignes des activités)

L'association et ses bénévoles s'engagent à respecter en toutes circonstances le règlement intérieur de l'établissement et la présente convention.

Article 3 – Coordonnateur

L'association désigne un coordonnateur qui organise l'action des bénévoles auprès des personnes malades et le cas échéant de leur entourage, assure la liaison avec les équipes soignantes et administratives et s'efforce d'aplanir les difficultés éventuelles survenues lors de l'intervention des bénévoles.

Lorsqu'une personne hospitalisée ou l'un de ses proches formule une demande de soutien ou d'aide, cette demande est transmise par le correspondant désigné de l'établissement au coordonnateur de l'association –ou, à défaut, au bénévole qu'il aura désigné à cet effet– qui met en relation un bénévole avec la personne.

Article 4 – Formation et information des bénévoles

L'association assure la sélection, la formation -adaptée à l'activité de l'association au sein de l'établissement- et le soutien continu des bénévoles. Elle s'assure du bon fonctionnement de l'équipe de bénévoles et organise son encadrement. Elle s'assure également du respect, par les bénévoles, des engagements pris au titre de la présente convention.

L'association fait connaître à ses bénévoles –qui s'engagent dans toute la mesure du possible à y participer- les formations et journées de rencontres, débats organisés par l'établissement pour les associations et leurs bénévoles.

Article 5 – Echanges de documents et d'informations

5.1 - L'association transmet à l'établissement les documents suivants :

A la signature de la convention

- un exemplaire de ses statuts ;
- la charte de l'association et son règlement intérieur, lorsqu'ils existent.

Chaque année

- la liste nominative, mise à jour, des bénévoles intervenant au sein de l'établissement ;
- un bilan des activités de l'association au sein de l'établissement et les éventuels projets qu'elle y envisage ;
- le procès-verbal de son Assemblée générale annuelle ;
- le programme détaillé de la formation des bénévoles.

5.2 – L'établissement remet à l'association des exemplaires de la Charte du patient hospitalisé de manière à ce qu'elle puisse être portée à la connaissance de tous les bénévoles qui interviennent dans les unités de soins.

L'établissement met également à la disposition de l'association un exemplaire de son règlement intérieur.

Les parties conviennent d'un commun accord des documents que l'établissement met à la disposition des bénévoles en vue de favoriser une meilleure compréhension de leur part de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement.

5.3 – Informations et badge : l'établissement fait mention de l'association sur ses supports de communication (annuaire, livret d'accueil, site web) de façon à informer de la présence de l'association au sein de l'établissement, d'une part, les usagers et, d'autre part, le personnel hospitalier et les intervenants exerçant à titre libéral.

Un badge est remis au bénévole qui doit le porter de manière visible dès qu'il intervient dans l'enceinte de l'établissement. Ce badge comporte le logo de l'établissement, le nom et/ou le

prénom du bénévole (*il est recommandé de faire figurer la durée de validité du badge ; les associations décident de l'opportunité de faire apparaître leur logo*).

5.4 – Dans le respect du secret des informations concernant la personne malade, protégé par les dispositions des premier et deuxième alinéas de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique -annexé à la présente convention-, les parties peuvent être amenées à échanger des informations sur la personne accueillie dans le service, avec son accord. Cet échange d'informations est limité aux éléments nécessaires à l'accomplissement de leurs rôles respectifs.

Article 6 - Relations entre l'établissement et l'association

Préalablement à la signature de la convention, la direction de l'établissement informe le représentant de l'association sur le cadre institutionnel et l'ensemble de l'activité de l'établissement. Il lui fait connaître les relations mises en place avec le secteur associatif et l'ensemble des réseaux dans lequel l'établissement est impliqué.

La direction de l'établissement et le représentant de l'association se rencontrent autant que de besoin et au moins une fois par an pour faire le point sur les conditions dans lesquelles évolue leur partenariat.

La direction de l'établissement ou le service concerné reçoit individuellement, en tant que de besoin et, le cas échéant, à l'initiative de l'association, -en présence du coordonnateur- les bénévoles désignés par l'association. Lors de cette entrevue sont convenues, notamment, en accord avec le coordonnateur et le bénévole, les modalités spécifiques d'intervention du bénévole (diffusion de documentation, fourniture de matériel...). Ces modalités sont, le cas échéant, mentionnées par écrit dans le cadre de la présente convention.

Dans tous les cas, chaque bénévole est présenté au chef du service où il est appelé à intervenir, préalablement à sa première intervention. Le bénévole est ensuite tenu d'aviser le personnel soignant de sa présence, chaque fois qu'il arrive dans un service pour y intervenir.

L'établissement organise régulièrement des réunions et des rencontres avec le coordonnateur et, le cas échéant, les bénévoles pour :

- faire le bilan de l'activité de l'association ;
- mettre en place des initiatives communes (*forum, formation, etc...*) ;
- promouvoir les actions de l'association, dans un esprit de compréhension mutuelle entre l'association et les personnels de l'établissement et les intervenants exerçant à titre libéral.

L'établissement informe ses personnels –et les intervenants exerçant à titre libéral- des missions et activités de l'association dans les unités de soins. et promeut des actions de sensibilisation à ce sujet.

Article 7 - Conditions matérielles

L'établissement prend, en concertation avec le coordonnateur, les dispositions matérielles nécessaires à l'intervention des bénévoles de l'association en son sein (*préciser...*).

Article 8 - Litige

En cas de litige entre l'association et l'établissement, chacune des parties, sauf situation d'urgence visée à l'article 10 ci-dessous, s'efforce d'aboutir à un règlement amiable en concertation avec l'autre partie.

L'établissement peut, pour un motif légitime, notamment en cas de manquement caractérisé, par l'un des bénévoles, aux engagements issus de la présente convention, s'opposer, à titre provisoire ou définitif, à l'intervention de ce bénévole en son sein, avec effet immédiat si besoin est. Cette décision est portée à la connaissance du coordonnateur et du représentant légal de l'association.

Article 9 - Assurances

L'association déclare être couverte en responsabilité civile, par l'assurance, pour les dommages susceptibles d'être causés par ses membres à l'occasion de leurs interventions au sein de l'établissement. Elle s'engage à fournir à l'établissement une attestation d'assurance à ce titre. L'établissement garantit en responsabilité civile les dommages susceptibles d'être occasionnés aux bénévoles de l'association en son sein.

Article 10 - Date d'effet, durée et résiliation

La présente convention (*le cas échéant, annule et remplace la précédente convention conclue le...*) prend effet à la date de sa signature. Elle est établie pour une durée de deux ans et sera renouvelée par tacite reconduction, à défaut d'être dénoncée par les parties, deux mois avant son échéance. Sauf situation d'urgence, elle ne peut être dénoncée qu'à la suite d'un préavis de deux mois notifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 11 – Documents annexes

La présente convention comporte les documents annexes suivants :

- *les articles suivants du code de la santé publique :*
 - *L. 1112-5 relatif à l'organisation de l'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé ;*
 - *L. 1110-4 (alinéas 1 et 2) relatif au respect du secret des informations reçues ;*
 - *L. 1110-11 organisant, au sein des établissements de santé, l'intervention des bénévoles accompagnant les personnes en fin de vie ;*
 - *R. 1110-1 relatif à la convention type prévue à l'article L. 1110-1 régissant les relations entre les associations de bénévoles et les établissements de santé, sociaux et médicosociaux.*
- *l'article 226-13 du code pénal*
- *La circulaire DGS/DH/95N° 22 du 6 mai 1995 relative au droit des patients hospitalisés et comportant la charte du patient hospitalisé. (le cas échéant)*
- *La mesure 60 du Plan cancer visant à « mieux connaître et organiser la présence des bénévoles et des associations de patients ou de parents d'enfants au sein des structures de soins ».*
- ...

Fait à....., le.....,

Le Représentant légal de l'établissement de
santé

Le Représentant de l'association

Annexe VII : Test pour évaluer le niveau de danger d'une personne âgée exposée à des risques d'abus, de maltraitance et de négligence (ODIVA)

1. Je vérifie le profil de la victime potentielle

La personne que je soupçonne être une victime.

1. **Est très dépendante pour les soins de base**
La personne a besoin d'aide pour son alimentation et les soins d'hygiène
 2. **Reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps**
L'aidant est présent de façon quotidienne depuis deux ans
 3. **Souffre d'un handicap physique exigeant de l'aide quotidienne**
Présente un handicap physique exigeant une aide spécifique outre l'alimentation ou l'hygiène
 4. **N'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien**
Dépend d'un tiers pour exécuter une dépense ou ne peut rendre compte de ses opérations hebdomadaires et ou n'a pas le contrôle de son patrimoine sans avoir explicitement et volontairement donné une procuration ou un mandat à un tiers
-
5. **Est une personne qui vit seule et a plus de 75 ans**
 6. **Ne peut communiquer ses expériences ou ses émotions**
Souffre d'incapacité fonctionnelle, sensorielle ou cognitive l'empêchant de communiquer avec autrui
 7. **Souffre d'une maladie mentale ou dégénérative (ex. : Alzheimer)**
La personne présente des incapacités et des difficultés relationnelles associées à une maladie mentale ou cognitive
 8. **Est désorientée dans le temps**
Ne peut établir la saison, le mois de l'année et faire référence à des activités dans les jours précédant un entretien ou anticiper un événement prévisible dans le temps
 9. **A peu de contact avec sa famille**
La personne ne reçoit pas de visite des membres de sa famille pendant un mois, de façon continue, au cours d'une même année
 10. **Souffre de douleur chronique peu ou pas soulagée**
La personne est atteinte de maladie chronique connue pour provoquer de la douleur mais ne reçoit pas de traitement adéquat ou elle se plaint de douleur fréquente
 11. **Présente des troubles de comportement**
Déambulation, agressivité élevée, cris et plaintes, incontinence
-
12. **Vit chez un membre de sa famille avec une contribution économique**
La personne réside chez un enfant, un frère, une sœur et doit contribuer au coût du logement et aux dépenses courantes de l'unité familiale ou a cédé sa maison en

échange de sa prise en charge

13. **Entretien des rapports avec un seul membre de sa famille qui, lui, vit des difficultés économiques**
La relation est la plus significative, en fréquence et en durée, de l'ensemble familiale et occupe une position privilégiée auprès de la personne âgée
14. **Est traitée pour des symptômes de dépression**
La personne doit consommer des médicaments prescrits suite à un diagnostic de dépression
15. **Est une personne mariée, qui a déjà vécu des problèmes de violence**
La personne a confié avoir été victime d'agression psychologique, physique ou sexuelle

Légende:

Réponses 1 à 4 : **10** points chacune
Réponses 5 à 11 : **7** points chacune
Réponses 12 à 15 : **5** points chacune

Votre total

Si le total des points atteint 18 ou plus, vous avez raison de suivre votre intuition. Une personne vulnérable comme celle que vous connaissez est souvent plus à risque d'être abusée.

Si le total des points est supérieur à 40, la personne est très vulnérable.

Si le total atteint moins de 18 points, il y a peu de risque que cette personne soit une victime.

Passez à l'étape 2.

2. Je vérifie le profil de la personne à risque

La personne que je soupçonne être à risque pour la personne âgée.

-
- | | |
|---|--------------------------|
| 1. N'est pas préparée à s'occuper d'une personne malade
Ne possède pas les capacités ou les compétences requises pour prendre charge d'une personne âgée dépendante ou souffrant de maladie chronique | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps
L'aidant s'occupe de la personne âgée dépendante depuis plus de deux ans | <input type="checkbox"/> |
-
- | | |
|---|--------------------------|
| 3. Ne reçoit aucune gratification pour cette charge
L'aidant n'est pas rémunéré, il ne reçoit pas de compensation pour son travail | <input type="checkbox"/> |
| 4. Accepte mal cette charge de soignant
L'aidant se plaint de la situation et est peu disposé à assumer les obligations associées à la condition de la personne âgée | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vit un burn-out, une surcharge de travail ou des problèmes familiaux
L'aidant présente des comportements d'épuisement, exprime ou révèle des sentiments de détresse liés à son emploi ou expose des situations familiales problématiques | <input type="checkbox"/> |
| 6. Souffre elle-même de problèmes de santé
L'aidant présente des limites de fonctionnement ou des incapacités au niveau de la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> |
| 7. A des problèmes financiers
La personne évoque des difficultés financières, retarde le paiement de ses factures ou de ses obligations, réclame de l'aide financière à la personne âgée, est réputée jouer aux jeux de hasard | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dépend financièrement de la victime
Le statut économique de cette personne est en étroite relation avec l'argent que la personne âgée lui verse ou avec ce qu'elle possède | <input type="checkbox"/> |
-
- | | |
|--|--------------------------|
| 9. Est isolée socialement
L'aidant apparaît n'entretenir aucune relation personnelle significative ou n'avoir aucune relation sociale ou d'activité de loisir régulière | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ne reçoit pas ou refuse l'apport de services communautaires
La personne évalue mal sa compétence d'aidant, n'a pas fait de démarche pour obtenir du soutien ou refuse l'apport de services externes qui lui sont proposés | <input type="checkbox"/> |
| 11. Est alcoolique ou toxicomane ou consomme régulièrement des psychotropes | <input type="checkbox"/> |
| 12. Est une personne salariée qui ne reçoit aucun soutien ou supervision pour cette charge
L'aidant est employé par la personne âgée ou par sa famille pour voir à son accompagnement, à des soins personnels ou pour rendre des services domestiques sans supervision | <input type="checkbox"/> |

Légende:

Réponses 1 à 2 : **10** points chacune

Réponses 3 à 8 : **7** points chacune

Réponses 9 à 12 : **5** points chacune

Votre total

Si le total des points atteint 18 ou plus, vous avez raison de suivre votre intuition. La personne que vous soupçonnez est peut-être à risque d'abuser d'autrui. Si le total des points est supérieur à 40, cette personne représente un risque important pour une personne vulnérable comme celle que vous connaissez. Passez à l'étape 3.

3. Les comportements de la victime potentielle me fournissent des indices

La personne que je soupçonne être une victime.

1. **Vit en réclusion évidente**
La personne âgée vit dans une pièce isolée, elle est restreinte dans l'usage de l'espace, elle vit exclue de la famille où elle habite
 2. **Apparaît effrayée, méfiante**
Face à son aidant principal ou devant un étranger, la personne âgée se replie ou devient agitée
 3. **Présente des symptômes de dépression : insomnie, perte d'appétit, perte d'intérêt, pleurs fréquents**
La personne âgée présente un état de désengagement général, une passivité et une faible estime de soi
 4. **A l'air calme à l'excès**
La personne âgée est en retrait, somnole, ne s'implique pas dans l'environnement
-
5. **Pleure facilement en relation avec un aidant**
Quand un tiers entre en relation et lui manifeste de la sympathie, la personne âgée pleure au premier abord
 6. **Manifeste un changement brusque d'humeur**
La personne âgée révèle sur une courte période de l'anxiété soudaine et inexplicable
 7. **Apparaît négligée dans son apparence**
La personne âgée est décoiffée, sale, elle ne sent pas bon
 8. **Menace de se suicider ou souhaite mourir**
La personne âgée exprime un état de détresse, d'impuissance et de découragement élevé

-
9. **Requiert la permission d'un tiers pour répondre à des questions**
Par des attitudes corporelles ou verbalement, la personne âgée manifeste une résistance à répondre spontanément à des questions portant sur ses conditions de vie
10. **Est incapable ou embarrassée d'expliquer ses blessures**
La personne âgée subit manifestement des mauvais traitements, mais protège l'abuseur ou a honte de sa situation
11. **Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il lui manque de l'argent**
12. **Dit qu'on la maltraite**
13. **Exprime son intention de se séparer (de son conjoint) ou de déménager**
Alors que matériellement la chose apparaît peu réaliste, l'intention de la personne âgée peut révéler l'idée de quitter une situation problématique
14. **Subit une perte de poids inexplicée médicalement**
La personne âgée présente sur quelques semaines une perte de poids significative et un état de faiblesse évident
15. **Présente des histoires répétitives de chutes inexplicées**
Les chutes inexplicées, surtout répétitives, que ni la condition de la personne âgée ni son environnement ne justifient, révèlent parfois des impacts de bousculades
16. **Se plaint d'un manque de chauffage, de ventilation du logement ou d'une pièce**
La personne âgée exprime des états de douleur liés au froid ou des problèmes respiratoires associés au manque d'air frais ou aux mauvaises odeurs

Légende:

Réponses 1 à 4 : **10** points chacune

Réponses 5 à 8 : **7** points chacune

Réponses 9 à 16 : **5** points chacune

Votre total

Si le total des points atteint 18 ou plus, il y a une probabilité élevée que vous soyez en présence d'une situation d'abus et d'une victime.

L'étape 4 vous permettra d'établir plus clairement le niveau de danger pour la personne que vous connaissez et l'urgence d'intervenir.

4. Les comportements de la personne à risque me fournissent des indices

La personne que je soupçonne être une personne à risque d'abuser.

1. **Se plaint du comportement de la personne âgée**
L'aidant se plaint à d'autres personnes des inconvénients et des exigences que la charge ou la présence de la personne âgée lui impose
 2. **Déprécie la victime**
L'aidant tient des propos qui dévalorise la personne âgée
 3. **Réprimande la victime**
La personne fait des reproches à la personne âgée en raison de ses incapacités qui sont décrites comme des fautes, des lacunes
 4. **Isole la victime**
La personne âgée est contrainte à l'usage d'une pièce ou à un espace réduit d'une habitation, ou est privée de contacts avec d'autres personnes
 5. **Harcèle la victime**
L'aidant déprécie la personne âgée de façon répétée et systématique
-
6. **Montre un comportement agressif (ex.: bris d'objet, colère, agression verbale)**
L'aidant pousse la personne âgée, la bouscule ou se montre intimidante dans ses relations avec elle et avec les autres
 7. **Apparaît méfiante et soupçonneuse face aux étrangers**
La personne se montre contrôlante, limite la durée des visites d'autres personnes ou devient agitée ou inquiète devant un étranger
 8. **Se montre inutilement exigeante**
L'aidant impose à la personne âgée, dans la vie quotidienne, des contraintes qui ne se justifient pas et qui lui causent un stress
 9. **Critique constamment la victime**
Très souvent, par des paroles, la personne met en évidence les lacunes ou les incapacités de la personne âgée
 10. **Insulte la victime**
La personne tient des propos, souvent devant autrui, qui blessent la personne âgée et portent atteinte à sa dignité
 11. **Menace la victime**
Par des paroles ou des actes, la personne signifie à la personne âgée qu'elle pourrait être blessée, pénalisée, ou subir des privations
 12. **Dépense plus d'argent qu'à l'habitude ou limite les dépenses de la personne âgée**
L'aidant réclame ou s'approprié une partie des revenus de la personne âgée ou réduit au minimum, sans justification, ses dépenses
-
13. **Prive la personne de nourriture et de soins requis**
L'aidant laisse la personne âgée sans nourriture. Il ne donne pas suite aux recommandations concernant ses besoins de base
 14. **Répond systématiquement à la place de la personne âgée**

L'aidant manifeste un contrôle absolu sur la personne âgée

15. **Menace d'interrompre le service à domicile**
La présence des soignants semble insécuriser l'abuseur, compromettre son équilibre

16. **Refuse de laisser la victime seule avec un tiers**
L'aidant accompagne systématiquement la personne âgée dans les activités de soins

Légende:

Réponses 1 à 5 : **10** points chacune

Réponses 6 à 12 : **7** points chacune

Réponses 13 à 16 : **5** points chacune

Votre total

Si le total des points atteint 18 ou plus, cela tend à confirmer que vous avez affaire à une personne à risque d'abuser de la personne âgée que vous connaissez puisque vous identifiez probablement des comportements abusifs.

Votre total pour les 4 étapes

Si vous identifiez des indicateurs dans chacune des étapes et que le total des points pour les 4 étapes est supérieur à 40, la situation exige que vous consultiez un professionnel compétent pour intervenir.

Un score de 18 signale un danger. Si vous n'atteignez pas ce total, mais que vous répondez «oui» à quelques affirmations, la suspicion demeure. Parlez-en avec d'autres personnes qui détiennent plus d'information sur la situation et refaites le test ensemble.

Dans tous les cas, la vigilance s'impose: restez en contact étroit avec la personne âgée que vous connaissez afin de prévenir l'aggravation de la situation.