

Mémoire de recherche

La promotion d'une démarche bientraitante au sein des
établissements d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes

Mémoire de recherche présenté par GRYMONPREZ Ségolène

Sous la direction de Madame SAISON, Maître de conférences

Année Universitaire 2020-2021

Master 2 - Droit et politiques en santé

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes ayant contribué au succès de mes études, de mes stages ainsi qu'à l'élaboration de mon mémoire de fin d'études.

Tout d'abord, je tiens particulièrement à remercier Madame Saison, qui grâce à son cours en Master 1 Droit public, m'a donné l'envie de poursuivre mes études dans le secteur sanitaire. Suite à une réorientation en Droit de la santé, ce fut une révélation. Durant cette dernière année, compliquée du fait de la crise sanitaire touchant notre pays, Madame Saison fut d'un soutien indéfectible. À la fois directrice de mémoire, directrice du master 2 Droit et politiques de santé et Maître de conférences, Madame Saison a su se rendre disponible et à l'écoute.

Je remercie également ma Maître de stage Madame Delhaye-Gervoise, Directrice de site Centre Hospitalier Henin Beaumont du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Artois. Je remercie Madame Caron, Madame Leroy et Madame Locoste, les trois cadres de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Les 5 saisons ». Ensemble, elles ont su m'apprendre la réalité de terrain de cette structure composée de 130 lits et d'une équipe de plus de 80 soignants.

Je remercie Madame Ferry de m'avoir formé à la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® plus communément appelée formation Humanitude (Annexe 1).

Je tiens à témoigner ma reconnaissance envers mes proches qui ont su me soutenir durant mes années d'études, mes camarades de promotion, aujourd'hui devenues des amies, avec lesquelles nous formions un trinôme toujours enthousiaste d'apprendre ensemble.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
PARTIE I : Bientraitance / maltraitance : de la prévention contre la maltraitance à la promotion de la bientraitance en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	19
CHAPITRE I : Première avancée vers la démarche bientraitante : la prévention et le signalement des actes de maltraitance.....	20
CHAPITRE II : Bientraitance/ maltraitance : des notions opposées mais des acteurs complémentaires	27
CHAPITRE III : Faire du résident un co-acteur de son parcours de vie et de soins.....	42
PARTIE II : L’élaboration d’une démarche bientraitance au sein d’un établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	53
CHAPITRE I : La formation et le recrutement : des leviers forts vers une démarche bientraitante	54
CHAPITRE II : Les outils spécifiques à la promotion d’une démarche bientraitante au sein d’un établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes	65
CHAPITRE III : L’accompagnement de l’encadrement : un outil d’amélioration des conditions de travail favorisant le bien-être de l’équipe pluridisciplinaire.....	73
CONCLUSION.....	81
TABLE DES MATIERES.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	87
ANNEXES.....	95

INTRODUCTION

« Une société se juge à la façon dont elle traite ses personnes âgées. Une société qui les délaisse, les sous-estime, les dévalorise n'a pas de sens »¹. Voici ce qu'exprimait Renaud Sainsaulieu, théoricien français de la sociologie des organisations.

Ce mémoire de recherche aborde une notion qui est apparue récemment dans le secteur médico-social : la bientraitance au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes aussi appelés « EHPAD ». Cet écrit touche exclusivement la situation des EHPAD en France et avant la crise de la Covid-19. Cela pour une raison de manque de recul et uniformisation des données sur les pratiques professionnelles en vigueur durant cette crise, qui de plus, est toujours d'actualité.

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) était anciennement une maison de retraite². Cependant, ce lieu est devenu en 1999 une structure médicalisée. Un EHPAD est donc un établissement médico-social qui, selon le Code de l'action sociale et des familles³, est une personne morale publique ou privée chargée de remplir une mission de service public. Il peut avoir un statut public, privé à but lucratif ou privé à but associatif. Afin d'avoir le statut d'EHPAD, il est obligatoire que la structure passe une convention dite tripartite avec le Conseil départemental et l'Agence régionale de santé. Ce sont les autorités de tutelle. Cette convention a pour objectif d'engager chacune des parties à respecter des règles définies en fonction d'un cahier des charges concernant la qualité d'accueil et de prise en charge des résidents. Et cela pour une durée de cinq ans.

Les profils ciblés par ces structures sont des personnes âgées de minimum soixante ans que l'on nomme résident ou habitant et non patient. Pour une raison simple, un EHPAD est le lieu de travail du soignant et bel et bien un lieu de vie du résident. Il accueille des personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire en perte d'autonomie pouvant être physique et/ou psychique. Ce sont donc des personnes vulnérables qui ont besoin de soins et d'aide pour les actes de la vie

¹ Sainsaulieu (Renaud), Données sociales hospitalières, synthèse 2002, « *hôpital local, lieu de travail* », 2002.

² Service Public, « *Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », 2020.

³ Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

quotidienne. Pour cela l'équipe pluridisciplinaire les accompagne pour les actes tels que le lever, la toilette, les repas, le coucher, etc... et assurent une prise en charge médicale. C'est-à-dire que sera prodigué au résident des soins médicaux et paramédicaux personnalisés en fonction des besoins et pathologies. De plus, il y a des services tels qu'une blanchisserie, des animations, un coiffeur, une diététicienne, une psychologue... L'accueil peut être en chambre individuelle ou collective (pour deux personnes), à temps complet ou à temps partiel.

Il ne faut pas méconnaître le fait que les résidents sont avant tout des personnes humaines uniques qui ont de multiples besoins comme indiqué dans la pyramide des besoins de Maslow⁴. La pyramide de Maslow existe depuis les années 1950 grâce à un psychologue nommé Abraham Maslow. Elle représente la hiérarchie des besoins de l'être humain. Il y a cinq catégories, à savoir les besoins physiologiques (exemples : manger, boire, dormir, respirer...). Ensuite, il y a les besoins de sécurité, c'est-à-dire le besoin d'avoir un environnement stable et sans stress (exemples : avoir un travail, avoir une bonne santé, avoir une famille, avoir un logement, etc..) ... La troisième catégorie est celle des besoins d'appartenance. L'être humain a besoin d'être aimé et de recevoir de l'affection de la part des autres individus (exemples : amis, famille). Ensuite, il y a les besoins d'estime de soi, c'est-à-dire le besoin d'avoir confiance en soi, d'avoir des objectifs, des convictions, d'être respecté par les autres. En haut de la pyramide, il y a le besoin d'accomplissement de soi et d'auto-réalisation. Cela recouvre le besoin d'apprendre, d'améliorer le monde, de s'impliquer dans des activités.

Les résidents ont des facultés, des caractéristiques, des habitudes ainsi qu'une expérience de vie. Ils doivent être reconnus dans leur humanité malgré leur arrivée dans une structure médicalisée. Comme écrivaient Alain Villez et Jean-Jacques Aymot dans un ouvrage de 2001 nommé « *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques* », « *Il n'est pas question de masquer la vieillesse, de la grimer, mais il est question de considérer que l'institution n'est pas un monde à part, un monde clos, mais bien un lieu comme un autre où les personnes qui y vivent ont la possibilité de prolonger là des manières d'être et de paraître qui sont l'expression de la vie en société* »⁵.

⁴ Maslow (Abraham), *Motivation and Personality*, Third Edition, 1954, 411 pages.

⁵ Aymot (Jean-Jacques), Villez (Alain), *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*, Dunod, 2001, 216 pages.

Pour que chaque structure médicalisée fonctionne, elle doit être composée d'une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge l'ensemble des résidents. Elle est composée d'un médecin coordonnateur, un ou des cadres de santé, des infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat, des aides-soignant(e)s, des agents de service hospitaliers qualifiés, une psychologue, une ergothérapeute, une diététicienne, etc... Ce sont des soignants et selon la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, un soignant est « *un professionnel qui prend soin d'une personne qui a des problèmes de santé ou qui se préoccupe de sa santé, dans le but de l'aider à améliorer sa santé, la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la fin de la vie. Un professionnel qui ne doit en aucun cas nuire à la santé de cette personne* »⁶. Ce professionnel « *doit connaître et appliquer les règles de l'art de sa profession* »⁷ tel que : « *zéro soin de force, sans abandon de soin, respect du domicile, jamais d'approches surprises, respect du sommeil, des contentions justifiées* »⁸. Les professionnels de santé sont dans l'obligation de respecter certains devoirs, particulièrement du fait qu'ils travaillent aux côtés d'un profil de résidents souvent vulnérables.

L'EHPAD devenant le lieu de vie du résident, il y a donc un coût d'hébergement. Celui-ci est calculé en fonction du tarif hébergement, du tarif niveau de dépendance du résident et enfin du tarif des soins. Il existe des aides financières spécifiques comme l'aide sociale aux personnes âgées ou encore l'aide personnalisée au logement. Elles sont attribuées aux résidents n'ayant pas assez de ressources financières pour supporter le coût de l'hébergement. Ce type de structure a une capacité d'accueil qui peut varier entre 50 et 130 résidents. Certaines structures peuvent avoir des espaces spécialisés pour des maladies spécifiques telles que Alzheimer ou Parkinson. Ce sont des résidents qui peuvent avoir besoin de déambuler, par conséquent la structure doit être équipée d'espaces sécurisés et clos.

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'espérance de vie à la naissance « *représente la durée de vie moyenne d'une génération*

⁶ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Le respect de chaque personne* », p.11.

⁷Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Quelques règles de l'art de la gérontologie moderne* », p.9.

⁸ *Id.*

fictive soumise aux conditions de mortalité par âge de l'année considérée »⁹. L'espérance de vie à la naissance de la population Française en mars 2021 était de 79,2 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes. Alors que dans les années 1950, l'espérance de vie à la naissance chez les hommes était de 63,4 ans tant dit que pour les femmes l'espérance de vie à la naissance était de 69,2 ans. Elle a donc considérablement augmenté, ce qui est dû à de multiples facteurs comme les progrès de la médecine, l'amélioration de la qualité de vie ou encore le développement des vaccins. Force est de constater que ce phénomène s'est répercuté dans les structures médicalisées. Progressivement, le GMP (GIR moyen pondéré)¹⁰ qui correspond au niveau moyen de dépendance de l'ensemble des résidents présents au sein de la structure a augmenté. À savoir que, pour être estimée comme médicalisée une structure doit avoir un GMP supérieur à 300. Les GIR des EHPAD ont donc progressivement changé. Le maintien à domicile le plus tard possible joue un rôle dans ce phénomène. En effet, les personnes intègrent des structures médicalisées de plus en plus âgées lorsque l'hospitalisation à domicile ou lorsque la prise en charge par la famille ou l'entourage n'est plus possible. Ce qui a aussi pour conséquence d'augmenter la charge en soins.

Cette notion est importante car instaurer une démarche bientraitante apparaît être un véritable défi au vu du taux de dépendance des résidents qui ne fait qu'augmenter. La bientraitance est une culture associant le prendre soin du point de vue médical (cure) donc guérir et le prendre soin du bien-être physique, social et mental (care). Dans le préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé est donné une définition de ce qu'est la santé. Elle est décrite comme étant un droit fondamental reconnu à chaque citoyen peu importe son origine, son sexe, son âge, sa couleur de peau, sa condition économique ou encore sa religion. Elle est définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹¹. Cette définition fut adoptée le 22 juin 1946 à New York puis est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Depuis elle n'a pas fait l'objet de modifications. La santé n'est pas juste une absence de maladie, mais bel et bien, une volonté

⁹ Institut national de la statistique et des études économiques, « *Espérance de vie / Espérance de vie à la naissance / Espérance de vie à 60 ans* », 2021.

¹⁰ Décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

¹¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, New York, 1946, et entré en vigueur en 1948.

d'accompagner vers le bien-être complet de la personne. Cela demande au professionnel d'associer du savoir-faire et du savoir-être.

La notion de bientraitance est apparue dans un premier temps grâce à Danielle Rapport, psychologue et auteur de l'ouvrage « *La bien-traitance envers l'enfant* »¹². Cette femme a alerté Simone Veil, alors ministre chargée des Affaires sociales, sur les situations en pouponnières. Ce qui a donné naissance à un comité de pilotage nommé « *l'opération pouponnières* »¹³. La bientraitance a touché dans un premier temps le secteur de la petite enfance. En effet, à cette époque commence à être pris en compte la vulnérabilité due à l'âge. L'objectif était de rendre plus humaniste l'accueil de ces enfants au sein de structures spécialisées. En novembre 2003, Christian Jacob, Ministre délégué à la famille, estime que la bientraitance doit devenir « *l'art et la manière de promouvoir le respect de la personne âgée et de son bien-être à travers des actions concrètes* »¹⁴. Ainsi au fur et à mesure des années, la nécessité de promouvoir la bientraitance fait sa place dans le secteur sanitaire et médico-social. Progressivement, cette notion intègre des plans tels que le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006-2010¹⁵ axé sur la personne âgées vulnérables. Dans un souci d'humanisation de la prise en soin, la douleur physique et psychique est prise en compte afin de ne pas rendre plus fragile des personnes déjà vulnérables. D'autant que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹⁶, aussi appelée loi Kouchner, reconnaît le droit au soulagement de la douleur comme étant un droit fondamental à toute personne. La lutte contre la douleur devient une priorité de santé publique. Selon l'article L.1110-5 du Code de la santé publique « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* »¹⁷.

L'année 2007, va naître un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Pour cela, « *Il faut non seulement signaler et sanctionner*

¹² Grison (Agnès), Rapoport (Danielle), *La bien-traitance envers l'enfant*, Belin, 2017, 203 pages.

¹³ Comité de pilotage de l'opération pouponnières, 1978.

¹⁴ Discours Jacob (Christian), Ministre délégué à la famille, 2003.

¹⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé, "*Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur* », 2010.

¹⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁷ Article L.1110-5 du Code de la santé publique.

sévèrement les agissements les plus graves, mais aussi développer la prévention et accompagner les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une véritable culture de la bientraitance »¹⁸. L'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), l'année suivante, ajoutait que « *La bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques, tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable, car il existe une profonde résonance entre maltraitance et bientraitance* »¹⁹. Peu à peu, apparaissent des chartes tel que la charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance²⁰. Elle énonce 14 principes reconnus comme des droits de la personne âgée comme par exemple le droit à une vie sociale et culturelle, la liberté d'expression ou encore le respect de la fin de vie. La promotion de la bientraitance devient une véritable priorité nationale.

Les notions de bientraitance et de maltraitance ont une histoire ancienne malgré que ces termes soient « récents ». Le mot « *maltraitance* » est apparu en 1987 grâce à une définition du Conseil de l'Europe²¹. C'est donc récemment que fut reconnue son existence. En 1994, la maltraitance sur les personnes âgées en institution ou au domicile est reconnu comme étant réelle mais taboue. Ainsi sera mis en place un réseau national d'écoute téléphonique afin de permettre la libération de la parole du résident. Le 19 décembre 2011 une résolution²² à été proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations-Unies. Celle-ci met en place la journée de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, en date du 15 juin²³. Cette prise de conscience fut tardive, contrairement au Canada, à la Norvège ou encore la Grande-Bretagne qui depuis les années 1980 ont mis en place des politiques publiques afin de prévenir la maltraitance sur les personnes âgées.

¹⁸ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, « *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance* », 2007.

¹⁹ ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2008.

²⁰ Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, « *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* », 2007.

²¹ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Orientations prioritaires de la politique nationale* », 2015.

²² Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, Résolution 66/127 du 19 décembre 2011.

²³ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Journée Mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées* », 2021.

Avant d'entendre le terme « *bienveillance* » on parlait de « *bienfaisance* ». En effet, déjà à l'époque se présentait l'envie de « *faire du bien* ». Ce n'est que par la suite que l'on a parlé de bienveillance dans le milieu professionnel afin de désigner une intention professionnelle positive. Le Larousse définit la bienveillance comme étant un « *ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire* »²⁴. La Haute autorité de santé ajoutera que « *La bienveillance ne peut pas être le contraire stricto sensu de la maltraitance mais doit promouvoir le respect des droits et libertés du patient, du résident, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Ce n'est pas une démarche d'individualisation mais la prise en charge personnalisée du résident. L'institution et le management ont un rôle essentiel à jouer dans la promotion de la bienveillance* »²⁵.

Selon le GRIEPS (organisme de formation continue pour professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux) il y a dix principes fondant la bienveillance, à savoir : le respect, l'autonomie, la liberté, la sécurité, l'individualisation, la justice, la continuité, la considération, l'empathie, la tolérance. A noter que s'ajoute aussi la non discrimination, qui est le fait de « *prendre en charge les personnes sans distinction opérée en raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs moeurs, de leurs opinions politiques, de leur appartenance ou leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée* »²⁶.

La bienveillance a comme notion annexe la « *bienveillance* »²⁷. Elle consiste en une approche altruiste de la personne fragile soucieuse de bien faire pour elle. C'est l'intention envers l'autre qui compte. Elle nécessite d'acquérir un sens de la communication adapté à la personne vulnérable. L'essentiel de la démarche est de tendre vers une relation la plus équilibrée possible sachant qu'il existe un déséquilibre présent de base du fait de la fragilité de la personne soignée. Le professionnel de santé s'efforcera d'adopter une réponse personnalisée en fonction du profil du résident, on parle parfois d'un accompagnement de

²⁴ Site internet : Dictionnaire Larousse, 2021.

²⁵ Haut autorité de santé, Le déploiement de la bienveillance, « *Guide à destination des professionnels de santé et EHPAD* », 2012.

²⁶ GRIEPS, Dossier pédagogique, « *Développer la bienveillance et prévenir la maltraitance* », Lyon, 43 pages.

²⁷ Dictionnaire Le Robert, 2020, 2144 pages.

proximité. La bientraitance est une attitude du professionnel qui se soucie du bien-être de la personne fragile qu'il a en charge de soigner. Cela demande un véritable engagement de la part des professionnels. C'est de façon consciente et volontaire que chaque professionnel décide de s'engager dans une démarche bientraitante. Celle-ci est, selon la Haute autorité de santé, « *une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance* »²⁸. Cela consiste à être « *des professionnels au-delà d'une série d'actes* »²⁹.

En 2006, Marc Berthel disait que « *la bientraitance est d'apporter à chacun ce qui lui convient le mieux et donc de personnaliser la prise en charge* »³⁰. Le care (prendre soin) n'est pas dicté par des règles mais par la nécessité d'avoir une attitude à l'écoute du résident, ce qui s'acquiert avec le temps, c'est l'expérience. Afin de développer les capacités du résident, chaque personne qui l'entoure essaiera le plus possible de lui apporter une image positive de lui même, il doit donc être regardé favorablement et non avec mépris. Selon Axel Honneth, philosophe, sociologue et professeur à l'université de Francfort, il existe trois points permettant la reconnaissance de l'humanité du résident. Il y a « *l'attention affective, l'accès égal aux droits et l'estime sociale* »³¹.

La bientraitance doit être une préoccupation de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui mène avec solidarité un projet d'amélioration de ses pratiques professionnelles. Selon la HAS, cela doit être « *une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins* »³². Selon Emmanuel Kant, philosophe prussien, « *il ne suffit pas qu'un acte soit conforme au devoir pour qu'il soit moral* »³³. En effet, l'éthique a un rôle de guide dans cette remise en question. Elle repose sur quatre grands principes qui sont : la non-malfaisance, la bienfaisance, le respect de l'autonomie de la personne et enfin le principe de justice.

²⁸ *Ibid.*, p.13.

²⁹ GRIEPS, Dossier pédagogique, « *Développer la bientraitance et prévenir la maltraitance* », Lyon, p 9.

³⁰ GRIEPS, Dossier pédagogique, « *Développer la bientraitance et prévenir la maltraitance* », Lyon, p 10.

³¹ *Id.*

³² Haute autorité de santé, « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* », 2008.

³³ Kant (Emmanuel), *Fondement pour la métaphysique des mœurs*, Lgf, 1993, 256 pages.

La Haute autorité de santé (par une loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018³⁴, la HAS s'est vu confier les missions de l'ANESM) depuis cette époque s'implique dans cette promotion de la bientraitance. Celle-ci figure désormais dans les manuels de certification (V2010, V2014 et V2020). Ce processus de certification existe depuis plus de vingt ans (1999), codifié à l'article L.6113-3 du Code de la santé publique. Il énonce qu'« *afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* »³⁵. Afin d'obtenir la certification, les établissements doivent donc répondre à des critères tels que la « *prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance* » pour la certification de 2010. Pour la certification la plus récente, de 2020, les critères sont « *l'engagement du patient, la culture de la pertinence et du résultat, le travail en équipe, l'adaptation aux évolutions du système* »³⁶. Récemment, la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance (créée en mars 2018) a publié une « *note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie* »³⁷. Celle-ci a trois enjeux qui sont : comprendre le phénomène de maltraitance, réagir collectivement et prévenir sa survenance. L'objectif étant d'élaborer un vocable commun, organiser une coordination à l'échelle du territoire et enfin partager et valoriser les initiatives citoyennes promouvant la bientraitance.

Afin d'assurer la pérennité de cette démarche il eut été fondamental de délimiter un cadre réglementaire. C'est ainsi que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale³⁸ marque l'essor de cette notion de bientraitance. En effet, celle-ci promeut l'autonomie, la protection des personnes ainsi que l'exercice de la citoyenneté de chacun.

³⁴ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

³⁵ Article L.6113-3 du Code de la santé publique.

³⁶ Haute autorité de santé, *Dispositif de certification V2020 : référentiel de certification*, avril 2019.

³⁷ Ministère des Solidarités et de la santé, « *Commission pour la lutte contre la maltraitance et le promotion de la bientraitance* », 2020.

³⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cependant des notions nouvelles apparaissent comme l'obligation de donner un livret d'accueil, un contrat de séjour, un règlement de fonctionnement ou encore la mise en place d'un conseil de la vie sociale (CVS). Cette loi précise les droits que possède chaque individu. Ainsi pour rendre effectifs ces droits sont créés des documents, des instances, des évaluations régulières et des sanctions en cas de non respect de ces droits. Figurant à l'article 7 de cette dite loi de 2002, devenu l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles, des droits généraux tel que « *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* »³⁹. Ce sont des droits fondamentaux qui permettent de reconnaître l'individu comme étant un Homme. Ils assurent à la personne une multitude de droits tels qu'une protection du corps humain, la capacité de décider seul et de faire seul en fonction de son niveau d'autonomie ou encore un droit à la vie privée inscrit à l'article 9 du Code civil. Cet article énonce que « *chacun a droit au respect de sa vie privée* »⁴⁰.

D'autres droits ont été reconnus par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁴¹, tel que le droit à l'information, le droit d'être soulagé de sa douleur, le droit de recevoir des soins palliatifs ou encore la sécurité des soins. Ce sont des droits qui s'appliquent aussi au secteur médico-social. Une autre loi a succédé à la loi de 2002, c'est la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement promulguée le 28 décembre 2015⁴². Elle va dans le sens de la promotion de l'autonomie des personnes âgées mais surtout vers la reconnaissance de la place des personnes âgées au sein de notre société. L'objectif était de changer le regard de la société vis-à-vis de la vieillesse. Cela passe par le fait d'anticiper au maximum la perte d'autonomie qu'elle soit au domicile ou en établissement et surtout d'assurer un accompagnement qualitatif de nos aînés. Apparaît aussi avec cette loi le droit au répit, c'est un droit qui concerne les aidants. Le proche a désormais du temps lui permettant de prendre du repos. Ainsi la personne âgée est placée pour une durée d'environ deux semaines reconductibles.

Chaque professionnel de santé essayera tout au long de sa carrière d'acquérir une posture professionnelle bienveillante qui est définie selon l'ANESM comme étant « *une manière*

³⁹ Article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

⁴⁰ Article 9 du Code civil.

⁴¹ *Ibid.*, p.11.

⁴² Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

*d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus »⁴³. Cependant, celui-ci ne peut pas tout accepter. En effet, la structure est soumise à des règles ayant comme but d'assurer la sécurité du résident. L'ANESM en janvier 2012 allait déjà en ce sens en indiquant que « *la bientraitance intègre le souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires, connues et sécurisantes pour tous et d'un refus sans concession de toute forme de violence* »⁴⁴. Par conséquent certaines demandes des résidents pouvant aller contre leur sécurité peuvent être refusées.*

Il s'agira de se demander de quelle manière une prise en charge bientraitante du résident nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs présents au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ?

Dans une première partie, il sera question d'aborder le parallèle entre la prévention faite contre les situations de maltraitance et la promotion de la bientraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'intérêt est de comprendre que ces actions ne vont pas les unes sans les autres. Pour cela, elles demandent l'implication de chaque membre présent au sein de la structure ainsi que de tous les intervenants à titre régulier ou exceptionnel. Chacun ayant une place à jouer vers l'appropriation d'une démarche bientraitante. La participation du résident lui-même est elle aussi un élément fondateur de cette culture. Le faire participer aide à le connaître et à connaître ses besoins.

Dans une seconde partie, il s'agira d'observer quels outils permettent à la structure de favoriser, au sein de l'équipe, une volonté d'être bientraitant. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire doit être accompagné et soutenu par l'encadrement de proximité et la direction afin de mener ensemble la mise en place d'une démarche bientraitante. Pour cela, il existe des leviers tels que la formation initiale et continue, mais aussi le recrutement qui doit se faire de façon rigoureuse grâce à des critères bientraitant. Nous aborderons aussi les outils de management, de prévention du risque de maltraitance ainsi que les outils d'évaluation des pratiques professionnelles

⁴³ *Ibid.*, p.12.

⁴⁴ ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, janvier 2012.

PARTIE I : Bientraitance / maltraitance : de la prévention contre la maltraitance à la promotion de la bientraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Afin de pouvoir mettre en place une démarche bientraitante, il est essentiel de savoir identifier les facteurs de risques pouvant amener à des situations maltraitantes. Pour cela, le Conseil de l'Europe a effectué une classification très détaillée de celles-ci. Cette classification peut servir de repère aux acteurs intervenant dans la structure. Mais il est tout aussi important de savoir comment agir face à ce type de situation, pour cela il existe des procédures de signalements.

« *La bientraitance de nos aînés, c'est l'affaire de tous!* » énonçait Marie-Françoise Job⁴⁵. Ce qui illustre parfaitement le fait que cette démarche nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cela inclut une multitude d'acteurs que nous aborderons durant le second temps de cette partie.

Enfin nous verrons que pour assurer le bien-être de chaque résident, il est inévitable de le faire participer. Cela passe par la recherche de ses habitudes, de ses besoins et envies. Son avis doit être recherché pour chaque situation du quotidien afin d'obtenir sa participation. Il est le premier moteur de sa prise en charge.

⁴⁵ Job (Marie-Françoise), *De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*, 2010, 218 pages.

CHAPITRE I : Première avancée vers la démarche bientraitante : la prévention et le signalement des actes de maltraitance

La démarche bientraitante, pour qu'elle soit effective, doit avoir comme complément d'action la prévention et une lutte contre les situations maltraitantes. En effet, « *La mise en place d'une culture de la bientraitance au sein d'un établissement ne peut se faire que si, en amont de cette démarche, une politique résolue de lutte contre la maltraitance ait été mise en place* »⁴⁶. C'est ainsi que nous aborderons, les facteurs de risques pouvant amener à ses situations. Lorsqu'une situation est identifiée, celle-ci est incluse dans une classification des situations maltraitantes.

Section I : Les facteurs de risque pouvant déclencher une situation maltraitante

Dans cette notion de maltraitance, il est essentiel de prendre en compte les facteurs de risque pouvant déclencher une situation de maltraitance. Un facteur de risque est défini selon le dictionnaire le Petit Larousse comme étant un « *élément qui concourt à un résultat* »⁴⁷ et cela peut importe que le résultat soit recherché ou non. Les facteurs aussi appelés « *facteurs associés* » peuvent être liés au résident, au professionnel, à l'environnement ou à l'institution.

Paragraphe I : Les facteurs de risque lié à l'âge du résident

Dans un premier temps, il y a le facteur de vulnérabilité dû à l'âge du résident. Les résidents entrant en institution ont au minimum 60 ans. Mais selon la mutualité Française, le 26 avril 2021, l'âge moyen des personnes entrant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est de 85 ans et 2 mois⁴⁸. Louis Plamondon, sociologue et juriste, affirme que la personne âgée est d'une « *grande vulnérabilité physique et psychologique, une dépendance importante aux soins de base, alimentation et hygiène ; une mobilité très restreinte avec une présence d'un handicap physique ou un déficit cognitif qui*

⁴⁶ Champetier (Gil), « *Promouvoir la bientraitance à l'EHPAD de la Croix d'argent* », 2009.

⁴⁷ Site internet : Dictionnaire Larousse, 2021.

⁴⁸ DRESS, Enquête EHPA « *85 ans : l'âge moyen d'entrée en établissement pour personnes âgées* », 2021.

accentuent la dépendance, donc la vulnérabilité »⁴⁹. La vieillesse peut faire peur à certains soignants et être source de rejet. Cela peut refléter la peur de vieillir ou la peur de la mort.

Un autre facteur de risque⁵⁰ est la dépendance et la perte d'autonomie de certaines personnes âgées dues à la vieillesse, à un handicap et/ou certaines pathologies. Ce sont des résidents qui demandent beaucoup plus d'accompagnement pour accomplir des actes de la vie quotidienne. Le facteur de risque peut être lié à des maladies spécifiques tel que la maladie d'Alzheimer. Ces personnes font souvent l'objet de troubles importants du comportement et demandent une surveillance constante. Cela demande au professionnel de suivre une formation adaptée au profil de ces résidents. Le professionnel peut aussi être confronté à des situations difficiles telles qu'un résident agressif, exigeant ou en refus de soin, un résident isolé voire mis à l'écart, à des vomis, de l'incontinence ce qui peut parfois provoquer chez lui une surcharge émotionnelle. La réaction du professionnel peut se manifester à travers de la violence, un rejet de la personne âgée, un abandon, etc...

Paragraphe II : Les facteurs de risque lié au professionnel

Il y a aussi des facteurs liés au personnel lui-même, qui avant d'être un professionnel est une personne humaine. Les soignants ne sont pas des robots. Chaque être humain a des émotions, des convictions qu'il peut parfois être difficile de contenir. Le seuil de tolérance à certaines situations varie d'un individu à un autre. De plus, chaque professionnel a une vie en dehors de son travail. Il peut être confronté à des difficultés de la vie quotidienne, de la fatigue, un manque de motivation, de la lassitude, des moments de fragilité psychologique et physique, à un rejet de la personne âgée. Ce sont autant de situations qui parfois amènent une personne à moins s'investir dans les soins et donc à devenir l'auteur de maltraitance.⁵¹ La surcharge de travail, l'épuisement professionnel, l'insuffisance de formation sur des sujets précis, la routine sont aussi des facteurs de risques pouvant déclencher des situations maltraitantes. Les arrêts maladie et les accidents du travail sont aussi une cause pouvant amener à des situations de maltraitance. Il arrive que des services travaillent de façon

⁴⁹ Plamondon (Louis), *Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques*, 2000, 122 pages.

⁵⁰ Hugonot (Robert), *La vieillesse maltraitée*, Dunod, 1998, 232 pages.

⁵¹ Berg (Nicolas), Giet (Daniel), Moreau (Anne), *La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société*, 2005.

dégradée, c'est-à-dire avec une organisation du travail qui souvent fait peser plus de tâches sur le personnel en poste du fait du nombre insuffisant de soignant.

Paragraphe III : Les facteurs de risque lié à la structure

Les derniers facteurs sont liés à l'environnement et à l'institution. L'association ALMA à la fin des années 1990 énonçait déjà que le fonctionnement et l'organisation de l'institution sont des facteurs de risque de maltraitance. Le manque de moyens humains et matériels a des conséquences négatives sur la prise en charge du résident, le soin peut être fait rapidement et à la chaîne. Les conditions de travail peuvent parfois mettre à mal le lien que certains soignants essayent d'installer avec les résidents. De nombreux soignants souffrent souvent du manque de temps accordé au résident, souvent ils ne peuvent pas prendre le temps de discuter avec lui. Comme l'affirme l'association en 1997, « *Les horaires en sont l'illustration la plus évidente : qu'il s'agisse du réveil obligatoire à 7 heures, des heures de repas imposées, de la grande plage horaire nocturne de près de 12 heures sans boissons ni nourriture, le rythme de l'institution ne tient compte ni des besoins, ni des désirs des personnes venues là passer leur retraite* »⁵².

Dans l'intérêt du résident, l'objectif est de repérer ces risques de façon préventive ou d'identifier une situation maltraitante afin de la gérer ainsi que les conséquences qu'elle peut avoir sur la personne âgée. Ensuite, l'intérêt est de faire en sorte qu'elle ne se reproduise plus. Le guide de recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, préconise que les structures « *prennent toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des personnes par l'identification et la prévention de tous les risques. Lorsque le risque est clairement identifié, il est en outre recommandé qu'il fasse l'objet d'une communication claire...* »⁵³. L'essentiel est de savoir repérer les signes d'alerte afin de signaler la situation. Pour cela, il existe des signes chez le résident pouvant laisser penser qu'il est victime de maltraitance tels que la méfiance, l'isolement, la peur, un résident poly-chuteur, des blessures, des ecchymoses sans explication, un état dépressif, l'insomnie, un refus de manger, l'agressivité, etc...

⁵² Bulletin L'aide soignant, *La violence en institution pour personnes âgées*, 1997.

⁵³ *Ibid.*, p.12.

Section II : La classification des situations maltraitantes amorcée depuis les années 1990

Les situations de maltraitements sont nombreuses et peuvent être multiples. Elles existent aussi bien en institution qu'au domicile. Afin de pouvoir lutter contre ces situations il est primordial de savoir les détecter. C'est pour cette raison que dans les années 80-90 s'amorce une définition puis classification de ces actes. Ainsi, le Conseil de l'Europe en 1987 énonce que « *la maltraitance des personnes âgées se caractérise par tout acte de négligence ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à la sécurité financière* »⁵⁴.

Quelques années plus tard, en 1992, le Conseil complète en donnant une classification des actes de maltraitements. Il distingue les « **violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie) ; **violences psychiques ou morales**: langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales ; **violences matérielles et financières** : vols, exigences de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés ; **violences médicales ou médicamenteuses** : manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur ; **négligences actives** : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire ; **négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ; **privation ou violation des droits** : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse »⁵⁵.

Les actes de maltraitance active, c'est-à-dire de violence sont souvent plus rares que les actes de négligence qui, eux sont plus difficiles à détecter car ils sont discrets et souvent insidieux. Il est même fait la différence entre violence en relief et violence en creux. C'est Stanislas Tomkiewicz et Pascal Vivet dans « *Aimer mal, châtier bien* »⁵⁶ qui feront la distinction. La

⁵⁴ Assurance Maladie, Référentiel qualité, *Gestion du risque maltraitance*, 2009.

⁵⁵ *Id.*

⁵⁶ Tomkiewicz (Stanislas), Vivet (Pascal), *Aimer mal, châtier bien*, Paris, Seuil, 1991, 303 pages.

violence en relief est celle qui est facilement détectable, elle est visible de tous. Ce sont souvent des actes isolés faits délibérément par le professionnel tel que la privation ou des atteintes physiques. Contrairement aux actes en creux qui eux sont plus discrets, et souvent non intentionnels. C'est une violence insidieuse telle que parler à son collègue en présence du résident et en l'ignorant ou ne pas aider le résident à prendre son repas, etc... .

Le Haut comité de la Santé publique a fait la distinction entre sept catégories de maltraitance infligées à des personnes âgées. Il énonce qu'il y a : « *Les négligences physiques par manque de soins ou de surveillance ; Les abus physiques, actes à l'origine de douleurs, blessures ou déficiences ; Les négligences psychologiques, défaut d'assistance et abandon ; Les sévices psychologiques, menaces, infantilisation et exclusion ; Les négligences matérielles, par non utilisation des ressources du sujet ; Les abus matériels ou l'exploitation financière ; La violation des droits, lors de prises de décisions à son insu* »⁵⁷.

Section III : Le secret professionnel en institution face à des situations maltraitantes

Dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, chaque professionnel est soumis au respect du secret professionnel. Selon l'article R.4312-4 du Code de la santé publique « *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris* »⁵⁸. Il est inscrit à l'article 226-13 du Code pénal qui affirme que « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* »⁵⁹.

Cependant selon l'article 226-14 du Code pénal « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*
1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu

⁵⁷ Haut comité de la santé publique, Rapport violence et santé, 2004.

⁵⁸ Article R.4312-4 du Code de la santé publique.

⁵⁹ Article 226-13 du Code pénal.

connaissance et qui ont été infligées [...] à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ; 2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République [...] les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est [...] une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;[...] Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi »⁶⁰.

Le secret professionnel ne s'applique donc pas lorsqu'une situation de maltraitance est détectée. La non-dénonciation de situation maltraitante est inscrite à l'article 434-3 du Code pénal. Il énonce que « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur 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, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* »⁶¹. Il est important de préciser à tout professionnel qu'il ne subira aucune conséquence négative du fait de la révélation d'une telle situation. Comme le confirme l'article L.313-24 du Code de l'action sociale et des familles. Il énonce que « *Le fait qu'un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant, en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de formation professionnelle, de mutation...* »⁶². Toute personne répondant au respect du secret professionnel est aussi dans l'obligation de signaler une situation qui porte atteinte à l'intérêt du résident.

⁶⁰ Article 226-14 du Code pénal.

⁶¹ Article 434-3 du Code pénal.

⁶² Article L.313-24 du Code de l'action sociale et des familles.

Section IV : L'outil de signalement des actes de maltraitance

Il existe des outils juridiques permettant de lutter contre des situations maltraitantes, cela permet d'assurer une protection à la personne âgée dépendante. Signaler un acte peut être fait par toute personne, à savoir la victime elle-même, le professionnel, la famille, un tiers ou encore un anonyme⁶³. La circulaire du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance⁶⁴ incite même les établissements à se doter d'un protocole de signalement des actes de maltraitances. Cela permet de faciliter la procédure et d'aider le professionnel à savoir comment agir si cela se produit.

Chaque acteur de l'institution a une obligation de signalement d'acte de maltraitance. Selon l'article 226-14 du Code pénal, un médecin ou tout autre professionnel de santé doit dénoncer des faits de sévices ou de privations au Procureur de la République. Il est précisé que « *lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire* »⁶⁵. Il existe plusieurs moyens de signaler des actes de maltraitances. Il existe un numéro d'écoute nationale accessible à tous : le numéro unique 3977⁶⁶. Un conseiller indiquera les démarches à suivre. Le signalement peut se faire auprès du Procureur de la République, des services de Police, des pompiers ou des services de Gendarmerie. Il existe plusieurs façons de le faire, soit par téléphone si cela a un caractère urgent, soit par courrier. Le signalement doit contenir des renseignements tels que la date, l'heure, le nom de l'agent dénonçant les faits, le nom du résident en question, un résumé des faits ainsi que l'autorité hiérarchique qui a été informée. On appelle cela une fiche de signalement. Ensuite va s'ensuivre une enquête interne afin de vérifier la véracité des faits. Le chef de l'établissement doit systématiquement être prévenu de ces situations. Il apprécie la gravité des faits et des suites à donner. Il peut lancer une procédure disciplinaire à l'encontre de l'auteur présumé. Il doit cependant prononcer une sanction appropriée et proportionnelle à la gravité de la faute commise, de plus cette sanction doit être motivée. En parallèle peut être engagée une

⁶³ *Ibid.*, p.20.

⁶⁴ Circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance.

⁶⁵ *Ibid.*, p.25.

⁶⁶ Numéro unique « 3977 », Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap.

procédure pénale qui n'a aucun lien avec la procédure disciplinaire. Ce sont des procédures distinctes.

L'équipe pluridisciplinaire se retrouve parfois confrontée à des situations ayant pour conséquence le fait que le signalement ne sera pas effectué. Cela peut être dû à plusieurs causes. La première peut être le manque de formation au niveau de la prise en charge d'une situation potentiellement maltraitante. Cela est d'autant plus présent lorsque la personne se retrouve seule à prendre en charge le problème. Lorsqu'un membre de l'équipe pluridisciplinaire est face à un événement indésirable, il est préférable de gérer la situation en équipe. En effet, gérer ce type de situation seul peut être problématique. Un professionnel peut ne jamais avoir été confronté à ce type de situation. Une autre raison est que la maltraitance peut aussi ne pas être détectée et que le résident ne demande pas d'aide. Ce qui explique que beaucoup de situations maltraitantes restent encore secrètes et non déclarées de nos jours. Une autre explication est le manque de temps, en effet, vérifier la véracité des faits déclarés prend du temps. Un signalement ne peut pas être effectué sur des on-dit. La personne témoin d'une situation peut avoir peur d'accuser une personne à tort ou avoir peur des représailles. Une autre des raisons pour laquelle faire un signalement n'est pas simple est la complexité de la procédure, c'est pourquoi la formation à la procédure de signalement est essentielle. Une dernière explication est celle du refus conscient du résident.

Selon Henry Ford, « *Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite* »⁶⁷. La notion de bientraitance nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'EHPAD qui est à la fois un lieu de vie et un lieu de soins. Cela demande une implication de l'équipe pluridisciplinaire, des intervenants externes, de l'entourage ainsi que du résident. C'est ensemble que peut s'instaurer une véritable culture de la bientraitance.

CHAPITRE II : Bientraitance/ maltraitance : des notions opposées mais des acteurs complémentaires

Chaque individu, qu'il soit agent au sein de la structure ou intervenant externe à celle-ci, apporte sa pierre à l'édifice vers l'appropriation des valeurs de la bientraitance. Nous

⁶⁷ Site internet : Le Parisien, citation de Ford (Henry), 1863-1947.

aborderons donc les nombreuses acteurs pouvant favoriser le bien-être du résident sans oublier qu'il est lui-même un acteur de son bonheur.

Section I : L'implication de l'équipe pluridisciplinaire de la structure : des actions communes et complémentaires

François Rabelais, écrivain français humaniste de la renaissance, écrivait dans son oeuvre *Pantagruel*, « *la science sans conscience n'est que ruine de l'âme* »⁶⁸. Ce proverbe illustre parfaitement le fondement de la démarche bientraitante que doit acquérir le soignant. Un soin ne doit pas juste être techniquement bien fait. Il doit aussi avoir des valeurs humaines de bienveillance et d'écoute.

Paragraphe I : Le rôle du soignant : l'alliance du savoir-faire et du savoir-être

Un soin est prodigué par un « *soignant* », que le Larousse décrit comme étant « *une personne qui donne les soins à quelqu'un* »⁶⁹. Quant au mot « *soigner* », il est décrit comme l'action de « *s'occuper du bien-être de quelqu'un, être attentif à prévenir ses ...* »⁷⁰. Le petit Robert lui, décrit le soignant comme quelqu'un « *qui est chargé de soigner ou d'accompagner les malades* »⁷¹. C'est une personne physique qui lors de sa formation initiale acquière des connaissances pratiques et théoriques que l'on appelle le savoir-faire. Grâce à son expérience celui-ci va aussi développer une posture professionnelle que l'on nomme savoir-être. Cela lui permet de favoriser une prise en charge basée sur une relation de confiance et à l'écoute du résident. Christian Bobin, écrivain et poète français, affirmait que « *soigner c'est aussi dévisager, parler - reconnaître par le regard et la parole la souveraineté intacte de ceux qui ont tout perdu* »⁷², le soin ne passe pas que par la restauration de la santé physique mais aussi par le maintien ou la restauration de la santé psychique. Chaque soin n'est pas exempt de moralité ni de l'éthique, ainsi cela permet d'éviter des situations inhumaines. Le professionnel

⁶⁸ Rabelais (François), *Pantagruel*, Editions Flammarion, 1532, 224 pages.

⁶⁹ Dictionnaire Le petit Larousse illustré, 2020, 2048 pages.

⁷⁰ *Id.*

⁷¹ Dictionnaire Le Robert, 2020, 2144 pages.

⁷² Bobin (Christian), *La présence pure*, Gallimard, 2008, 224 pages.

doit utiliser ses connaissances tout en ayant une analyse réflexive adaptée à une situation précise, cela permet d'éviter des déviances nommées « *des maltraitances* ».

L'objectif de chaque structure médicalisée pour personnes âgées dépendantes est de réussir à unir « *l'ensemble des ressources humaines (savoirs, savoir-faire, savoir-être) et des moyens institutionnels qui, de manière associée vont concourir au bien-être des résidents en EHPAD et à leur qualité de vie* »⁷³. Pour y parvenir chaque structure est composée d'une équipe pluridisciplinaire qui regroupe un médecin coordonnateur, des infirmier(e)s, des aides soignant(e)s, un/une psychologue, un/une psychométricien(ne), etc.. S'il manque un maillon de la chaîne, la qualité du soin peut se dégrader ou mettre à mal certains soignants qui devront compenser comme par exemple lorsque les infirmières ne sont pas assistées d'un médecin coordonnateur.

L'OMS définit la qualité de soin comme étant la capacité de « *garantir à chaque patient (ici résident) la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, [...], au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin* »⁷⁴. Pour cela le soin doit réunir des aspects multidimensionnels tel que l'efficacité du soin afin de maintenir ou restaurer la santé de la personne, la sécurité c'est-à-dire minimiser les risques d'événements indésirables associés aux soins, la continuité du soin malgré le changement d'équipe ou encore la prise en compte des besoins et attentes du résident.

Paragraphe II : Les devoirs des professionnels en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : l'application des règles de l'art de leur profession

Chaque professionnel faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire a des droits en tant que citoyen et en tant que travailleur. Mais il a surtout des devoirs qu'il doit respecter. Il doit par conséquent « *connaître et appliquer les règles de l'art de sa profession* »⁷⁵. Les devoirs

⁷³ Fillion (Emmanuelle), *La bientraitance en EHPAD : Une approche de sensibilisation du personnel*, 2012.

⁷⁴ Ecole Nationale de la santé publique, *La qualité des soins : une affaire de point de vue*, 2002.

⁷⁵ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Quelques règles de l'art de la gérontologie moderne* », p.9.

qu'il doit respecter sont les droits des résidents tels que le respect du sommeil, mettre en place des contentions justifiées avec accord du médecin coordonnateur, le respect de la dignité, la confidentialité de la prise en charge, l'accompagnement vers l'autonomie du résident, etc...

La première règle de cet art⁷⁶ est de ne jamais approcher un résident par surprise. Ceci est valable pour toute personne voulant entrer en contact avec le résident. En effet, les résidents peuvent être des personnes ayant subi la perte de la vue ou de l'ouïe par conséquent ils n'ont pas toujours conscience qu'une personne s'approche d'eux. Aborder une personne par surprise peut déclencher de l'adrénaline et donc du stress ou de l'angoisse. Afin de pallier à ce problème, il existe une solution simple à mettre en pratique qui est selon la méthodologie de soin Gineste Marescotti®, les « *pré-préliminaires* ». C'est la première étape de ce que la méthodologie nomme la « *capture sensorielle* »⁷⁷. Cela consiste à toquer à la porte du résident d'une façon bien spécifique (3 coups, 3 secondes d'attente, 3 coups, 3 secondes d'attente, 1 coup puis seulement après entrer dans la chambre). Lorsque le résident accepte que la personne entre dans la chambre, il est essentiel de se positionner au bord du lit (au niveau des pieds), face à elle, de la regarder avant de lui adresser la parole. Quant au contact avec le résident en dehors de la chambre (exemples : un couloir, la salle d'animation...), il faut éviter de l'aborder dans son dos mais bel et bien établir une approche visuelle face à elle. Cela lui permet de ne pas se sentir agressé.

Une autre règle est le respect du domicile et du sommeil du résident⁷⁸. Le résident lorsqu'il intègre un EHPAD se voit attribuer une chambre. Celle-ci devient son domicile. Il n'est pas rare d'entendre un résident dire qu'il « *retourne dans ses appartements* ». La chambre est un lieu privatif, c'est l'habitat du résident. C'est aussi une des raisons pour laquelle il est obligatoire de frapper à la porte avant d'entrer. En lien, il est inscrit dans la charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance⁷⁹ a le droit au respect de l'intimité et le respect du sommeil. Ils sont essentiels au bien-être du résident. Ainsi pour les prises de sang ou les changes, l'organisation de l'équipe essaye de s'adapter au maximum pour ne pas les faire lorsque la personne dort.

⁷⁶ *Ibid.*, p.29.

⁷⁷ Institut Gineste-Marescotti® France, *Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®*, p. 26-27.

⁷⁸ *Id.*

⁷⁹ *Ibid.*, p.12.

Une autre règle est le fait de faire de soin de force et de surtout ne jamais abandonner⁸⁰. Pour ce faire, il est nécessaire d'obtenir son consentement. D'autant que c'est un de ces droits énoncés à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique. À savoir, « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »⁸¹. Ne jamais obliger et forcer un résident permet d'éviter que la situation amène à de la violence. Si le résident ne souhaite pas le soin à un moment précis dans ce cas le soignant propose de repasser plus tard, on parle de report de soin. L'objectif est d'apaiser le soin qui parfois peut être la cause d'un stress et de comportements d'agitation pathologique (CAP) pour le résident. Effectuer un soin de force constitue une atteinte à l'intégrité physique et psychique du résident.

Paragraphe III : Le rôle de l'encadrement : la nécessaire coopération entre le directeur de la structure et l'encadrement de proximité

Afin d'être bientraitant, chaque professionnel qu'il soit soignant ou non, doit adopter une attitude respectueuse du résident, essaye d'instaurer une relation de confiance, de favoriser la bonne communication avec l'ensemble de l'équipe, le résident, ainsi que l'entourage. Chaque acteur présent dans la structure a une place importante dans une démarche bientraitante, ils sont tous complémentaires. Le directeur de l'établissement est responsable de la bonne gestion financière et administrative de la structure. C'est lui qui insuffle une dynamique d'amélioration de la prise en charge, il est le moteur du changement afin de mettre en pratique les aspirations bientraitantes. Il a des attributions en matière de recrutement et de formation du personnel. Il doit concilier les besoins des résidents et l'organisation de travail du personnel afin d'éviter la maltraitance dite institutionnelle. Il a donc une réelle influence dans cette démarche bientraitante.

Il existe aussi un encadrement dit de proximité grâce au cadre de santé. Selon Hervé Boyer, « *La fonction cadre est directement liée à la notion de responsabilité* »⁸². Le cadre a une multitude de rôles afin d'assurer le bien-être des résidents et des professionnels. Il assure avec le médecin coordonnateur l'accueil des nouveaux résidents, il a un rôle d'information de

⁸⁰ *Ibid.*, p.30.

⁸¹ Article L.1111-4 du Code de la santé publique.

⁸² Boyer (Hervé), La fonction de cadre de santé, Erès, 2010, p.62, 144 pages.

l'équipe soignante, il est le lien avec la direction des soins, il veille à la sécurité et à la qualité des prestations délivrées, il règle les problèmes rencontrés par la structure, il coordonne et optimise les moyens alloués à la structure, il a un rôle de gestion du personnel afin d'adapter le nombre de personnes aux besoins du service, il gère leurs plannings (gestion des repos, des congés et des remplacements afin d'assurer la continuité des soins). Enfin il est un soutien psychologique pour les équipes afin de les accompagner vers la bientraitance⁸³.

Paragraphe IV : La complémentarité du médecin coordonnateur et du médecin traitant

En EHPAD, il est nécessaire d'avoir un médecin cependant il ne faut pas confondre le médecin coordonnateur du médecin traitant. Le médecin traitant est celui qui est désigné librement par le résident. Il vient à la demande des soignants pour s'occuper du suivi médical individuel du résident. Il a pour mission d'assurer la coordination du parcours de soins. Quant au médecin coordonnateur, c'est un décret du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes⁸⁴ qui réglemente la profession. L'article D.312-158 du Code de l'action sociale et des familles énonce les règles de l'art de la profession de médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante⁸⁵. Il est souvent physiquement présent au sein de la structure ayant des connaissances et compétences en matière de gériatrie. Il est le collaborateur premier du directeur afin d'assurer la qualité de la prise en charge de l'ensemble de l'établissement. S'il détecte une situation allant à l'encontre du bien-être du résident ou du personnel il a un rôle d'alerte auprès de la direction. Il a pour mission d'élaborer le projet général de soins personnalisé en lien avec le projet d'établissement. Il donne son avis concernant l'admission d'un nouveau résident ainsi il évalue l'état de dépendance à l'aide de la grille AGGIR⁸⁶ (annexe 2). Cela permet de définir si la structure a la capacité d'intégrer la personne comme résident.

⁸³ *Ibid.*, p.31.

⁸⁴ Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

⁸⁵ Article D.312-158 du Code de l'action sociale et des familles.

⁸⁶ Service public, « *Qu'est-ce que la grille AGGIR ?* », 2020.

Ils ont un rôle important en matière d'alerte et de signalement des situations maltraitantes. Selon un texte fondateur de la déontologie médicale à savoir le serment d'Hippocrate, le médecin doit protéger toute personne. Lors du serment, il a donc dû prononcer cette phrase « *J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité* »⁸⁷. Lorsqu'il y a un acte de maltraitance, le médecin généraliste a la compétence de rédiger un certificat médical. Il est un élément objectif de preuve très important dans l'hypothèse où la personne décide de porter plainte. Quant au signalement, il a aussi la faculté d'en faire. Il sera par la suite examiné par le référent maltraitance de l'Agence régionale de Santé concernée. Cependant, force est de constater que peu de signalements sont effectués par ces médecins. Ils essayent souvent de trouver une solution avec la hiérarchie et l'équipe pluridisciplinaire avant de procéder au signalement⁸⁸.

Paragraphe V : L'accompagnement de la diététicienne, de la psychologue et de l'animateur dans la prise en charge du résident

Il y a d'autres acteurs contribuant à la mise en place d'une démarche bientraitante. Jean-Anthelme Brillat-Savarin, avocat et magistrat mais surtout gastronome et auteur culinaire français écrivait en 1825 « *Le Créateur, en obligeant l'homme à manger pour vivre, l'y invite par appétit et l'en récompense par le plaisir* »⁸⁹. Cela illustre le fait que l'être humain pour vivre doit se nourrir et doit boire. Cependant, cela n'est pas toujours simple pour une personne âgée. En effet, elle peut rapidement être dénutrie ou déshydratée du fait de son isolement, d'un problème bucco-dentaire, d'un problème de déglutition, etc... A contrario elle peut aussi être suralimentée et donc être en surpoids. Surtout que la majorité des personnes âgées ne sont pas des personnes qui se dépensent physiquement. Le rôle de la diététicienne est primordial⁹⁰. Celle-ci élabore un bilan diététique personnalisé en fonction des besoins nutritionnels du résident. Elle aide à mettre en place une alimentation équilibrée et variée tout en favorisant les plaisirs. Elle contrôle aussi la qualité des aliments servis. Aussi elle peut, lorsque cela est nécessaire, mettre en place des régimes spécifiques (exemples : allergie,

⁸⁷ Ordre des médecins, *Le serment d'Hippocrate*, 2012.

⁸⁸ De breton de longueau (Diane), *Rôles et connaissances du médecin généraliste dans la maltraitance des personnes âgées résidants en EHPAD*, 2014.

⁸⁹ Brillat-Savarin (Jean-Anthelme), *Physiologie du goût*, Hermann, 1981, 416 pages.

⁹⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Diététicien* », 2012.

diabète, hypertension) ou des types de repas tel que le repas mixte ou le manger-mains⁹¹. Elle accompagne le résident dans ce parcours. Pour cela, elle doit instaurer une relation de confiance avec la personne âgée. Il n'est en aucun cas question de forcer le résident à boire ou manger quelque chose.

Un autre professionnel de l'équipe pluridisciplinaire est la psychologue. L'arrivée est un moment sensible, surtout que fréquemment « *la première violence subie par la personne âgée entrant en institution résulte de la nécessaire rupture avec le passé* »⁹². Ainsi dès l'arrivée de la personne âgée, la psychologue a comme mission de repérer, accompagner et soulager ses angoisses et souffrances. Son expertise va aider à la mise en place d'un projet de vie adapté à ses besoins. Elle évalue l'état d'esprit, le comportement et l'humeur de la personne afin de mettre en place des ateliers de stimulation adaptés au résident. Elle peut aider à l'apaisement des troubles du comportement du résident. Certains résidents sont angoissés par l'idée de la mort, la psychologue a donc un rôle de soutien et d'écoute. Concernant les professionnels, elle a un rôle de soutien et d'écoute lorsqu'ils se sentent surmenés, elle peut aider à la détection de situation de mal-être voir de burn out afin d'éviter des situations de risques de maltraitance.

Horace Walpole, écrivain britannique du 18ème siècle écrivait « *l'ennui est le malheur des gens heureux* »⁹³. Afin de ne pas laisser les résidents inactifs dans des structures médicalisées et surtout de ne pas être des établissements mouchoirs fut mis en place le métier d'animateur. Le mot animation vient du latin « *animare* » qui signifie « *donner la vie* »⁹⁴. Selon le Larousse, l'animation est définie comme « *un ensemble de moyens et méthodes mis en œuvre pour faire participer activement les membres d'une collectivité à la vie de groupe* »⁹⁵. En EHPAD, le résident peut parfois trouver le temps long et donc s'ennuyer. L'animation permet de favoriser la joie de vivre du résident, lui permettre de s'exprimer, de s'épanouir et surtout de se sociabiliser. Ainsi, l'animateur fait preuve d'imagination afin d'organiser des activités diversifiées et adaptées aux envies et capacités des résidents. Cela permet de les divertir, de

⁹¹ Agence Régionale de Santé, *Le manger-mains ou Finger-food*, 2012.

⁹² Institut de formation en soins infirmiers du Centre hospitalier Sud-Francilien, « *La maltraitance des personnes âgées* », 2006.

⁹³ Site internet : Le Figaro, citation de Walpole (Horace), 1717-1797.

⁹⁴ Dictionnaire Latin Français Gaffiot, Hachette Education, 2001.

⁹⁵ Site internet : Dictionnaire Larousse, 2021.

stimuler leur créativité et de développer leurs compétences comme par exemple la mémoire ou encore une bonne forme physique grâce au sport tel que la gymnastique. Dans un Rapport Laroque de janvier 1962 est énoncé « *la nécessaire mise en place d'occupations assurant un aliment à leur activité physique et intellectuelle* »⁹⁶. Le résident ne peut pas être forcé à participer, il doit être volontaire. L'ANESM en 2008 recommande « *qu'un refus ponctuel (d'une activité ou d'une prestation spécifique) soit en tous cas pris en compte sans conditionner l'accompagnement de l'utilisateur d'une manière générale ni l'accès à d'autres activités [...]* »⁹⁷. Ce n'est pas parce qu'il refuse une activité que l'animateur ne doit plus lui proposer les fois suivantes. Les activités peuvent être : s'occuper d'un jardin, faire de la peinture, faire un atelier mémoire, un loto, un karaoké, etc... L'intérêt est de développer l'autonomie mais avant tout le bien-être du résident. Bernard Hervy résume parfaitement cela en indiquant que « *la finalité de l'animation est de maintenir la personne âgée dans sa réalité relationnelle sociale et quotidienne en lui donnant une image positive de soi* »⁹⁸.

La prise en charge du résident ne passe pas seulement par les agents internes de la structure mais aussi par le biais d'intervenants. Ce sont des personnes qui ne sont pas présentes sur le site au quotidien mais qui assurent des prestations quelques jours dans le mois. Aussi, des bénévoles peuvent intervenir afin d'assurer un soutien psychologique du résident ainsi que de ses proches.

Section II : L'enrichissement de la structure par l'intervention d'acteurs « ressources »

Afin de favoriser la bienveillance au sein de l'EHPAD, celui-ci peut faire appel à des intervenants externes. Il peut s'agir d'une personne spécialisée dans la coiffure, dans l'esthétique, dans la pédicure ou encore des bénévoles par le biais d'associations. Ce sont des intervenants présents pour procurer du plaisir et de l'apaisement au résident. Ce sont des moments souvent très appréciés par les personnes âgées.

⁹⁶ Laroque (Pierre), *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, Paris, L'Harmattan, 1962.

⁹⁷ ANESM, « *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre* », 2008.

⁹⁸ Hervy (Bernard), « *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées* », Editions ENSP, 2003, 159 pages.

Paragraphe I : L'engagement de la « socio-coiffure » vers le bien-être du résident

Il est possible que la structure dispose d'un salon de coiffure qui permet aux spécialistes de s'occuper des résidents. La coiffure est elle aussi vu comme un soin, c'est un complément à l'accompagnement médical. On parle parfois de « *socio-coiffure* »⁹⁹. Depuis octobre 2011, cette pratique fait désormais l'objet d'une formation unique existant sur Lyon et Paris. Lorsque la personne âgée émet le souhait d'en bénéficier, une personne va venir la chercher dans sa chambre et l'amener jusqu'au salon. Ce n'est pas seulement un moment où un professionnel coiffe le résident mais surtout un moment d'échange et de communication pour la personne âgée. Elle peut s'exprimer sur ce qu'elle aime et ce qu'elle souhaite avoir comme coiffure ou soin. Des techniques permettent d'apaiser le résident, comme par exemple mettre le fauteuil en direction de la fenêtre afin de stimuler son imagination plutôt que de la mettre face à son reflet qu'il peut parfois ne pas reconnaître. Ce métier demande au professionnel d'être à l'écoute, bienveillant et empathique mais surtout d'acquiescer des gestes doux. Pour chaque action, la méthode de « *l'auto feed-back* »¹⁰⁰ peut être utilisée. Celle-ci consiste à expliquer ce qui est effectué, ce qui aide la personne âgée à mieux comprendre et apprécier le moment. Pour prendre en charge des personnes atteintes de pathologie comme par exemple la maladie d'Alzheimer, il est important de suivre une formation à la psychologie afin de mieux accompagner ces personnes dans ce moment de détente. Ces résidents peuvent parfois avoir des comportements ou réactions inhabituels. Le professionnel doit faire preuve d'adaptation à la personne qui, si elle déambule par exemple, ne restera jamais assise plus de 15-20 minutes sur une chaise. Il est possible de finir la coiffure dans la chambre par exemple. Il ne sera jamais question d'attacher la personne pour éviter qu'elle ne bouge.

Paragraphe II : L'engagement des soins « socio-esthétique » vers le bien-être du résident

Il existe aussi la possibilité, dans certains établissements, de faire appel à une esthéticienne afin de prodiguer des soins « *socio-esthétique* ». Selon le CODES (cours d'esthétique à option humanitaire et sociale), c'est une « *pratique professionnelle de soins esthétiques auprès de populations souffrantes et fragilisées par une atteinte à leur intégrité physique (maladie, accident, vieillesse...), psychique (maladies mentales, addictions,...) et/ou*

⁹⁹ Site internet : La socio-coiffure : la coiffure comme soin.

¹⁰⁰ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Le ton d'humanité* », p.16.

en détresse sociale »¹⁰¹. Cela peut être une séance de maquillage, des soins du visage ou de pédicure. Ce sont des soins de confort existant, en institution, depuis les années 1980. Ils procurent au résident de l'apaisement et du bien-être. Tout comme la coiffure, cela permet de donner du temps au résident pour s'exprimer et être écouté. Ces activités sont essentielles car elles aident à favoriser voire reconstruire l'estime de soi en cumulant le fait de prendre soin du corps et de l'esprit. Elles permettent de briser la solitude que rencontre parfois le résident. Le toucher a aussi son importance dans la valorisation de la personne âgée. Il peut éviter le sentiment de rejet que peut ressentir un résident. Cela est d'autant plus important lorsque certaines personnes âgées ne parviennent plus à communiquer avec la parole ou le regard. On parle parfois d'éviter une « *dépersonnalisation* », c'est-à-dire qu'on ne voit plus l'autre comme étant un être humain à part entière¹⁰². Comme l'énonce le CODES, « *La socio-esthéticienne a un regard et une approche non médicalisée qui redonne à la personne fragilisée son identité d'homme ou de femme* »¹⁰³.

Paragraphe III : Le rôle des associations dans l'accompagnement du résident

Il existe d'autres acteurs luttant contre la maltraitance en établissement pour ainsi développer et favoriser la bientraitance. Parmi ces acteurs on y trouve les associations. Il existe depuis 1995, le réseau ALMA aussi appelé « *Allo maltraitance des personnes âgées* » qui a comme devise « *le silence fait le lit de la maltraitance* »¹⁰⁴. C'est le professeur et médecin gériatologue Robert Hugonot qui a fondé ce réseau de proximité. Il est décrit comme un père de la gériatrie et de la gériatrie mais surtout comme un fervent défenseur de la lutte contre la maltraitance. En 2004, paraîtra « *Comment maltraiter un vieillard en institution en 10 leçons* »¹⁰⁵. Robert Hugonot lui-même, assume le côté provoquant du titre afin de faire bouger les choses. Celui-ci met en lumière des attitudes ou situations décrites comme « *inadaptées et mauvaises mais quelque peu habituelles* »¹⁰⁶ pouvant causer de la

¹⁰¹ CODES, La socio-esthétique, *L'esthétique à caractère humanitaire et social*.

¹⁰² Faderne (Nathalie), *Les soins socio-esthétiques en Ehpad*, 2019.

¹⁰³ *Ibid.*, p.36.

¹⁰⁴ Site internet : ALMA Paris.

¹⁰⁵ Hugonot (Robert), Film « *Comment maltraiter un vieillard en institution en 10 leçons* », Editeur ALMA France, 2004.

¹⁰⁶ *Id.*

maltraitance sur la personne âgée. Elle comporte des scènes sur des thèmes tel que « *prison de nuit ; prison de jour ; couche-confort* »¹⁰⁷.

L'année 2008 verra apparaître l'association HABEO (Handicap Age Bienveillance Ecoute Orientation) grâce au Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Elle était anciennement l'association AFBAH (Association Française pour la Bienveillance des Aînés et/ou Handicapés)¹⁰⁸. HABEO est une association qui forme les professionnels sur des sujets tels que de la maltraitance à la bienveillance, le vieillissement, être référent bienveillance ou encore la gestion de l'agressivité.

L'association ALMA et HABEO assurent ensemble une mission de gestion et de développement du dispositif téléphonique d'écoute et de signalement des actes de maltraitances, le « 3977 »¹⁰⁹. Le but est de lutter contre la maltraitance et promouvoir le développement de la démarche bienveillante envers les personnes âgées dépendantes. Seulement un an après la création de ce dispositif, le nombre d'appels était perçu comme inquiétant de par leur nombre en constante augmentation. En 2019, 83% des appels au 3977 étaient des maltraitances commises sur des personnes âgées, et parmi ces appels, 27% concernent des institutions¹¹⁰. L'association a aussi pour mission d'accompagner les établissements dans la prévention et la gestion de situation de crise, des situations qui sont donc potentiellement malveillantes. Elle a effectué 12 courts métrages sur des thèmes tels que : le réveil, le repas, les vêtements, la déshumanisation ou encore l'intimité du domicile. Ce sont des supports de sensibilisation afin de lutter contre la maltraitance¹¹¹. L'objectif est de donner des solutions à des soignants parfois débordés par certaines situations. Il existe aussi d'autres associations à destination des personnes âgées comme par exemple la Société Saint Vincent de Paul ou l'association Jalmarv (jusqu'à la mort accompagner la vie). Leur objectif est de maintenir le lien social avec la personne âgée et de rompre son isolement en favorisant

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.37.

¹⁰⁸ Site internet : Bienveillance, « *L'association AFBAH change de nom pour devenir HABEO* », 2011.

¹⁰⁹ Site internet : 3977.

¹¹⁰ *Ibid.*, p.12.

¹¹¹ Site internet : 3977.

l'écoute et la communication avec le résident. L'association accompagne aussi la famille qui se retrouve confrontée à la fin de vie du résident¹¹².

Parmi les personnes identifiées comme ressources, il y a les proches. Lorsqu'ils s'investissent pleinement dans la prise en charge de leur aîné, ils peuvent devenir de véritables partenaires pour l'ensemble des professionnels. Ils participent à instaurer un équilibre pour le résident entre sa vie antérieure et sa vie au sein de l'institution.

Section III : La place de l'entourage dans l'accompagnement du résident : des véritables partenaires pour l'équipe pluridisciplinaire

Souvent catégorisées comme bonne ou mauvaise, les familles restent avant tout des personnes qu'il est fondamental d'associer le plus possible au parcours du résident et à la vie de l'établissement. Ce sont des partenaires de l'équipe pluridisciplinaire.

Paragraphe I : L'implication de l'entourage dans le parcours de vie du résident

L'entourage est défini par le petit Larousse comme étant « *l'ensemble des personnes qui entourent quelqu'un* »¹¹³. Cela permet donc d'affirmer que la famille fait partie de l'entourage. Le Larousse définit la famille comme étant l'« *ensemble des personnes unies par un lien de parenté ou d'alliance* »¹¹⁴. Par conséquent, ils peuvent être les enfants, un frère, une soeur, le conjoint. Depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, une personne ayant des « *liens étroits et stables* »¹¹⁵ avec le résident peut être considérée comme un proche. Il peut lui aussi apporter son aide de manière non professionnelle, au même titre que les membres de la famille. Il fait donc lui aussi partie de l'entourage du résident.

Il arrive cependant que des familles soient absentes par volonté ou par éloignement. Quand celle-ci est présente, elle a un rôle important à jouer en matière de coopération pour

¹¹² République Française, *Associations faisant intervenir des bénévoles*, 2020.

¹¹³ Site internet : Dictionnaire Larousse, 2021.

¹¹⁴ *Id.*

¹¹⁵ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

l'accompagnement du résident. Ce sont des personnes qui souvent ont connu voire vécu avec la personne âgée avant son entrée en institution. Par conséquent, elles les connaissent et sont pour la plupart des véritables soutiens pour le résident souvent confronté à une perte de repères. Comme il est inscrit à l'article IV de la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance « *Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* »¹¹⁶. En effet, associer ces personnes-ressources permet de favoriser le bien-être et l'épanouissement du résident. Ce sont des partenaires directs qui doivent être intégrés à la prise en charge de leur aîné. Leur rôle peut recouvrir la participation à la vie de l'EHPAD, le soutien psychologique du proche devenu résident, la détection d'anomalie. Ils sont dans la majorité des repères pour le résident. Selon le guide d'accompagnement Angélique¹¹⁷, pour favoriser une bonne relation avec la famille il est judicieux que le résident puisse les recevoir dans un espace privé (cela permet l'intimité comme par exemple un salon privatif). Le guide recommande d'évaluer la satisfaction des familles afin d'améliorer la coopération avec elles.

Paragraphe II : La formation de l'entourage aux bonnes pratiques applicables en institution

La Fondation Médéric Alzheimer et l'association France Alzheimer et maladies apparentées ont oeuvré pour assurer une place aux familles au sein des structures. Ainsi, elles ont élaboré une brochure afin d'indiquer aux familles les bonnes pratiques à avoir¹¹⁸. Par exemple, les familles peuvent participer aux activités afin de maintenir le lien avec leur proche et passer un moment joyeux avec lui.

Un groupe de travail associant l'entourage et les professionnels a été créé en 2014 par l'EMGE de Paris (équipe mobile gériatrique externe) afin d'évaluer leur besoin en tant qu'aidant. Le besoin le plus constaté était celui d'être informé des pratiques existant en EHPAD et d'être formé aux bonnes pratiques à assimiler. Chacun étant dans le besoin

¹¹⁶ Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, « *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* », 2007.

¹¹⁷ Brunetière (Jean-René), Dubuisson (Fabienne), *Angélique : un outil pour s'évaluer*, Fondation Nationale de Gérontologie, 2001, 272 pages.

¹¹⁸ Fondation Médéric Alzheimer, France Alzheimer, *Renforcer le rôle et la place des familles en établissements*, 2019, 32 pages.

d'acquérir des repères et de savoir comment agir avec leur proche. Le groupe de travail à mis en place des ateliers¹¹⁹ tels que « *Les enjeux psychologiques de l'entrée en institution* », « *Vis ma vie de résident* » afin de mieux comprendre le fonctionnement d'un EHPAD et de savoir comment se déroulent les journées de leurs proches. Ensuite, il y a eu des ateliers sur « *Les maladies de la mémoire* », cela permet aux familles ayant un proche atteint d'une maladie comme Alzheimer de comprendre techniquement ce qu'est cette maladie ainsi que d'être informé sur les évolutions possibles. Le suivant concernait « *L'alimentation et ses risques* », cela permet aux familles de comprendre qu'une personne âgée peut avoir des difficultés à se nourrir. Cet atelier donne des outils d'aide à la prise de repas. Le dernier est intitulé « *Jusqu'au bout de la vie* ». Celui-ci permet d'être informé sur l'accompagnement d'un proche dans les derniers instants de sa vie.

Paragraphe III : La nécessité de soutenir psychologiquement l'entourage durant le parcours du résident

Il faut garder à l'esprit que l'entrée d'un parent ou d'un proche dans un EHPAD peut être très mal vécu et être source d'anxiété pour l'entourage. La famille peut ressentir un sentiment de culpabilité. On parle parfois de « *deuil blanc* »¹²⁰ sans pour autant que la personne soit décédée. C'est pour cette situation que les proches-aidants et la famille doivent être accompagnés par l'équipe pluridisciplinaire, l'encadrement de proximité et la psychologue. Elle aide à aborder plus sereinement cette entrée. Quand une situation semble compliquée entre le résident et la famille, la psychologue a un rôle de médiateur afin de favoriser le dialogue et résoudre le conflit. Lorsque la personne âgée aborde la fin de sa vie, le professionnel accompagne la famille et l'entourage en étant à l'écoute. Les bénévoles et des intervenants extérieurs offrent aussi un soutien psychologique pour traverser cette épreuve. En effet, l'ANESM a mené une enquête¹²¹ avec l'ARS sur le soutien des équipes afin de déployer la bientraitance, sur 4200 EHPAD sollicités il y a eu 3229 structures ayant répondu aux questionnaires. Selon cette enquête dans 35% des EHPAD, les bénévoles accompagnent dans

¹¹⁹ EMGE, « *Aidant en EHPAD, quelle est ma place ?* », 2018.

¹²⁰ France Alzheimer, « *Comment faire face au deuil blanc ?* », 2018.

¹²¹ ANESM, *Enquête Bientraitance des personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Analyse des résultats nationaux*, 2015.

les derniers instants. L'accompagnement concerne à la fois le résident et la famille. Quand cela est possible, ils aident l'entourage et la famille à maintenir le lien avec le résident.

Les différents acteurs abordés sont nécessaires à un accompagnement qualitatif des résidents. Pour assurer le bien-être du résident et le valoriser, il est capital de l'associer à son parcours de vie et de soins. Le fait qu'il adhère à un projet de vie et qu'il s'y investisse, lui permet de donner un sens à sa vie. Cela lui permet de trouver des objectifs à atteindre.

CHAPITRE III : Faire du résident un co-acteur de son parcours de vie et de soins

Le coeur de cette culture bientraitante reste avant tout le résident lui-même. L'institution est un lieu choisi par le résident ou son représentant légal pour la qualité de son accueil et en fonction des services proposés. Pour beaucoup de résidents, l'institution est leur dernier lieu de vie. Ainsi, dès son arrivée et jusqu'à la fin de sa vie le résident doit faire l'objet d'une attention particulière.

Section I : L'entrée du résident au sein de la structure médicalisée

L'accueil d'un nouveau résident est une période cruciale car la personne âgée quitte son ancienne vie ainsi que ses souvenirs et ses repères. Cette situation peut générer chez elle du stress et de l'anxiété. C'est pour cette raison qu'elle doit être particulièrement soignée.

Paragraphe I : L'entretien préalable nécessaire avant toute entrée au sein d'une structure

Dans un premier temps, il est reçu par le cadre de proximité ainsi que le médecin coordonnateur pour un entretien préalable¹²². Cet entretien va permettre au cadre d'expliquer le fonctionnement de l'établissement et d'informer le résident de ses droits. Celui-ci doit s'assurer de la bonne compréhension des informations. L'entrée n'est pas faite immédiatement, c'est le cadre qui va déterminer le jour d'entrée du futur résident avec son consentement et/ou celui du représentant légal. Il n'intègre pas tout de suite la structure afin

¹²² Bigot (Jessica), « La visite de pré-admission en EHAPD, en quoi et pour qui est-ce une étape décisive ? », 2015.

de lui permettre d'observer un temps de réflexion et de préparation. L'objectif est de permettre au résident d'assimiler le fonctionnement de l'EHPAD avant de l'intégrer. Le résident ainsi que la famille ou représentant légal peuvent parfaitement se rétracter après le premier rendez-vous avec le médecin et la cadre. Le risque de ne pas procéder à toutes ces étapes est que la structure ne réponde pas au profil du résident, à ses besoins et ses attentes. Afin de s'en assurer, cela peut passer par une visite de pré-admission de la structure, la présentation d'une chambre type, la participation à une activité d'animation ou à un repas, ou encore un séjour temporaire (moins fréquent). Avant d'arriver, il faut que la chambre soit nettoyée, aménagée et que le nom soit mis sur la porte.

Paragraphe II : L'arrivée et l'installation du résident au sein de la structure

L'arrivée du résident se doit d'être soignée et nécessite que l'ensemble de l'équipe soit attentive à lui, comme l'annonce Julie Prévot « *Le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée en établissement* »¹²³. À son arrivée, il se voit remettre un livret d'accueil¹²⁴. Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹²⁵, la remise de ce livret est devenue obligatoire. Il permet à chacun de connaître les services qui sont proposés au sein de la structure. Selon l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles « *Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie* »¹²⁶. Celui-ci est obligatoire. Il doit être signé afin de considérer la personne âgée comme étant résident. L'article indique que ce document « *définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel* »¹²⁷.

¹²³ DREES, *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, 2011.

¹²⁴ EHESP, « *Livret d'accueil en EHPAD : Rôle, usage et sens* », 2010.

¹²⁵ *Ibid.*, p.15.

¹²⁶ Article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

¹²⁷ *Id.*

Il reçoit également deux supports mentionnés à l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles. Celui-ci énonce « *Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L.311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne, [...] chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne un livret d'accueil auquel sont annexés : a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, [...], la charte est affichée dans l'établissement ou le service ; b) Le règlement de fonctionnement* »¹²⁸. Le règlement de fonctionnement est défini par l'article L.311-7 du Code de l'action sociale et des familles. Il est décrit comme définissant « *les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service* »¹²⁹. Un autre document primordial est disponible, c'est le projet d'établissement¹³⁰. Il énumère les objectifs de coordination, coopération, d'organisation et de fonctionnement que doit atteindre l'établissement, cela sur une durée de cinq ans.

Afin d'aider le résident à prendre ses marques, un professionnel aide à son installation (vêtements, décoration...), la famille peut aussi y participer. L'enquête de l'ANESM de 2015 révèle que « *58% de l'entourage se mobilise au moment de l'arrivée à l'Ehpad, à travers une participation active à l'aménagement/décoration de la chambre* »¹³¹. Il sera présenté à ses voisins, aux autres résidents ainsi que l'équipe de professionnels en poste. Lors du premier repas on lui présente sa place ainsi que ses voisins de repas. Afin de mieux connaître les envies du résident est rempli ce qu'on appelle une fiche des « *goûts et réticences alimentaires* »¹³² (Annexe 3). L'équipe essaye aussi de connaître ses habitudes, ses centres d'intérêt, son histoire de vie.

¹²⁸ *Ibid.*, p.43.

¹²⁹ Article L.311-7 du Code de l'action sociale et des familles.

¹³⁰ ANESM, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, 2009.

¹³¹ *Ibid.*, p.41.

¹³² MobiQual, Nutrition/dénutrition, Alimentation de la personne âgée, Fiche « *goûts et réticences alimentaires* ».

Section II : Un projet de vie personnalisé en fonction du profil du résident

Lorsque le résident entre en institution, le médecin coordonnateur a comme mission de remplir une grille nommée AGGIR¹³³ (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources existant). Celle-ci permet d'évaluer le niveau de dépendance de la personne âgée et donc par conséquent d'élaborer un projet de vie et de soins adapté en fonction des besoins du résident.

Paragraphe I : Le Groupe Iso-Ressources (GIR) comme indicateur du niveau de dépendance du résident

Le GIR aussi appelé Groupe Iso-Ressources¹³⁴ permet de déterminer la perte d'autonomie des résidents. Il existe six niveaux de GIR, le niveau 1 correspond à la perte d'autonomie la plus forte et le niveau 6 correspond à la perte d'autonomie la plus faible. C'est durant l'entretien préalable que seront évaluées une première fois les capacités du résident. Dans l'hypothèse où celui-ci intègre la structure une évaluation plus poussée est menée afin de connaître ses goûts et ses envies. Pour cela, il faut remplir la grille AGGIR¹³⁵, elle est composée de dix-sept critères permettant d'évaluer les capacités du résident. À savoir faire une toilette seule, l'habillage, l'alimentation, la cohérence du comportement, savoir s'orienter dans le temps et dans l'espace, la capacité à se déplacer, se lever et se coucher, ou encore la communication... C'est un document essentiel afin d'estimer si la structure est adaptée au profil de chaque résident. Les résidents sont « classés » en fonction de leur perte d'autonomie et de leur capacité. Selon le niveau de dépendance ou d'autonomie de la personne, l'équipe pluridisciplinaire ajuste la prise en charge. Au fil des années, les GIR tendent de plus en plus vers des GIR 1 à 4. Ainsi, les nouveaux résidents accueillis sont potentiellement plus dépendants qu'avant.

¹³³ *Ibid.*, p.32.

¹³⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Comment le GIR est-il déterminé ?* », 2021.

¹³⁵ *Ibid.*, p.32.

Paragraphe II : L'élaboration d'un projet de vie personnalisé en fonction des besoins du résident

Grace au GIR, un projet de vie personnalisé¹³⁶ sera élaboré. Il doit être fait le plus rapidement possible dès l'arrivée du résident. En général celui-ci est fait entre un et trois mois. Le projet de vie comporte cinq axes à savoir « *Axe 1 : Les valeurs, attentes, souhaits et désirs de chaque personne âgée sont les fondements de son projet de vie, quel que soit son degré de dépendance. Axe 2: Le rôle social de chaque résident est maintenu et prit en compte par l'institution. Axe 3 : La vie quotidienne de chaque résident, selon son rythme et ses difficultés, est une préoccupation constante des personnels de l'établissement. Axe 4 : Les équipes professionnelles de la maison de retraite prennent en charge l'état de santé de chaque résident en vue de préserver son autonomie. Axe 5: Tous les intervenants développent une cohérence d'action basée sur une compétence et sur le respect des droits et libertés du résident. La notion de bienveillance est le fil conducteur de toute action réalisée par chaque intervenant auprès des résidents* »¹³⁷. Il a pour ambition de fixer des objectifs au résident (exemples : marcher quelques minutes par jour, participer aux activités qu'il aime...). Il est élaboré individuellement afin de prendre en compte la singularité de chacun. L'intérêt d'un projet personnalisé est de lutter contre une approche standardisée du projet de vie.

C'est avec la collaboration du résident lui-même et/ou du représentant légal que le projet personnalisé est rédigé. Ce que confirme l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles en son alinéa 7. Il énonce que « *La participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. Cette personne bénéficie de l'aide de son représentant légal [...] s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de son avis* »¹³⁸. C'est un document qui est accessible par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Le résident dispose lui aussi d'une copie. Si cela est nécessaire il peut être ajusté au fur et à mesure de la prise en charge du résident. Le résident peut lui-même demander une réévaluation de son accompagnement. Dans l'hypothèse où la personne perd en autonomie,

¹³⁶ ANESM, *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement*, 2018.

¹³⁷ *Ibid.*, p.20.

¹³⁸ Article L.311-3 alinéa 7 du Code de l'action sociale et des familles.

change de comportement ou qu'elle montre des signes de fatigue tel que la perte de poids alors le projet doit être remis à jour. Une évaluation est effectuée systématiquement chaque année par les professionnels de santé et le résident, on parle de co-évaluation. De manière générale, un soignant est désigné comme étant le référent du projet afin d'assurer le suivi du résident. Selon l'enquête de l'ANESM cité précédemment, « 64 % des Ehpad proposent systématiquement à leurs résidents qu'un professionnel soit référent de leur accompagnement »¹³⁹.

Section III : Les droits du résident au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Tout résident dispose d'une multitude de droit. L'ensemble des droits du résident sont inscrits dans les différents documents évoqués plus tôt. Des « *droits* » sont selon le Larousse un « *ensemble des règles qui régissent les rapports des membres d'une même société* »¹⁴⁰. Ils permettent à chacun d'être respecté en tant qu'être humain. La charte des droits et libertés de la personne accueillie¹⁴¹ énonce les droits applicables en institution médicalisée telle que la non-discrimination, le droit à l'information, le droit à l'autonomie, le droit à une prise en charge, le droit à une pratique religieuse, le respect de la dignité et de son intégrité.

Paragraphe I : Le droit du résident de consentir et de participer aux décisions relatives à son projet de vie et de soins

Un des droits du résident est le droit de participer et de consentir à une décision qui le concerne. L'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles en son alinéa 3 énonce que le résident a le droit à « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal [...] s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne*

¹³⁹ Ibid., p.41.

¹⁴⁰ Site internet : Dictionnaire Larousse, 2021.

¹⁴¹ Charte des droits et libertés de la personne accueillie, présente dans l'annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003.

chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché »¹⁴². Certains projets personnalisés sont co-élaborés avec le résident, il est donc important de prendre en compte son parcours de vie. C'est aussi en ce sens que la participation du résident est essentielle. Il pourra expliquer ce qu'il a fait tout au long de sa vie, sa vie professionnelle, ses expériences. Ce qui a une véritable importance pour personnaliser la prise en charge. L'enquête de l'ANESM en 2015, cité précédemment, affirme que « 72 % des projets personnalisés ont été élaborés avec le résident (seul ou accompagné) »¹⁴³. Elle ajoute qu' « en moyenne par établissement, près des trois quarts des projets personnalisés sont ainsi co-construits »¹⁴⁴.

Le résident doit pouvoir consentir de façon libre et éclairée¹⁴⁵ pour chaque situation (exemple : le choix de sa résidence). Si la personne âgée refuse une situation ou un soin, cela doit être pris en compte. L'équipe pluridisciplinaire se questionnera afin de trouver la cause du refus et essaiera de trouver une solution plus appropriée. Le résident doit toujours être informé des conditions de sa prise en charge et des soins qui lui sont prodigués. Si la personne n'est plus en capacité d'exprimer son choix alors c'est son représentant légal qui aura la charge d'exprimer sa volonté. Si le résident souhaite faire quelque chose qui n'est pas adaptée à sa situation et non sécurisé pour lui, dans ce cas, l'équipe cherche à trouver un compromis. Il est nécessaire de trouver un équilibre entre la promotion de l'autonomie et l'obligation de sécurité du résident (exemple : laisser sortir un malade d'alzheimer seul, ce n'est pas possible mais avec un aidant ou l'animateur cela peut s'envisager). Pour ce faire, l'équipe pluridisciplinaire mène une réflexion in concreto afin d'évaluer les bénéfices/risques¹⁴⁶. Lorsque le résident exprime la volonté de faire des soins ou des actes par lui-même alors le professionnel s'adapte pour le laisser faire. En effet, faire des actes de la vie quotidienne seul valorise le résident et l'aide à maintenir son autonomie (exemples : se coiffer, laver le haut du corps)¹⁴⁷. Ce qui est un outil de lutte contre la grabatisation. Une autre façon de lutter contre

¹⁴² Article L.311-3 alinéa 3 du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁴³ *Ibid.*, p.41.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p.41.

¹⁴⁵ ANESM, Synthèse recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre* », 2012.

¹⁴⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Rapport bénéfice/risque* », 2016.

¹⁴⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *Maintien de l'autonomie et du bien-être des personnes âgées* », 2017.

la grabatisation est de favoriser le lien social entre les résidents. Cela permet de valoriser l'estime et la confiance des personnes âgées. Pour cela il existe des activités, elles peuvent être individuelles ou collectives. Selon l'enquête en 2015 de l'ANESM, cité précédemment, « 66 % des résidents participent au moins une fois par semaine à une activité collective »¹⁴⁸. Cela permet de lutter contre la solitude du résident et de favoriser certaines aptitudes physiques et/ou psychiques. Cette participation est envisagée dès l'élaboration du projet personnalisé. Pour que les résidents participent, il est essentiel que l'équipe pluridisciplinaire informe et diffuse les thèmes des animations. L'animateur de la structure peut demander l'avis des résidents sur leur satisfaction en ce qui concerne les activités proposées. Cela permet d'adapter, de varier les programmes et donc par conséquent le nombre de résidents participants. Se rendre aux activités proposées est une forme de participation à la vie de l'EHPAD.

Paragraphe II : La liberté de parole du résident concernant les situations maltraitantes

La parole du résident ne doit pas être restreinte. Il a le droit de s'exprimer¹⁴⁹ sans être pris pour un « fou ». En effet, lorsque celui-ci considère être victime d'une situation mauvaise pour lui, il peut en référer à un soignant ou bien même à la hiérarchie¹⁵⁰. Il y a aussi la possibilité d'appeler le 3977, faire un signalement auprès du Procureur de la République, de la Police ou de la Gendarmerie. L'intérêt est de pouvoir trouver une solution à son problème. Cependant, force est de constater que parfois le résident ne veut pas s'exprimer et n'ose rien dire par crainte ou par honte. Les raisons peuvent être multiples¹⁵¹, telles que la peur des représailles, la peur d'aggraver la situation et d'être encore plus malmené, la peur d'être abandonné ou isolé, la peur de perdre sa place au sein de l'EHPAD ou encore la peur de créer un scandale. Souvent nombre de personnes âgées préfèrent ne rien dire et souffrir en silence. Il est possible que le résident n'ait même pas conscience de l'anormalité d'une situation. Il peut être l'objet d'un trouble de la perception, par conséquent il ne va pas se rendre compte de la gravité d'une situation ou bien arriver à justifier un comportement voir même l'excuser. Une autre explication, encore plus insidieuse est le fait que le résident puisse penser que la

¹⁴⁸ *Ibid.*, p.41.

¹⁴⁹ Ramond (Denis), « *La liberté d'expression : De quoi parle-t-on ?* », Presses de Science Po, 2011, 236 pages.

¹⁵⁰ Service public, « *Maltraitance d'une personne âgée : que faire ?* » 2020.

¹⁵¹ *Ibid.*, p.21.

situation est de sa faute ou bien qu'il la mérite. Il peut se sentir coupable d'être dépendant et de demander plus d'attention que les autres. Or, peu importe le niveau de dépendance d'une personne âgée, ils doivent tous être accompagnés avec soin, douceur et gentillesse. Il peut aussi ne pas être conscient qu'il peut être aidé. C'est-à-dire ne pas connaître ses droits ni les recours à sa disposition. Enfin, un résident peut ne pas dénoncer des faits de maltraitances en pensant pouvoir résoudre la situation lui-même. Celui-ci n'a pas toujours conscience que le fait de dénoncer des situations maltraitantes permet de protéger l'ensemble de la structure d'un autre agissement similaire. Tout en précisant qu'une récidive n'est pas systématique.

Paragraphe III : Le droit au respect du rythme de vie du résident

Le résident a le droit au respect de son rythme de vie¹⁵². En effet, beaucoup de personnes âgées ont des habitudes de vie dûes à leur ancienne vie active. Le rythme de vie englobe la durée du sommeil, le lever, la toilette, le repas, le coucher, etc.... Par exemple, un résident étant anciennement agriculteur a souvent comme habitude de vie de se laver le soir, après avoir travaillé. Dans les limites organisationnelles, si les professionnels peuvent le faire alors cela ira dans le sens du respect du rythme du résident. Un autre exemple concerne un ancien boulanger. Ce sont des personnes qui se lèvent tôt. Ainsi, les lever dans les premiers ne leur posera souvent pas de problème. A contrario, les lever dans les derniers pourra provoquer de l'agacement et de l'agressivité. En fonction des résidents, l'équipe pourra adapter l'organisation de travail en commençant plus par un résident qu'un autre.

Paragraphe IV : La nécessaire recherche de l'avis du résident malgré son placement sous mesure de protection judiciaire

Les personnes âgées résidant dans un EHPAD sont souvent des personnes vulnérables. Par conséquent il est fréquent qu'un résident soit placé sous tutelle ou curatelle. Ce sont des mesures de protection judiciaire telles que défini à l'article 425 du Code civil. Il énonce que « *Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de*

¹⁵² Daugan (Stéphanie), « *Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel* », EHESP, 2013.

protection juridique prévue au présent chapitre. S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci »¹⁵³. Ces deux mesures sont énoncées à l'article 440 du Code civil. Il dispose que « La personne qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425, d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile peut être placée en curatelle. La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante. La personne qui, pour l'une des causes prévues à l'article 425, doit être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile, peut être placée en tutelle. La tutelle n'est prononcée que s'il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante »¹⁵⁴. Ces deux mesures sont des mesures de protection du résident du fait de sa vulnérabilité. Elles ne doivent pas être perçues par le résident comme étant une sanction. Lorsqu'un résident est placé sous tutelle, il perd alors sa capacité juridique. Cependant, son avis est recherché afin d'obtenir son approbation, surtout en ce qui concerne son implication dans son projet de vie.

Section IV : Le rôle du résident au sein du conseil de la vie sociale

La participation du résident s'effectue aussi par le biais du conseil de la vie sociale¹⁵⁵. C'est un organe consultatif créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹⁵⁶. Il est obligatoire au sein des structures qui assurent l'hébergement de résidents, ce qui est donc le cas pour les EHPAD. Le conseil est une instance qui permet une participation à la vie sociale de l'établissement à la fois du résident et des familles. Il se réunit au minimum trois fois par an et s'il y a besoin. La composition est défini par l'article D.311-5 du Code de l'action sociale et des familles. Ainsi, « *le conseil de la vie sociale comprend au moins : 1° Deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ; 2° S'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux ; 3° Un représentant du personnel ; 4° Un représentant de l'organisme gestionnaire. Le nombre des représentants des personnes*

¹⁵³ Article 425 du Code civil.

¹⁵⁴ Article 440 du Code civil.

¹⁵⁵ Agence Régionale de Santé, *Conseil de la vie sociale*, 2021.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p.15.

accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil »¹⁵⁷.

Le conseil de la vie sociale est présent afin d'affirmer les droits du résident et de favoriser leur expression¹⁵⁸. Il permet de renforcer la collaboration entre l'équipe pluridisciplinaire et les résidents. Son rôle est de donner un avis sur tout ce qui a trait à la structure comme par exemple le règlement de fonctionnement ou le projet d'établissement. De plus, il peut faire des propositions afin d'améliorer la qualité de vie de l'établissement. En effet, il est présent pour « *impulser une réflexion et construire des pistes d'actions partagées à partir de dialogue sur des difficultés plus récurrentes dans le champ sanitaire et médico-social* »¹⁵⁹. Cela peut concerner des sujets tels que des travaux, l'entretien des locaux, l'installation de nouveaux services, la diversité du programme d'animation, etc.. Selon Jacques Rastoul, Président du CVS de l'EHPAD d'Essonne, l'objectif du conseil est de « *trouver, dans le dialogue, des solutions aux dysfonctionnements collectifs* »¹⁶⁰. De manière générale, l'intervention des résidents et de l'entourage concerne le fonctionnement de la structure et les difficultés auxquelles peut être confronté un résident (exemple : situation de maltraitance). L'objectif est de permettre aux résidents et aux familles de s'exprimer et d'assister aux échanges des réunions de CVS. Ils peuvent faire des remarques, faire des demandes, s'ils ne sont pas présents ils peuvent dans la majorité des cas avoir le compte rendu des réunions. Quand un résident veut des informations ou des conseils il peut demander aux représentants des résidents. Si les résidents ne participent pas aux CVS, ils peuvent parfaitement le faire par le biais de questionnaires de satisfaction ou grâce à des boîtes à idées. Il faut cependant souligner que dans une minorité des établissements, le résident qui n'est pas capable de s'exprimer n'est pas sollicité.

¹⁵⁷ Article D.311-5 du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁵⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « *A quoi sert le conseil de la vie sociale ?* », 2020.

¹⁵⁹ *Ibid.*, p.13.

¹⁶⁰ Témoignage Rastoul (Jacques), « *Trouver, dans le dialogue, des solutions aux dysfonctionnements collectifs* », 2020.

PARTIE II : L'élaboration d'une démarche bientraitante au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

C'est grâce à l'investissement de l'ensemble des professionnels que la démarche bientraitante peut prendre forme dans la pratique. C'est pour ces raisons qu'il existe des formations initiales et continues à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance. Cela permet à chaque professionnel de savoir reconnaître une situation à risque de maltraitance, de la signaler.

Le soutien des équipes par l'encadrement permet d'accompagner les soignants au quotidien. Cela permet de prévenir les cas de burn out professionnel, de mal être ou de stress pouvant créer des situations à risques. Cela peut se matérialiser par des temps d'échanges afin de verbaliser les problèmes rencontrés et de trouver ensemble une solution. C'est avec solidarité que les acteurs peuvent mener à bien des plans et des actions afin de promouvoir la bientraitance dans la structure. Comme l'énonce l'ANESM en 2012, « *la recherche de bientraitance est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée. Par essence, elle est sans fin* »¹⁶¹.

¹⁶¹ *Ibid.*, p.48.

CHAPITRE I : La formation et le recrutement : des leviers forts vers une démarche bientraitante

Afin d'instaurer une démarche bientraitante au sein de l'établissement l'encadrement a comme mission de sélectionner les professionnels ayant des prédispositions à être bientraitant. Pour cela leur premier levier est celui du recrutement. Le second est celui de la formation qui a progressivement inclus le thème de la bientraitance au sein des programmes et des formations continues.

Section I : La sélection dès le recrutement basée sur la « capacité à la bientraitance »

Le recrutement est un levier de promotion de la bientraitance en institution. En effet, savoir identifier des professionnels porteurs de valeurs humaines adaptées au profil des résidents âgés est primordial. La sélection commence par la vérification des diplômes ainsi que la vérification du casier judiciaire. Ce recrutement sélectif effectué par la hiérarchie aide à se faire une idée de ce qu'on appelle la « capacité à la bientraitance »¹⁶². C'est-à-dire juger si la personne a la capacité de s'impliquer dans une démarche bientraitante. Afin de mettre en place une relation de confiance avec le résident, le professionnel doit avoir des prédispositions relationnelles et psychoaffectives. Le soignant doit être motivé, disponible, impliqué dans sa mission mais avant tout avoir des compétences et des connaissances. La personne doit avoir un sens de l'empathie, de la patience et surtout être respectueuse. Le respect est une valeur fondamentale, non négligeable et non aliénable qui permet d'assurer au résident le respect de sa personne, de ses besoins, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité. Ce moment est l'occasion d'évaluer si le futur professionnel arrive à combiner à la fois savoir-être et savoir-faire.

Selon le Président de l'association Alter Ego, Albert Dubois, « *Pour des raisons économiques, on engage toujours moins d'infirmières et infirmiers qualifiés dans le domaine des soins aux personnes âgées, ceux-ci étant remplacés par du personnel auxiliaire non formé. Quant aux soignants insuffisamment formés, ils sont vite dépassés par les situations de plus en plus*

¹⁶² Gambarelli (Francois), Grenier (Corinne), "Peut-on gérer l'image corporate pour impliquer les parties prenantes ? Le cas des maisons de retraites », Association de Recherches et Publications en Management, 2011, 136 pages.

*complexes de soins aux résidents [...] très âgés, vulnérables et limités dans leurs capacités mentales. C'est ainsi que les risques de maltraitance augmentent »*¹⁶³. Assurer un recrutement en nombre adapté aux besoins de la structure est tout aussi important. Dans l'hypothèse où il manque des professionnels l'équipe manquera de temps pour s'investir dans une relation de confiance avec le résident. Ce qui pourra provoquer une surcharge de travail et par conséquent un risque de maltraitance. Le constat est sans appel, pour qu'une structure fonctionne correctement et qu'elle soit tournée vers la bientraitance, le recrutement doit être fait avec minutie et en nombre suffisant.

Section II : Une démarche bientraitante au quotidien : la place des formations initiales et des formations continues

Afin d'assurer un cadre de vie véritablement apaisant et à l'écoute des résidents, le Sénat préconise d'instaurer « *la sensibilisation à la maltraitance dans la formation des professions médicales et paramédicales impliquées dans l'accompagnement des personnes vulnérables* »¹⁶⁴. Cependant, la bientraitance fut elle aussi incluse dans les programmes de formation afin de sensibiliser les professionnels dès le début de leur apprentissage.

Paragraphe I : L'actualisation de la formation continue vers une démarche bientraitante

La formation initiale tient une place primordiale dans la démarche collective axée sur une lutte contre la maltraitance et progressivement vers une démarche bientraitante. En effet, au fur et à mesure des années s'est opéré un processus de détachement de ce que l'on nomme les « *héritages socioculturel, familial, individuel* »¹⁶⁵ de la formation dite « *pure et dure* ». C'est-à-dire les savoirs enseignés depuis des années. Cela a permis d'actualiser les connaissances et d'intégrer des nouvelles pratiques professionnelles, des nouvelles techniques plus à l'écoute des besoins du résident et du professionnel. En 2005, le thème de la bientraitance sera reconnu comme formation prioritaire par une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins¹⁶⁶ du 15 juillet 2009 relative aux axes et

¹⁶³ Site internet : Humanright, « *Maltraitance contre les personnes âgées, un tabou* », 2021.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p.20.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p.29.

¹⁶⁶ Circulaire n°DHOS/RH4/2009/215 du 15 juillet 2009 relative aux axes et actions de formation prioritaires.

actions de formation prioritaires. De manière générale, que ce soit pour le secteur sanitaire ou médico-social, chaque formation doit être axée sur une démarche positive de la prise en charge. C'est ainsi que peut s'instaurer une démarche bientraitante. Pour appliquer les règles de l'art de son métier, chaque professionnel de gériatrie doit suivre une formation initiale adaptée. Celle-ci doit leur permettre de comprendre comment agir face à un résident vulnérable et fragile. La prise en charge d'une personne âgée ne se déroule pas de la même manière qu'une personne ayant toutes ses capacités physiques et/ou psychiques.

Paragraphe II : La place des formations continues dans l'appropriation d'une démarche bientraitante

L'ANESM rappelait en juillet 2008 que « *La bientraitance est une recherche et doit être réinventée, à partir de certains fondamentaux, par chaque établissement et service* »¹⁶⁷. C'est ainsi, par le biais de formations continues, que chaque structure décide de la manière dont elle favorise une culture de la bientraitance au sein des équipes. Les formations continues sont, au quotidien, des leviers permettant de construire cette culture en EHPAD. Elle doit être perçue comme étant une opportunité pour chaque professionnel d'améliorer sa façon d'accompagner les résidents. Chaque formation continue doit être décidée en fonction des besoins de la structure. Le choix des formations doit être réfléchi. Par exemples, il existe des formations telles que la formation Gineste-Marescotti®¹⁶⁸, une formation sur la manutention, une formation sur des pathologies spécifiques type Alzheimer ou Parkinson, une formation à la gestion de l'agressivité, une formation aux signes d'alerte de maltraitance et la procédure de signalement de l'acte grâce à une fiche d'événement indésirable¹⁶⁹, ou encore une formation à la règle du 3 « *ne pas : ne pas contredire, ne pas réorienter, ne pas parler sur un ton autoritaire* »¹⁷⁰.

Selon le GRIEPS (Organisme de formation continue pour professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux), une formation est primordiale, c'est la formation sur la

¹⁶⁷ ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2008.

¹⁶⁸ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, 37 pages.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p.33.

¹⁷⁰ Juet (Paola), Terrenoir (Vincent), « *Violence en Ehpad, un tabou ?* », Revue hospitalière de France, 2019.

vieillesse¹⁷¹. Celle-ci permet de comprendre le processus de vieillissement qu'il soit normal ou pathologique, d'en connaître les conséquences et d'apprendre à développer une attitude adaptée aux résidents. Il existe d'autres formations sur la fin de vie, sur la douleur, sur la gestion des troubles psychologiques et comportementaux, sur la gestion des troubles alimentaires ou encore sur la dénutrition et déshydratation. L'objectif de ces formations continues est de constamment favoriser la remise en question des pratiques mais surtout d'actualiser les connaissances de chacun, de prévenir les situations de défaut de bientraitance et surtout de constamment mettre à jour les nouvelles techniques d'accompagnement du soin.

Paragraphe III : Le développement du programme MobiQual comme levier de sensibilisation des professionnels à la démarche bientraitante

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a, depuis 2006, un rôle de formateur du personnel d'EHPAD à la notion de bientraitance grâce notamment au développement du programme MobiQual (Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles)¹⁷². Ce programme permet d'informer, de sensibiliser, de former ces professionnels à des sujets tel que la douleur, la dépression, la bientraitance, la nutrition, la maladie d'Alzheimer, le risque infectieux ainsi que les soins palliatifs. C'est une trousse à destination du personnel. Elle expose les grands principes de la bientraitance afin d'améliorer les pratiques professionnelles des EHPAD. Celle-ci est composée d'une vidéo nommée « *24 heures de la vie d'un EHPAD* »¹⁷³ pour présenter des situations concrètes favorisant la bientraitance de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et de l'entourage. Elle comporte aussi des interviews recueillis dans l'établissement, une séquence expliquant une toilette et une séquence nommée « *un trouble du comportement* »¹⁷⁴. Elle dispose aussi du guide de l'animateur, d'outils d'évaluation des pratiques (exemples : un tableau des objectifs, une boîte à idées, un questionnaire MobiQual Bientraitance..), d'un diaporama pour les formations.

Le programme MobiQual aide sur différents sujets du quotidien à savoir : le lever, la toilette et l'habillage. Elle rappelle que chaque résident a un rythme différent, or le manque de temps

¹⁷¹ Site internet : GRIEPS, « *Personnes âgées : les comprendre et en prendre soin* », 2021.

¹⁷² Site internet : MobiQual, 2008-2015.

¹⁷³ *Id.*

¹⁷⁴ *Id.*

peut parfois rendre la toilette difficile. Il est important de proposer des toilettes qui varient (exemples : le lit, le lavabo, la douche, la baignoire, le chariot de bain) Sans oublier que chaque toilette s'effectue la porte fermée pour assurer l'intimité de la personne âgée. Concernant l'habillement, il est recommandé de laisser le résident choisir sa tenue et de ne pas le laisser en tenue de nuit. Le repas quant à lui est un moment fondamental de la journée d'un résident. La nourriture est souvent un plaisir qui procure du bien-être. Celui-ci doit donc être de qualité. Ainsi l'équipe doit prendre en compte les goûts et les habitudes du résident. Si celui-ci est en perte d'autonomie, il est possible de lui proposer des solutions alternatives telles que le repas mixé ou le « manger-mains ». Cela évite qu'une tierce personne donne à manger au résident et évite donc son infantilisation. Le manger-mains se présente sous forme de cubes, bâtonnets ou tartelettes afin de faciliter la prise de repas. L'objectif pour être bientraitant est de limiter au maximum le jeûne nocturne (maximum 12 heures), de prendre minimum une heure pour manger ou encore d'adapter le placement de table en fonction des affinités du résident¹⁷⁵. Force est de constater que concernant les sorties, il est difficile de sortir tout le monde en même temps par manque de personnel et manque de temps. Pour y remédier, une solution serait de faire participer des bénévoles et l'entourage.

Le quotidien d'une structure peut provoquer des situations complexes. Ces formations au quotidien permettent de rassurer les professionnels et de limiter les conséquences dues à la routine. En ce qui concerne les formations continues axées sur la bientraitance, il existe la formation à la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®¹⁷⁶ aussi appelée formation Humanitude.

Section III : Une formation axée sur la démarche bientraitante : la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®

Cette méthodologie de soin provient de deux professeurs d'éducation physique et sportive, Rosette Marescotti et Yves Gineste. Celle-ci dénote cependant des formations initiales reçues par les étudiants, ce qui remet en question les pratiques professionnelles traditionnelles. Son objectif est d'arriver à limiter la distance thérapeutique. Elle vise à « *rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanisme, améliorer les soins et le prendre*

¹⁷⁵ Ibid.,p.57.

¹⁷⁶ Ibid.,p.36.

soin des personnes en établissement et à domicile, accompagner ainsi les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie afin que celles-ci restent debout, jusqu'à la fin »¹⁷⁷. Elle est basée sur des actions concrètes venant de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, les personnels non soignants, l'entourage ainsi que le résident.

Cette formation était axée sur l'amélioration des techniques de manutention puis progressivement elle s'est développée afin de devenir une approche plus humaniste du soin. Yves Gineste est parti du constat que « *Les êtres humains sont souvent violents entre eux, qu'il s'agisse de violence verbale ou physique. Pourtant, la violence est délétère pour chacun d'entre-nous* »¹⁷⁸. Elle peut parfois révéler un profond désarroi voir mal-être de la part de l'auteur de ces violences. Le but de cette formation est de réussir à développer le meilleur chez chacun. Selon Yves Gineste « *C'est lorsque l'on tient compte de tout ce qu'il y a de particulier chez l'humain que l'on est un soignant* »¹⁷⁹.

Paragraphe I : La capture sensorielle® comme outil permettant de favoriser l'apaisement du résident

Pour réduire certaines situations vécues comme violentes par les résidents, la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® évoque la technique de « *la capture sensorielle®* »¹⁸⁰. Elle est composée des pré-préliminaires cités précédemment, des préliminaires, du rebouclage sensoriel, de la consolidation émotionnelle et enfin de la prise de rendez-vous. Cette capture permet de ne pas déclencher de l'adrénaline chez la personne âgée, et éviter du stress durant quelques minutes voir quelques heures. Les préliminaires permettent de rechercher le consentement du résident pour effectuer le soin. Si celui-ci ne consent pas, le professionnel doit alors reporter le soin. Durant le soin, le soignant essayera d'instaurer le « *rebouclage sensoriel* »¹⁸¹. Celui-ci consiste à entrer en communication voire une communion avec le résident grâce au regard, à la parole et au toucher. Lorsque le soin est

¹⁷⁷ *Ibid.*, p.20.

¹⁷⁸ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Algorithme d'intervention en prévention/pacification de CAP* », p. 26-27.

¹⁷⁹ *Id.*

¹⁸⁰ *Ibid.*, p.30.

¹⁸¹ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, p. 27.

effectué, le professionnel assure une consolidation émotionnelle afin de conclure le soin. Celle-ci est l'occasion de dire des mots positifs au résident, de le motiver et de lui dire qu'il a passé un bon moment avec lui. La dernière étape est la prise de rendez-vous, soit s'il y a un report de soin, soit pour le prochain soin. Cela rassure la personne de connaître son programme de prise en charge.

En effet, la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® est avant tout une approche la plus possible non médicamenteuse de la personne. En lien avec l'apaisement du résident, il existe dans certaines structures des espaces nommés « *Snoezelen* »¹⁸². Il est fréquent, qu'une structure engagée dans une démarche bientraitante fasse le choix de mettre en place cet espace. Le terme « *Snoezelen* » est la contraction entre le mot « *snuffelen* »¹⁸³ voulant dire sentir et le mot « *doezelen* »¹⁸⁴ voulant dire somnoler. Ce sont des pièces aménagées qui existent depuis les années 1970 afin de permettre à la personne de vivre une exploration sensorielle. Elle permet surtout au résident de trouver du plaisir et de l'apaisement grâce à un moment doux et agréable, des éclairages tamisés, une musique douce. Certaines de ces pièces sont équipées d'un matelas d'eau, ce qui donne au résident une sensation de légèreté. Cette pièce peut aussi permettre de stimuler le résident aussi bien visuellement qu'au niveau auditif. Celle-ci permet de développer les cinq sens de la personne âgée, à savoir l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher. Pour cela il y a aussi des sons, des textures particulières, des motifs, des couleurs vives, des lampes à bulle.

Paragraphe II : Les trois piliers de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®

Cette formation est basée sur trois piliers qui sont : le regard, le toucher et la parole. Le premier, c'est-à-dire le ***regard***¹⁸⁵, demande à chaque personne qui entre en contact visuellement avec le résident, de personnaliser celui-ci en adoptant une attitude tendre et douce et non du dégoût et du rejet. Capter le regard de la personne âgée évite de la surprendre. Le regard peut être à la hauteur du résident afin d'éviter qu'il se sente agressé et surtout

¹⁸² Ministère des Solidarités et de la Santé, « *L'espace SNOEZELEN* », 2011.

¹⁸³ Site internet : Dictionnaire Néerlandais-Français.

¹⁸⁴ *Id.*

¹⁸⁵ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Caractéristiques du regard d'humanité* », p.15.

regardé « *de haut* », on parle selon la formation d'un « *regard horizontal* »¹⁸⁶. Il y a aussi le regard dit axial, qui lui se doit d'être face à la personne pour éviter qu'elle ne se sente regardée « *de travers* ». Par exemple, lors d'un repas il est préférable de s'asseoir face à la personne, durant un soin judicieux de se placer du côté où la personne regarde. Une autre caractéristique est d'avoir un regard long et non fuyant afin de favoriser la confiance du résident. Souvent la personne âgée ne voit plus nettement du fait de son âge, par conséquent le professionnel essaiera de s'approcher d'elle.

Le second pilier est le ***toucher***¹⁸⁷, afin d'apaiser la personne âgée, il doit revêtir quatre caractéristiques à savoir : être professionnel, progressif, permanent et pacifiant. En ce qui concerne le côté professionnel, la formation Gineste-Marescotti® supprime ce qu'on nomme la prise « *pince* ». C'est-à-dire d'attraper une partie du corps du résident afin de le soulever. Désormais sera favorisée la prise dite en « *berceau* »¹⁸⁸. Concernant le caractère progressif, il sous-entend qu'avant de toucher la personne âgée, il faut entrer en contact visuellement avec elle ou lui parler. De plus, un soin doit être adapté au profil du résident¹⁸⁹ (Annexe 4). Celui-ci peut être pudique, être expressif ou non, être douloureux, être une personne ayant des comportements d'agitation pathologiques ou ayant des problèmes d'hygiène. De manière générale, un soin ne débute pas par les zones les plus sensibles (exemples : les pieds, les fesses, les parties intimes..) car cela risquerait de braquer le résident. Il est fondamental de toujours commencer par les zones les moins sensibles comme par exemple les épaules, les mollets, le dos ou encore les avant-bras..

Pour un résident pudique, il faut commencer par les zones dites « *sociales* » (exemples : les mains, les épaules, les bras) pour aller jusqu'aux zones intimes. Lorsque le résident a un profil douloureux, le soin débute des zones les moins douloureuses aux plus douloureuses. Cependant il ne faut jamais forcer un résident, si celui-ci refuse, il est possible d'effectuer un report de soin. Enfin concernant une personne âgée manquant d'hygiène, le repère est de

¹⁸⁶ *Ibid.*, p.60.

¹⁸⁷ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Caractéristiques du toucher; « Les 4 P » : le toucher tendresse®* » p.17.

¹⁸⁸ Gineste (Yves), Marescotti (Rosette), Pellissier (Jérôme), *L'humanité dans les soins*, Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2008, 100 pages.

¹⁸⁹ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Toilettes séquentielles en méthodologie de soin Gineste-Marescotti®* », p.30.

démarrer par les zones les plus propres aux zones les plus sales. Pour aider les soignants, il existe « *l'homonculus de Penfield* »¹⁹⁰ aussi nommé l'homonculus sensitif (Annexe 5). C'est une représentation permettant de repérer les zones des plus sensibles au moins sensibles. Plus la zone est grossie et plus celle-ci comportera de récepteurs tactiles, par conséquent, plus ces zones sont sensibles. Le toucher doit aussi être permanent, c'est-à-dire que le professionnel doit maintenir le contact avec le résident. Cela permet d'apaiser la personne. Enfin, il y a le critère pacifiant, c'est-à-dire que celui-ci soit doux (ne pas appuyer pour ne pas blesser), lent (prendre son temps, éviter d'utiliser la force), caressant et vaste (porter sur une zone large). Comme énonce la formation Gineste-Marescotti®, « *les personnes qui ne peuvent plus comprendre notre toucher utile, notre toucher de soin, peuvent l'interpréter comme un toucher agressif* »¹⁹¹. Ainsi en développant un toucher basé sur ces différents critères, le professionnel réduit le risque de CAP et de refus de soin.

Quant au dernier pilier, la ***parole***¹⁹², celle-ci se doit d'être douce, rassurante et calme. Elle doit comporter des mots positifs et encourager la personne âgée, être mélodieuse. L'approche peut être verbale ou non verbale. Le professionnel essaye de s'adapter en fonction des capacités de communication du résident. Le professionnel de santé doit durant le soin appliquer le principe de « *l'auto feedback* », c'est-à-dire qu'il doit décrire au résident chaque geste qui va être posé sur lui. Selon Yves Gineste « *L'auto feed-back, c'est apprendre à nourrir soi-même la conversation : expliquer avant de faire, expliquer en le faisant. La parole devient professionnelle, alors qu'en temps ordinaire, c'est le silence qui est considéré comme normal face au résident* »¹⁹³. Cette méthode permet de ne pas surprendre le résident, d'éviter que celui-ci se braque et refuse le soin. La communication est primordiale afin d'assurer un soin à l'écoute des besoins du résident même si cela se résume à « *oui* » ou « *non* ». Le résident peut aussi s'exprimer sur son état d'esprit, parler de ses tracas, ce moment peut être un moment de confiance et d'échange entre deux personnes. Le soin est vu comme une rencontre entre

¹⁹⁰ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Le cerveau sensitif* », p.29.

¹⁹¹ *Ibid.*, p.61.

¹⁹² Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Le ton d'humanité* », p.16.

¹⁹³ *Id.*

deux personnes et non comme un acte purement dans le but de prodiguer un soin à un ainé. L'émotion peut, en effet, avoir sa place dans le soin¹⁹⁴.

Paragraphe III : La verticalité comme outil de lutte contre la grabatisation

La *verticalité*¹⁹⁵, est aussi un pilier de l'Humanitude permettant de lutter contre la grabatisation du résident. Comme l'exprime la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *entre trois jours et trois semaines peuvent suffire pour rendre une vieille personne grabataire* »¹⁹⁶. La verticalisation est essentielle à l'accompagnement du résident. Pour cela l'équipe pluridisciplinaire essayera, si cela est possible, de permettre au résident de se mettre debout durant une période adaptée à ses capacités. Afin d'accompagner l'équipe de professionnels, il existe une classification Gineste-Marescotti®¹⁹⁷ des personnes aidées (Annexe 6). Elle est divisée en trois catégories, celle des indépendants, des partiellement indépendants et des dépendants. Au sein de ces catégories sont décrits cinq profils de résidents, à savoir pour la première catégorie : l'Homme-debout (HD); pour la seconde catégorie : l'Homme debout-assis (HD-A) et l'Homme assis-debout (HA-D) et pour la dernière catégorie, c'est-à-dire des personnes dépendantes, il y a l'Homme assis-allongé (HA-A) et l'Homme allongé (HA). En fonction du profil du résident et de ses capacités, l'équipe pluridisciplinaire pourra lui proposer différents types de soins. Par exemple une personne indépendante (dans la catégorie HD) peut se déplacer seule, prendre sa douche ou se laver au lavabo debout. Contrairement à une personne dans la seconde catégorie HA-D qui peut rester debout moins de quarante secondes, se lavera en chaise ou grâce à une toilette mixte (lit et lavabo). Concernant la dernière catégorie, la verticalisation complète est très complexe voire quasiment impossible. Cependant, la verticalisation du buste est envisageable. La toilette doit donc s'effectuer au lit ou grâce à un chariot douche.

La durée qui procure des bénéfices à la personne âgée est celle de minimum 20 minutes de verticalité par jour. En effet, favoriser la verticalité permet au résident de conserver une partie

¹⁹⁴ Site internet : Humanitude.

¹⁹⁵ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *La verticalité* », p.18.

¹⁹⁶ *Id.*

¹⁹⁷ Institut Gineste-Marescotti® France, *Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « Classification Gineste-Marescotti des personnes aidées »* p.19.

de sa masse musculaire, assure une prévention de l'ostéoporose, améliore la fonction respiratoire et cardiaque, permet la prévention des escarres, améliore la circulation sanguine, favorise l'appétit et un bon transit intestinal ou encore maintient le système nerveux.

Paragraphe IV : La mise en place d'une toilette évaluative à l'écoute des besoins du résident

Pour améliorer la prise en soin, la formation propose ce que l'on nomme la « toilette évaluative »¹⁹⁸ (Annexe 7). Elle permet d'évaluer le profil du résident en ce qui concerne tout ce qui est en lien avec la toilette. On prend en compte ses capacités afin d'assurer un soin seul ou à deux, de définir l'heure de passage, la durée maximale que peut supporter le résident, etc.. Le soignant prend aussi en compte les CAP¹⁹⁹ du résident (Comportements d'agitation pathologiques), il les détecte qu'ils soient verbaux ou physiques, essaye de les comprendre mais surtout d'identifier quelle situation stressante amène le résident à avoir des CAP. Ensuite, il essayera de trouver une solution afin de les réduire. La toilette évaluative comporte la date de la toilette ainsi que celle de sa réévaluation, elle est composée du profil choisi (indépendant, partiellement indépendant et dépendant) grâce à la classification nommée ci-dessus, des objectifs et actions à faire au nombre de trois maximum et enfin d'un calendrier afin de suivre l'avancée réelle des objectifs fixés. Chaque jour les soignants doivent noter une « *croix* » ou un « *non* » pour indiquer si les actions ont été réalisées. Cela permet d'identifier les progrès effectués par le résident malgré le changement d'équipe.

Paragraphe V : La place du label humanité® : un gage de qualité pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Depuis 2013, il existe le label nommé *label humanité* créé par l'association Asshumevie²⁰⁰ (ASSociation HUMANitude Evaluation et milieu de VIE). Cette association est composée de professionnels de gérontologie ayant déjà suivi la formation. Le label est un gage de qualité mais surtout de bienveillance au sein d'une structure hébergeant des personnes

¹⁹⁸ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « La toilette évaluative », p.31.

¹⁹⁹ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, « *Les comportements d'agitation pathologique* » p.25.

²⁰⁰ Site internet : Le label Humanité.

âgées dépendantes. En France, il y a 28 structures labellisées et plus de cent structures engagées dans une démarche de labellisation²⁰¹. Afin d'obtenir le label, l'établissement doit mettre en place cinq principes de l'Humanitude à savoir : « zéro soin de force, sans abandon de soins, le respect de la singularité et de l'intimité, vivre et mourir debout, ouverture de la structure vers l'extérieur et enfin lieu de vie, lieu d'envies »²⁰². Grâce à ces cinq principes, ont été élaborées des critères d'évaluation, ils permettent de s'assurer de la bonne qualité de vie et de soin de la structure mais aussi de la qualité de vie au travail pour les professionnels. Afin d'obtenir le label il faut réussir à remplir 300 critères, la bientraitance doit être une véritable culture au sein de la structure. Cependant avant d'être éligible au label, il y a une phase d'observation faite par des experts d'une durée de minimum trois ans²⁰³.

Comme autre label, il existe le label « *établissement Bien traitant*® »²⁰⁴. Pour cela la structure doit adhérer aux valeurs, elle doit s'engager afin de faire connaître sa motivation. L'engagement commence par le fait de remplir un formulaire de demande d'engagement. Ensuite, sera effectué un « auto-diagnostic » avec l'organisme de formation. Cela permet d'obtenir le statut « *En route vers le Label* ». La formation permet de « *développer des compétences en interne qui soutiennent le développement des savoirs, savoir-faire et savoir-être auprès de l'ensemble des professionnels de la structure* »²⁰⁵. L'intérêt de cette formation est de pouvoir identifier un ou plusieurs référents bientraitance / maltraitance que le label nomme des « *professionnels-relais* »²⁰⁶. Suite à un suivi de deux ans minimum, le comité de Labellisation Apave Certification pourra délivrer le label pour une durée de cinq ans.

Afin de s'engager dans une démarche bientraitante et d'obtenir des labels certifiant de la qualité des prises en charge, les établissements disposent d'outils élaborés grâce à la collaboration de la Haute autorité de santé et de la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé.

²⁰¹ Site internet : L'humanitude en quelques chiffres.

²⁰² *Ibid.*, p.9.

²⁰³ Site internet : Le Label Humanitude, Gage de bientraitance.

²⁰⁴ Site internet : Label *établissement Bien traitant*®, L'outil pertinent pour développer la culture de la Bientraitance auprès de tous les acteurs.

²⁰⁵ *Id.*

²⁰⁶ *Id.*

CHAPITRE II : Les outils spécifiques à la promotion d'une démarche bientraitante au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

La promotion de la bientraitance ne peut être effective que si elle regroupe un ensemble d'actions allant en ce sens. C'est pour cette raison, que fut mis en place un groupe de travail FORAP-HAS. Suite à leur coopération, un kit d'outils fut proposé aux structures voulant amorcer une démarche bientraitante.

Section I : L'existence d'un groupe de travail FORAP-HAS

La FORAP est la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé²⁰⁷. Sa création date de 2007, elle permet d'évaluer et d'améliorer les pratiques professionnelles et l'organisation des structures. L'amélioration concerne la qualité et la sécurité des soins du secteur médico-social. Ainsi, les structures sont accompagnées dans une démarche de bientraitance. La HAS, Haute autorité de santé, est le deuxième acteur du groupe de travail. Elle fut créée le 13 août 2004 par une loi relative à l'assurance maladie²⁰⁸. Selon le GRIEPS (Organisme de formation continue pour professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux) l'intérêt du groupe FORAP-HAS est de pouvoir « 1. Proposer une définition opérationnelle commune de la notion de bientraitance pour les établissements de santé et médico-sociaux accueillant les personnes âgées, (définition et délimitation du périmètre de la bientraitance) ; 2. Proposer une stratégie de déploiement de la bientraitance pour les établissements de santé et médico-sociaux, (présentation des principes fondamentaux de son déploiement, aider les établissements à déployer cette notion); 3. Développer un kit d'outils soutenant les établissements de santé et médico-sociaux accueillant les personnes âgées dans le déploiement de la bientraitance. » (donner des « clés d'utilisation optimale » des outils) »²⁰⁹. Ce groupe a proposé aux structures depuis mai 2012 un guide opérationnel afin de promouvoir la bientraitance en EHPAD²¹⁰.

²⁰⁷ Site internet : FORAP (Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé).

²⁰⁸ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

²⁰⁹ *Ibid.*, p.13.

²¹⁰ *Id.*

Pour que la démarche prenne forme il est essentiel de réussir à réunir à la fois un engagement de la structure, de définir un responsable du projet ainsi que d'identifier les professionnels ciblés, de les sensibiliser et les évaluer par l'intermédiaire d'un questionnaire. Il existe des outils de prévention du risque de maltraitance, des outils d'évaluation et d'auto-évaluation, des outils de management, etc.. Cependant avant de mettre en place les outils, il est important que l'encadrement et l'équipe pluridisciplinaire fassent un état des lieux de ce qui est déjà mis en place au sein de la structure. Ces outils peuvent s'appliquer à l'ensemble du processus de la prise en charge du résident. Cela recouvre la gestion des ressources humaines, l'hôtellerie, l'hygiène et la sécurité, et chaque prestation permettant de s'assurer que la structure soit autant un lieu de vie qu'un lieu de soins apaisant pour le résident²¹¹.

Section II : Les outils de prévention du risque de maltraitance

En ce qui concerne les outils de prévention du risque de maltraitance, le groupe FORAP-HAS a élaboré deux outils. Le premier permet de procéder à une évaluation des pratiques professionnelles de façon individuelle afin de prévenir les situations déviantes. Le second permet d'identifier les risques et d'en faire une cartographie. Celle-ci est un guide pour chaque professionnel.

Paragraphe I : L'outil nommé « Bientraitance en questions : évaluation individuelle des pratiques »

C'est un outil permettant d'aborder une réflexion ainsi qu'une prise de conscience de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et du personnel non soignant. Cela passe donc dans un premier temps par un ensemble de questions et une interrogation individuelle des professionnels sur leurs propres façons d'accompagner le résident. Il est considéré comme un outil d'auto-évaluation à titre préventif. Il permet d'aider à gérer les risques d'être maltraitant car comme énonçait Francis Penin, Président d'ALMA lorraine et médecin, « *Nul n'est à l'abri d'être un jour maltraitant, consciemment ou inconsciemment* »²¹². Pour cela il y a une

²¹¹ *Ibid.*, p.13.

²¹² Penin (Francis), *Dépistage et prévention de la maltraitance des personnes âgées*, 2012.

grille²¹³ considérée comme un outil d'autocontrôle et outil d'alerte personnelle. Cette grille est comptée de six degrés de réponse à savoir : toujours, souvent, parfois, rarement, jamais et non concerné. Quant aux points soulevés, il y en a 32 mais celle-ci peut être adaptée en fonction des objectifs de la structure. Il y a pas exemple : « *il m'arrive de tutoyer un patient sans son accord* », « *il m'arrive de ne pas réaliser un soin par faute de temps* », « *il m'arrive d'avoir une attitude infantilisante, humiliante* » ou encore « *il m'arrive de ne pas fermer une porte et/ou une fenêtre pendant un soin* »²¹⁴. Grâce à cela le professionnel pourra se demander comment il agit avec le résident et se remettre en question en changeant sa manière de le prendre en charge. Il est cependant nécessaire de notifier aux professionnels que cet outil n'est pas là pour juger les pratiques mais simplement pour les améliorer. En pratique, le professionnel remplira un questionnaire sur la base du volontariat. Car celui-ci n'est pas obligatoire et anonyme pour permettre de libérer la parole de chacun.

Paragraphe II : L'outil nommé « Tableau de bord de la bientraitance : cartographie des risques »

Le second outil allant dans le sens de la gestion des risques de maltraitance est donc intitulé « *Tableau de bord de la bientraitance : cartographie des risques* »²¹⁵ a été élaboré par un groupe de travail regroupant des cadres, des médecins, des psychologues, des ingénieurs risques, des responsables qualité, etc.. Chacun venant d'une structure différente. Il était à l'origine à destination du secteur sanitaire cependant, il est désormais applicable au secteur médico-social. Ce tableau fait un recensement des risques et les catégoriser, en plus de cela des exemples sont donnés afin d'aider à la bonne compréhension. Il est délimité en plusieurs thématiques telles que la « *procédure d'accueil, la prise en charge initiale, l'organisation et coordination des interventions des professionnels, le respect de la confidentialité, la formation continue, la gestion des plaintes* »²¹⁶. Chacun de ces indicateurs aide à évaluer le bien-être global au sein de la structure.

²¹³Haute autorité de Santé, La prévention de la maltraitance, « *Grille d'autocontrôle de mes pratiques professionnelles* », 2012.

²¹⁴ *Id.*

²¹⁵ Haute autorité de Santé, « *Guide de l'animateur pour la mise en oeuvre de la cartographie des risques de maltraitance* », 2012.

²¹⁶ *Id.*

Chaque structure doit ajuster ce tableau en fonction des pratiques en vigueur. Pour cela, chaque professionnel doit évoquer les risques auxquels il est confronté quotidiennement. Les risques ne sont pas les mêmes selon la profession exercée. C'est une approche interprofessionnelle des risques qui est opérée. Les personnels concernés sont les cadres, les infirmières, les aide-soignant, les agents des services hospitaliers qualifiés, les agents d'entretien, les agents d'accueil, etc... C'est-à-dire toute personne en lien avec les résidents. Son existence est préventive, elle permet d'indiquer aux professionnels quand être plus attentif, d'évaluer la gravité et la répétition d'une situation. Cependant cette cartographie est évolutive, elle n'est pas définitive. Par la suite et à intervalles réguliers, chaque risque est suivi et réévalué. Si un nouveau risque est identifié, celui-ci sera rajouté à la liste. Si un nombre trop important d'anomalies sont cartographiées alors la structure devra mettre en place des actions permettant d'améliorer la situation. Comme l'énonce l'outil, pour qu'une démarche s'installe au sein d'une structure il est important de tracer l'« *origine de la démarche, objectifs, résultats attendus, présentation de la démarche de cartographie, étapes de réalisation, contenu de la cartographie des risques de maltraitance* »²¹⁷.

Section III : Les outils de management vers une démarche bientraitante

Les outils de management permettant d'aborder une culture de la bientraitance sont au nombre de trois. Le premier est celui permettant d'animer des temps d'échanges avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, le second aide à choisir ce qui apportera le plus de bénéfice à la structure en ce qui concerne la démarche bientraitante (exemple : le choix des formations). Enfin le dernier outil, est l'élaboration d'une charte afin de consacrer les valeurs humaines qu'il faut avoir pour être bientraitant.

Paragraphe I : L'outil nommé « La bientraitance en situations de vie : outil d'animation des équipes »

C'est un outil de management d'une équipe pluridisciplinaire²¹⁸. On parle de management de proximité grâce au cadre de santé. Il est directement associé à une réflexion, c'est un travail de groupe. L'objectif est de permettre une prise de conscience collective de la

²¹⁷ *Ibid.*, p.13.

²¹⁸ Haute autorité de Santé, Outil d'animation d'équipe, « La bientraitance en situation de vie », 2012.

nécessité de mener tous ensemble des actions de bienveillance. Cela demande à l'équipe de coopérer et de communiquer sur chaque situation du quotidien qui peut poser des difficultés grâce à des temps d'échanges. L'outil indique que les problématiques souvent soulevées sont « *la prise en compte de la douleur du résident, le manque de disponibilité, le vécu des professionnels, la perte de repères professionnels, les difficultés de communication entre services, la place de l'aidant* »²¹⁹. Pour toutes ces problématiques, l'ensemble de l'équipe se pose les questions suivantes « *Que pensez-vous de cette situation ? Qu'auriez-vous fait dans cette situation ? Pourriez-vous citer des situations similaires avec les patients (ici résident) dans votre pratique ?, Quelles peuvent être les raisons d'un professionnel d'agir ainsi ?, Qu'est-ce que l'analyse de cet épisode peut vous apporter dans votre pratique quotidienne ?, Quel environnement managérial peut conduire à de telles situations ?* »²²⁰ Elles permettent de pouvoir directement identifier des changements à instaurer au sein des services.

Ces temps d'échanges doivent être d'une durée maximum de 45 minutes, être brefs et réguliers. C'est-à-dire trimestriel afin de laisser observer un temps de réflexion aux équipes. Des questions ouvertes peuvent également être posées. Plusieurs jours voire semaines après, des auto-questionnaires sont remplis (anonyme et individuel) afin d'évaluer les bénéfices des actions mises en place. Là encore, le groupe cherchera à être constructif plutôt que d'être dans le jugement. Tout au long du processus, les cadres accompagnent les séances, donnent leur avis, essaient de trouver des solutions. Durant ces réunions, des personnes-ressources peuvent être associées telles que le représentant des usagers, des bénévoles voire même un ou plusieurs résidents.

Paragraphe II : L'outil nommé « Cahier des charges formation : outil d'aide à la décision »

Cet outil²²¹ demande lui aussi de faire un état des lieux de l'avancée de la démarche bienveillance dans l'établissement. Ce n'est que par la suite que sont lancées des formations et une sensibilisation à la notion. L'intérêt est d'identifier des critères permettant de choisir des

²¹⁹ *Ibid.*, p.13.

²²⁰ *Id.*

²²¹ Haute autorité de Santé, Outil d'aide à la décision, « *Appel à cahier des charges de formation* », Réseau Qualisant, 2012.

formations adaptées aux besoins. L'encadrement rédige ce qui se nomme un cahier des charges afin de permettre des appels d'offre formation bienveillance. Ainsi, la structure peut indiquer les éléments qu'elle souhaite mettre en avant durant les formations. Après, les prestataires de formation, estimant répondre au cahier, peuvent candidater. La structure effectue une sorte de « *classement* » des formations, on parle de « *cotation* »²²². C'est une comparaison des propositions de formation en fonction du coût, de la thématique, de la méthodologie employée, de l'expérience des formateurs, etc.... Puis elle choisira la ou les formations qui apporteront le plus de bénéfices aux professionnels et aux résidents. Ces bénéfices seront quantifiés afin de savoir si la formation a été utile et a eu un impact sur la structure.

Paragraphe III : L'outil nommé « Les principes de bienveillance : déclinaison d'une charte »

Ce dernier outil²²³ permet d'élaborer une charte bienveillance dans les structures entamant ce processus. Celle-ci a pour ambition de créer un support identifiant les valeurs humaines et les bonnes pratiques professionnelles que doit acquérir chaque personnel de l'établissement. C'est un document d'accompagnement permettant aux professionnels de s'approprier des valeurs telles que la politesse, le respect, l'accueil, l'accompagnement ou encore l'écoute, etc... Celle-ci peut se matérialiser par une affiche mise dans les locaux réservés aux professionnels. La charte bienveillance²²⁴ se décline en dix engagements qui amène à des actions concrètes. A savoir : « *Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle d'écoute, mettre tout en oeuvre pour respecter l'intégrité physique et psychique, s'imposer le respect de la confidentialité des informations, accompagner la personne et ses proches dans la fin de vie* », etc..²²⁵.

Elle peut être réévaluée et complétée si nécessaire. L'intérêt de cet outil est d'aider les structures à déployer une culture axée sur des valeurs bienveillantes. Le groupe FORAP-HAS donne une définition de la bienveillance sur laquelle repose la charte. Elle la définit comme

²²² *Ibid.*, p.70.

²²³ Haute autorité de Santé, « *Les principes de bienveillance : déclinaison d'une charte* », 2012.

²²⁴ *Id.*

²²⁵ *Id.*

étant « une démarche volontariste, institutionnelle, collective et individuelle d'amélioration continue des pratiques professionnelles visant à promouvoir : le respect de la liberté et des droits de l'usager et de ses proches ; le respect de sa dignité et de sa singularité ; le respect de la prise en compte de ses besoins et de ses attentes spécifiques. Tout en maintenant la vigilance sur les risques de maltraitance et leurs signalements »²²⁶.

Section IV : Les outils d'évaluation et d'auto-évaluation des structures

Selon la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²²⁷, l'ensemble des actions médico-sociales doivent faire l'objet d'une évaluation. L'article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles énonce cette action « repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux »²²⁸

Paragraphe I : L'outil nommé « Amélioration des pratiques de bientraitance : outil d'évaluation »

Cet outil²²⁹ permet d'évaluer les pratiques professionnelles avant de mettre en place la démarche bientraitance et d'évaluer les bénéfices lorsque celle-ci est mise en place. L'intérêt est de savoir si les professionnels adhèrent à la démarche et l'appliquent en pratique. L'application de cette démarche est évaluée afin de procéder à des temps d'échanges si des améliorations sont nécessaires. Pour cela il existe une auto-évaluation en ce qui concerne les pratiques professionnelles. Celle-ci est composée de questions fermées. Pour favoriser l'expression des professionnels, le questionnaire est anonyme. Le professionnel peut se remettre en question en se rendant compte si ses pratiques sont adaptées à la structure et aux profils des résidents ou si elles sont encore à améliorer. Il y a aussi un questionnaire institutionnel qui est rempli une fois par an par la direction, les médecins et l'encadrement de proximité à savoir le cadre. Ce questionnaire est rempli pour l'ensemble de la structure afin d'évaluer l'avancée de la démarche bientraitante. Suite à cela, des campagnes de

²²⁶ Ibid., p.13.

²²⁷ Ibid., p.15.

²²⁸ Article L.116-1 du Code de l'action sociale et des familles.

²²⁹ Haute autorité de Santé, Auto-évaluation, « Evaluation de la promotion de la bientraitance », 2012.

sensibilisation sont menées, des groupes de travail seront créés et un suivi régulier est effectué grâce à des indicateurs.

Paragraphe II : L'outil nommé les « Regards croisés sur la bientraitance : outil d'évaluation »

Ce dernier outil concerne l'évaluation de l'établissement et des professionnels²³⁰, afin d'identifier les faiblesses de la structure de façon globale et non pas d'évaluer les pratiques professionnelles. L'encadrement procède à un état des lieux des actions, méthodes et supports mis en place dans la structure. Cet outil permet de connaître la satisfaction des professionnels sur ce qui est déjà mis en place. Ensuite, il permet de classer les actions à instaurer en priorité pouvant impulser cette démarche bientraitante. Ici, l'évaluation concerne exclusivement le bien-être du résident et sa prise en charge. Les questionnaires sont là encore à remplir par les professionnels. Par conséquent les questionnaires sont élaborés afin d'identifier si les méthodes aident les professionnels à assurer un accompagnement bientraitant. Un EHPAD est un lieu de vie avant tout, il se doit donc d'être accueillant (exemples : des murs colorés selon les saisons, des jardins fleuris, des espaces extérieurs), d'être bientraitant au niveau de l'architecture (exemple : unité de plain-pied) et de l'organisation (exemple : moins de rotation d'équipe grâce au passage en 12 heures). Le Kit « *évaluation bientraitance* »²³¹ est remis à l'établissement afin de les inciter à se lancer dans la démarche. Il est composé d'outils de communication, d'affiche de sensibilisation, de dépliants, de power-point précis sur certaines thématiques, de supports d'auto-évaluation et de questionnaires individuels à destination des professionnels.

Selon la Haute Autorité de Santé, en mai 2012, « *Promouvoir la bientraitance aide également à préserver le sens du travail des professionnels mis à mal par le phénomène de maltraitance institutionnelle et contribue alors à améliorer également la qualité de vie au travail* »²³². C'est-à-dire qu'une culture de la bientraitance ne peut être effective que dans l'hypothèse où chaque professionnel de la structure est lui-même bien traité.

²³⁰ *Ibid.*, p.71.

²³¹ Haute autorité de Santé, Auto-évaluation, « *Evaluation de la promotion de la bientraitance* », 2012.

²³² Haute autorité de Santé, Le déploiement de la bientraitance, « *Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD* », 2012.

CHAPITRE III : L'accompagnement de l'encadrement : un outil d'amélioration des conditions de travail favorisant le bien-être de l'équipe pluridisciplinaire

Afin d'assurer le bien-être de l'ensemble des professionnels, il est primordial que chacun puisse travailler dans un environnement sain et avec des bonnes conditions de travail. Selon l'outil de management, vu ci-dessus, il faut réunir : « *La volonté de l'encadrement de proximité à développer une approche collective et participative, une posture de l'encadrement de proximité à l'écoute du personnel, une volonté des professionnels d'un service à s'interroger et à partager ensemble un même objectif professionnel, la possibilité de s'exprimer librement, une participation volontaire, ouverte à tous les professionnels d'un service, une vision globale par l'encadrement de proximité de la bientraitance, la possibilité d'un accompagnement par un intervenant extérieur au service dans l'animation des temps d'échanges et le suivi de professionnels à leur demande* »²³³.

Section I : La mise en place d'un livret d'accueil du personnel

L'accompagnement du professionnel débute dès son entrée au sein de la structure²³⁴. Il est essentiel de lui faire une place dans l'équipe²³⁵. Afin de l'accueillir correctement, il existe dans certaines structures un livret d'accueil du personnel²³⁶. C'est un outil d'accompagnement permettant à l'agent de prendre ses marques. Dans un premier temps, ce livret souhaite la bienvenue au nouveau professionnel. Ensuite, il rappelle à l'individu des règles fondamentales qui sont appliquées dans l'établissement (exemples : le secret professionnel, les règles d'hygiène et de sécurité, etc..). Cela regroupe des droits mais aussi les devoirs qu'il a envers l'ensemble de ses collègues, de la hiérarchie ainsi que des résidents et des familles. Il regroupe des informations présentant l'établissement (exemples : son histoire, ses missions, ses valeurs, son projet d'établissement, etc..), un organigramme fonctionnel concernant le personnel, les instances (exemples : le comité technique d'établissement, le CVS, etc...) Ensuite, il y a des dispositions générales concernant le recrutement, la rémunération,

²³³ *Ibid.*, p.72.

²³⁴ Ministère de la transformation et de la fonction publiques, « *Fiche action n°3: la préparation à l'arrivée du nouvel agent* », 2021.

²³⁵ Ministère de la transformation et de la fonction publiques, « *Fiche action n°6: l'intégration de l'agent à son nouvel environnement professionnel* », 2021.

²³⁶ EHPAD Gaston Chargé, Les Termelles, *Livret d'accueil du personnel*, 2016.

l'évolution de carrière, l'évaluation du travail effectué, les règles de discipline, les conditions de travail, les congés, les autorisations spéciales d'absence (ASA), les congés maladies, les accidents du travail ou encore les congés parentaux.

Le livret donne aussi des informations pratiques sur le fonctionnement de l'EHPAD permettant l'adaptation au poste et de prendre ses marques. Il comporte des renseignements sur la restauration, les vestiaires, les horaires, l'annuaire, le casier qui lui sera attribué, etc... Le livret rappelle que si la personne a une interrogation elle peut s'adresser à la hiérarchie. Au niveau de la présentation, celui-ci se doit d'être clair, précis voir ludique. Il est d'ailleurs soumis à l'avis du CVS de la structure puis validé en CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) et par le chef d'établissement. Le personnel a, tout comme le résident, des droits et des devoirs. Ainsi, il a des droits tels que la liberté syndicale, le droit à la participation, le droit de grève, le droit aux congés, le droit à des conditions d'hygiène et de sécurité.

Section II : Le rôle de l'encadrement : un accompagnement au quotidien de l'équipe pluridisciplinaire vers une amélioration des pratiques professionnelles

Lorsqu'une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles est engagée au sein d'une structure, la parole du professionnel est prise en compte. Les soignants sont les agents travaillant au plus proche des résidents par conséquent ils peuvent être témoins de situations à perfectionner.

Paragraphe I : L'écoute et l'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire vers une amélioration des conditions de travail

En effet, « *Le développement de la bientraitance ne peut se faire sans une implication forte de la hiérarchie qui transmette des messages et des valeurs clairs* »²³⁷. L'équipe pluridisciplinaire a besoin d'être accompagnée et guidée par l'encadrement de proximité dans chaque démarche. Cela procure aux agents de la motivation qui aura des conséquences positives sur le bien-être du résident.

²³⁷ *Ibid.*, p.72.

Le rôle de l'encadrement de proximité est donc fondamental, d'autant que pour « *déployer une politique de bientraitance, inciter les professionnels et les collectifs de travail à s'interroger sur les pratiques, promouvoir la notion de bientraitance à toutes les chances de susciter chez les professionnels des prises de conscience ou de révéler des situations intolérables : la hiérarchie doit alors être préparée à réagir et à agir* »²³⁸. L'encadrement est là pour soutenir et accompagner chaque professionnel qui se trouve dans une situation complexe. Comme le rappelle la Haute autorité de santé en 2012, « *Le personnel sera en capacité d'être bientraitant, si lui-même se sent bien traité par l'institution, s'il se sent sécurisé, entendu et soutenu par sa hiérarchie* »²³⁹. Lorsque l'équipe se retrouve confronté à un manque de moyens institutionnels, l'encadrement est présent afin de trouver une solution. Le manque de moyens humains et matériels est l'une des principales causes pouvant placer le soignant dans une situation de défaut de bientraitance. Le fait de ne pas avoir de personnel en nombre suffisant peut causer des situations tels que le travail dit « à la chaîne » et qu'un professionnel ne prenne pas le temps de discuter avec le résident.

Paragraphe II : L'amélioration des pratiques professionnelles : faciliter l'expression des professionnels grâce à la mise en place de temps d'échanges

Malgré le soutien de l'encadrement certains professionnels peuvent se retrouver confrontés à des situations complexes. Ils peuvent ressentir le besoin d'exprimer leurs difficultés afin de comprendre ce qui a amené à cette problématique. Ces espaces d'échanges sont nécessaires pour réussir à trouver une solution mais sont aussi l'occasion d'exprimer des « *revendications* », de signaler des dysfonctionnements au sein de la structure. Pour cela, des groupes de travail peuvent être créés. Soit par petit groupe ou avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Lorsqu'une situation est identifiée par un professionnel elle est alors étudiée afin de savoir si elle est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM²⁴⁰. Pour cela l'équipe se posera des questions telles que « *Comment améliorer la situation ? Qu'est ce que bien faire ? Quoi faire pour bien faire ? et surtout pourquoi*

²³⁸ *Ibid.*, p.72.

²³⁹ Haute autorité de Santé, Promouvoir la bientraitance, un guide à destination des professionnels de santé, « *Lien entre politique de bientraitance et implication du management* », 2002, 32 pages.

²⁴⁰ *Ibid.*, p.12.

l'améliorer ? »²⁴¹. Le fait d'aborder une démarche bientraitante au sein d'une structure demande une remise en question perpétuelle de la part des soignants. C'est pour ces raisons que favoriser l'expression des professionnels est capital, cela permet d'identifier les pratiques professionnelles à améliorer. Cela permet aussi à chacun de se rendre compte qu'il n'est pas seul, que l'être humain n'est pas infailible et que des améliorations peuvent être trouvées en coopération avec l'ensemble de l'équipe.

Cela peut aussi être l'occasion de proposer des nouveaux projets car comme l'énonçait l'ANESM en 2008, « *Les ressources de créativité, d'intelligence et de sollicitude des professionnels doivent trouver l'occasion de s'exprimer le plus pleinement possible* »²⁴². L'ensemble des professionnels composant l'équipe pluridisciplinaire ont des ressources et idées que l'encadrement doit savoir valoriser. Les améliorations ainsi que les projets peuvent concerner des sujets généraux ou des sujets spécifiques, et cela toujours dans l'objectif de promouvoir une démarche bientraitante au sein de la structure. Selon la sensibilité de chacun, l'expérience ou la profession, la vision de la notion de bientraitance n'est pas la même. Il existe des divergences de perception de cette démarche, par conséquent il est essentiel de trouver une vision commune afin de pouvoir agir et la promouvoir en équipe. Chaque vision est complémentaire, une réflexion collective enrichit les pratiques et les connaissances professionnelles de chacun. Il est aussi possible d'échanger avec d'autres structures ayant déjà mis en place certaines organisations ou certaines techniques ou outils tels que l'espace Snoezelen ou encore la formation Gineste-Marescotti®. L'intérêt est de recueillir des avis, d'échanger sur des pratiques et expériences.

Section III : L'accompagnement psychologique face aux situations de mal-être professionnel

Certains personnels soignants ou non peuvent se retrouver face à des situations de désarroi, d'impuissance, de peur, de stress, d'angoisse, de culpabilité mais aussi de lassitude, de démotivation ou d'insatisfaction. Pour éviter que cela se transforme en épuisement professionnel, chaque agent doit être soutenu dans ses moments difficiles.

²⁴¹ *Ibid.*, p.13.

²⁴² *Ibid.*, p.12.

Paragraphe I : Le soutien de l'encadrement comme outil de promotion du bien-être des professionnels

Chacun peut être confronté à des difficultés qui pourront mettre à mal la confiance qu'il a en ses compétences et en lui-même. Mais surtout cela peut causer des omissions de soin, des négligences, des dysfonctionnements individuels ou collectifs qui auront des répercussions négatives sur la personne âgée accueillie. Les difficultés peuvent être liées à un manque de communication des équipes, à une situation trop intense émotionnellement, à une mauvaise organisation de l'institution, à la routine ou encore à un manque de moyens. C'est dans ces moments-là qu'il est fondamental que l'encadrement rebooste les équipes et valorise leurs compétences. Favoriser le bien-être des professionnels aide à développer de bonnes conditions de travail, à l'écoute des équipes motivées à instaurer la bientraitance au sein de la structure.

L'accompagnement passe par une bonne gestion du conflit ainsi que de l'épuisement professionnel. Joel Savatofski, kinésithérapeute, énonce que « *plus d'un soignant sur quatre est touché dans sa carrière professionnelle par l'épuisement professionnel* »²⁴³. L'épuisement professionnel aussi appelé « burn out » est une situation où le professionnel n'est plus en mesure d'effectuer dans les meilleures conditions son travail²⁴⁴. Cela peut être lié à plusieurs facteurs tels que le manque de reconnaissance du travail effectué (pas de rémunération suffisante), le manque de soutien, les dysfonctionnements institutionnels qui font que la structure n'est plus forcément adaptée aux besoins et envies professionnelles de la personne. Selon Albert Dubois, Président de l'association Alter Ego, il est nécessaire de savoir repérer les signes extérieurs d'épuisement d'un professionnel afin de pouvoir mettre en place des solutions²⁴⁵. Aline Mauranges, Psychologue, estime que l'épuisement vient de la réunion de trois facteurs qui sont l'émotion (exemples : rencontre avec la vieillesse, la mort ou encore la souffrance), l'incompréhension ainsi que de la pression²⁴⁶. Cela cause au professionnel des situations de stress, ayant des conséquences sur son état physique et psychique.

²⁴³ Institut de formation Joël Savatofski, Ecole européenne du Toucher-massage®, 2016.

²⁴⁴ Site internet : Dictionnaire Larousse, 2021.

²⁴⁵ *Ibid.*, p.34.

²⁴⁶ Canoui (Pierre), Mauranges (Aline), *Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Elsevier Masson, 2008, 192 pages.

Paragraphe II : La nécessité pour le professionnel de trouver un sens à sa profession

Force est de constater que les « *professionnels aspirent aujourd’hui à préserver, voire à recentrer leur travail autour des dimensions humaines et des relations autour du soin et de l’accompagnement* »²⁴⁷. Nombre d’entre eux ne veulent plus venir travailler simplement pour soigner, ils souhaitent allier le « *cure* » et le « *care* ». Cependant, chaque professionnel de santé peut passer par une période où il ne trouve plus de sens à sa mission. Cela est souvent dû à une prise de conscience suite à une multitude de situations que l’on nomme « défaut de bientraitance »²⁴⁸. Celle-ci peut être assimilée à de la maltraitance passive, c’est-à-dire qu’elle n’est pas volontaire de la part du professionnel mais due à un dysfonctionnement de structure (exemples : manque de place, secteurs non adaptés aux pathologies, des soins parfois dénoncés comme étant à la chaîne dûs au manque de temps..) ou de l’équipe (exemples : manque de communication, manque de dialogue, non-dits, des mauvaises ambiances...).

Il est donc nécessaire qu’ils n’oublient pas le sens de leur métier. En effet, « *c’est quand ils trouvent un sens à leur mission que les professionnels sont le mieux à même de déployer la bientraitance. Ce travail sur le sens de leur mission permet de développer un sentiment d’appartenance autour de valeurs partagées, de fédérer les professionnels autour d’une dynamique, d’anticiper le changement et de mieux faire face à des incertitudes. Il est, en ce sens, fondateur d’une démarche de bientraitance pérenne* »²⁴⁹. Ce que confirme l’ANESM en décembre 2008 « *La prévention de la maltraitance individuelle et collective est fortement corrélée à la possibilité pour les professionnels de trouver un sens à leur mission. L’ensemble des dispositifs et outils mis en place par l’encadrement dans le cadre de la gestion des ressources humaines a donc notamment pour objet de cultiver chez les professionnels le sens qu’ils trouvent à l’exercice de leur métier* »²⁵⁰. Chaque professionnel aspire à retrouver le plaisir de prendre soin de l’autre.

La bientraitance ne concerne pas que le résident, il concerne aussi l’ensemble des agents. Pour que chaque professionnel prenne du plaisir à venir travailler, il est fondamental d’associer le

²⁴⁷ *Ibid.*, p.13.

²⁴⁸ Institut Gineste-Marescotti® France, Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.

²⁴⁹ *Ibid.*, p.20.

²⁵⁰ *Ibid.*, p.12.

plaisir de soigner au plaisir de travailler en équipe. C'est à dire de parvenir à instaurer de la solidarité au sein de l'équipe. La bientraitance s'applique aussi au coeur même de l'équipe, cela permet d'instaurer une confiance réciproque et de la bienveillance. Il est important de souligner que de nombreuses solutions peuvent être réglées grâce à une bonne communication entre équipes. La promotion de la bientraitance est donc bénéfique pour chaque acteur d'un EHPAD.

Paragraphe III : Des solutions proposées afin de lutter contre l'épuisement des professionnels

L'épuisement professionnel peut être lié à la vie dans une structure médicalisée et à son environnement. Les conditions de vie et de travail en EHPAD associées au manque de moyens humains et matériels peuvent parfois entraîner de mauvaises organisations, des frustrations et des tensions au sein du service²⁵¹. Force est de constater qu'intégrer une institution avec un nombre conséquent de résidents demande une capacité d'adaptation de la part du professionnel.

Le soignant peut être fatigué, avoir des troubles du sommeil et/ou alimentaires, avoir des conduites addictives ou encore avoir mal au dos et/ou à la tête. La douleur physique peut causer des défauts de bientraitance. Cela peut rendre des toilettes difficiles du fait d'un mal de dos par exemple. Il semble difficile d'envisager de réussir à manipuler correctement une personne âgée fragile si le soignant lui-même n'est pas en bonne santé physique. Face aux angoisses du professionnel de santé, certaines structures proposent des solutions telles que l'écoute avec une psychologue, la détente grâce à de la sophrologie ou encore du sport afin d'extérioriser un trop-plein d'émotions. Ce sont des séances de soutien pour le personnel sans crainte d'être jugé sur ces pratiques professionnelles. En effet, travailler en EHPAD peut provoquer chez le professionnel des peurs comme celle de la mort, du vieillissement ou encore la difficulté d'accepter la perte d'autonomie des personnes âgées accueillies. La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® va elle aussi dans le sens du bien-être du soignant. Cette formation est basée sur l'évolution des techniques de manutention afin de limiter les arrêts maladie et les accidents du travail.

²⁵¹ *Ibid.*, p.21.

CONCLUSION

La bientraitance est une démarche qui se réinvente quotidiennement par l'ensemble des professionnels intervenants au sein d'un EHPAD. Elle est la rencontre entre des actions individuelles et des actions collectives ayant comme aspiration, le bien-être du résident. Sa définition et sa mise en oeuvre restent cependant propres à chaque structure. C'est en équipe et avec la coopération des intervenants extérieurs, de l'entourage et des résidents, que peut s'instaurer une culture de la bientraitance en institution.

Les résidents accueillis en EHPAD sont, pour la plupart, des personnes vulnérables qu'il est primordial de protéger des défauts de bientraitance voire des situations de maltraitements. En ce sens, chaque acteur de l'institution doit être attentif au quotidien. En plus de cela, le maintien de l'autonomie du résident est nécessaire afin de favoriser son bien-être. Celui-ci doit avoir dès son entrée dans la structure, un projet de vie et de soins personnalisé en fonction de ses capacités et de ses envies.

La quiétude doit aussi concerner les professionnels composant l'équipe pluridisciplinaire. Une relation de confiance et de solidarité permet à chacun d'appliquer dans de bonnes conditions les règles de leurs arts. Chacun a des valeurs humaines et des compétences dûes aux formations qu'il est important de valoriser. Tout comme le résident, il ne faut pas oublier que les professionnels disposent de droits et de devoirs devant être respectés. Des professionnels en bonne santé physique et mentale aident au développement de cette démarche.

L'équipe doit être bien traitée par la hiérarchie afin d'être bientraitante. Cela passe par un soutien psychologique au quotidien, surtout lorsque l'équipe est confrontée à des situations délicates. L'allocation de moyens humains et matériels favorise le bien-être des agents qui auront le temps de prendre soin du résident. C'est-à-dire d'effectuer le soin technique mais aussi apporter au résident un moment de détente et de partage. Pour assurer cette démarche la hiérarchie dispose d'outils indispensables en matière de recrutement et de management des équipes ainsi que de l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est bel et bien tous ensemble, que peut naître une démarche bientraitance au sein de structures hébergeant nos aînés.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7

PARTIE I : Bientraitance / maltraitance : de la prévention contre la maltraitance à la promotion de la bientraitance en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	19
--	-----------

CHAPITRE I : Première avancée vers la démarche bientraitante : la prévention et le signalement des actes de maltraitance.....	20
--	-----------

Section I : Les facteurs de risque pouvant déclencher une situation maltraitante.....	20
Paragraphe I : Les facteurs de risque lié à l’âge du résident.....	20
Paragraphe II : Les facteurs de risque lié au professionnel.....	21
Paragraphe III : Les facteurs de risque lié à la structure.....	22
Section II : La classification des situations maltraitantes amorcée depuis les années 1990.....	23
Section III : Le secret professionnel en institution face à des situations maltraitantes.....	24
Section IV : L’outil de signalement des actes de maltraitance.....	26

CHAPITRE II : Bientraitance/ maltraitance : des notions opposées mais des acteurs complémentaires.....	27
---	-----------

Section I : L’implication de l’équipe pluridisciplinaire de la structure : des actions communes et complémentaires	28
Paragraphe I : Le rôle du soignant : l’alliance du savoir-faire et du savoir-être...28	
Paragraphe II : Les devoirs des professionnels en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes : l’application des règles de l’art de leur profession.....	29
Paragraphe III : Le rôle de l’encadrement : la nécessaire coopération entre le directeur de la structure et l’encadrement de proximité.....	31

Paragraphe IV : La complémentarité du médecin coordonnateur et du médecin traitant.....	32
Paragraphe V : L'accompagnement de la diététicienne, de la psychologue et de l'animateur dans la prise en charge du résident.....	33
Section II : L'enrichissement de la structure par l'intervention d'acteurs « ressources ».....	35
Paragraphe I : L'engagement de la « socio-coiffure » vers le bien-être du résident.....	36
Paragraphe II : L'engagement des soins « socio-esthétique » vers le bien-être du résident	36
Paragraphe III : Le rôle des associations dans l'accompagnement du résident....	37
Section III : La place de l'entourage dans l'accompagnement du résident : des véritables partenaires pour l'équipe pluridisciplinaire.....	39
Paragraphe I : L'implication de l'entourage dans le parcours de vie du résident.....	39
Paragraphe II : La formation de l'entourage aux bonnes pratiques applicables en institution.....	40
Paragraphe III : La nécessité de soutenir psychologiquement l'entourage durant le parcours du résident	41
CHAPITRE III : Faire du résident un co-acteur de son parcours de vie et de soins.....	42
Section I : L'entrée du résident au sein de la structure médicalisée	42
Paragraphe I : L'entretien préalable nécessaire avant toute entrée au sein d'une structure.....	42
Paragraphe II : L'arrivée et l'installation du résident au sein de la structure	43
Section II : Un projet de vie personnalisé en fonction du profil du résident	45

Paragraphe I : Le Groupe Iso-Ressources (GIR) comme indicateur du niveau de dépendance du résident.....	45
Paragraphe II : L'élaboration d'un projet de vie personnalisé en fonction des besoins du résident.....	46
Section III : Les droits du résident au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	47
Paragraphe I : Le droit du résident de consentir et de participer aux décisions relatives à son projet de vie et de soins.....	47
Paragraphe II : La liberté de parole du résident concernant les situations maltraitantes	49
Paragraphe III : Le droit au respect du rythme de vie du résident.....	50
Paragraphe IV : La nécessaire recherche de l'avis du résident malgré son placement sous mesure de protection judiciaire	50
Section IV : Le rôle du résident au sein du conseil de la vie sociale	51
PARTIE II : L'élaboration d'une démarche bientraitante au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	53
CHAPITRE I : La formation et le recrutement : des leviers forts vers une démarche bientraitante.....	54
Section I : La sélection dès le recrutement basée sur la « <i>capacité à la bientraitance</i> ».....	54
Section II : Une démarche bientraitante au quotidien : la place des formations initiales et des formations continues	55
Paragraphe I : L'actualisation de la formation continue vers une démarche bientraitante.....	55
Paragraphe II : La place des formations continues dans l'appropriation d'une démarche bientraitante	56
Paragraphe III : Le développement du programme MobiQual comme levier de sensibilisation des professionnels à la démarche bientraitante.....	57

Section III : Une formation axée sur la démarche bientraitante : la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.....	58
Paragraphe I : La capture <i>sensorielle</i> ® comme outil permettant de favoriser l'apaisement du résident.....	59
Paragraphe II : Les trois piliers de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.....	60
Paragraphe III : La verticalité comme outil de lutte contre la grabatisation.....	63
Paragraphe IV : La mise en place d'une toilette évaluative à l'écoute des besoins du résident.....	64
Paragraphe V : La place du label humanitude® : un gage de qualité pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	64

CHAPITRE II : Les outils spécifiques à la promotion d'une démarche bientraitante au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....66

Section I : L'existence d'un groupe de travail FORAP-HAS.....	66
Section II : Les outils de prévention du risque de maltraitance.....	67
Paragraphe I : L'outil nommé « Bientraitance en questions : évaluation individuelle des pratiques ».....	67
Paragraphe II : L'outil nommé « Tableau de bord de la bientraitance : cartographie des risques ».....	68
Section III : Les outils de management vers une démarche bientraitante	69
Paragraphe I : L'outil nommé « La bientraitance en situations de vie : outil d'animation des équipes ».....	69
Paragraphe II : L'outil nommé « Cahier des charges formation : outil d'aide à la décision ».....	70
Paragraphe III : L'outil nommé « Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte »	71
Section IV : Les outils d'évaluation et d'auto-évaluation des structures.....	72
Paragraphe I : L'outil nommé « Amélioration des pratiques de bientraitance : outil d'évaluation ».....	72

Paragraphe II : L'outil nommé les « Regards croisés sur la bientraitance : outil d'évaluation ».....	73
CHAPITRE III : L'accompagnement de l'encadrement : un outil d'amélioration des conditions de travail favorisant le bien-être de l'équipe pluridisciplinaire.....	74
Section I : La mise en place d'un livret d'accueil du personnel.....	74
Section II : Le rôle de l'encadrement : un accompagnement au quotidien de l'équipe pluridisciplinaire vers une amélioration des pratiques professionnelles.....	75
Paragraphe I : L'écoute et l'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire vers une amélioration des conditions de travail.....	75
Paragraphe II : L'amélioration des pratiques professionnelles : faciliter l'expression des professionnels grâce à la mise en place de temps d'échanges....	76
Section III : L'accompagnement psychologique face aux situations de mal-être professionnel	77
Paragraphe I : Le soutien de l'encadrement comme outil de promotion du bien-être des professionnels	78
Paragraphe II : La nécessité pour le professionnel de trouver un sens à sa profession.....	79
Paragraphe III : Des solutions proposées afin de lutter contre l'épuisement des professionnels.....	80
CONCLUSION.....	81
TABLE DES MATIERES.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	87
ANNEXES.....	95
ANNEXE 1 : Attestation de fin de formation Gineste-Marescotti®	
ANNEXE 2 : Exemple de grille AGGIR (Hébergement en institution)	
ANNEXE 3 : Fiche « goûts et réticences alimentaires » (MobiQual)	
ANNEXE 4 : Toilettes séquentielles en méthodologie de soin Gineste-Marescotti®	
ANNEXE 5 : Le cerveau sensitif (Gineste-Marescotti®)	
ANNEXE 6 : Classification Gineste-Marescotti® des personnes aidées	
ANNEXE 7 : La toilette évaluative (Gineste-Marescotti®)	

BIBLIOGRAPHIE

• Ouvrages généraux

- Dictionnaire Latin Français Gaffiot, Hachette Education, 2001.
- Dictionnaire Le Robert, 2020, 2144 pages.
- Dictionnaire Le petit Larousse illustré, 2020, 2048 pages.
- Ordre des médecins, *Le serment d'Hippocrate*, 2012.
- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, New York, 1946, et entré en vigueur en 1948.

● Ouvrages spéciaux

- Aymot (Jean-Jacques), Villez (Alain), *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*, Dunod, 2001, 216 pages.
- Bobin (Christian), *La présence pure*, Gallimard, 2008, 224 pages.
- Boyer (Hervé), *La fonction de cadre de santé*, Erès, 2010, p.62, 144 pages.
- Brillat-Savarin (Jean-Anthelme), *Physiologie du goût*, Hermann, 1981, 416 pages.
- Brunetière (Jean-René), Dubuisson (Fabienne), *Angélique : un outil pour s'évaluer*, Fondation Nationale de Gérontologie, 2001, 272 pages.
- Canoui (Pierre), Mauranges (Aline), *Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Elsevier Masson, 2008, 192 pages.
- Gambarelli (François), Grenier (Corinne), « *Peut-on gérer l'image corporate pour impliquer les parties prenantes ? Le cas des maisons de retraites* », Association de Recherches et Publications en Management, 2011, 136 pages.
- Gineste (Yves), Marescotti (Rosette), Pellissier (Jérôme), *L'humanité dans les soins*, Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2008, 100 pages.
- Grison (Agnès), Rapoport (Danielle), *La bien-traitance envers l'enfant*, Belin, 2017, 203 pages.
- Hervy (Bernard), *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Editons ENSP, 2003, 159 pages.
- Hugonot (Robert), *La vieillesse maltraitée*, Dunod, 1998, 232 pages.
- Job (Marie-Françoise), *De la maltraitance à la bien-traitance des personnes âgées*, Lamarre, 2010, 218 pages.

- Kant (Emmanuel), *Fondement pour la métaphysique des moeurs*, Lgf, 1993, 256 pages.
- Laroque (Pierre), *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, Paris, L'Harmattan, 1962.
- Maslow (Abraham), *Motivation and Personality*, Third Edition, 1954, 411 pages.
- Rabelais (François), *Pantagruel*, Editions Flammarion, 1532, 224 pages.
- Ramond (Denis), « *La liberté d'expression : De quoi parle-t-on ?* », Presses de Science Po, 2011, 236 pages.
- Tomkiewicz (Stanislas), Vivet (Pascal), *Aimer mal, châtier bien*, Paris, Seuil, 1991, 303 pages.

● **Texte international**

- Résolution 66/127 de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies du 19 décembre 2011, suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement.

● **Lois**

- 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°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

● **Décrets**

- Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret n°2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

● **Circulaires**

- Circulaire n°2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance.
- Circulaire n°DHOS/RH4/2009/215 du 15 juillet 2009 relative aux axes et actions de formation prioritaires.

● **Rapports/ Etudes**

• **DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)**

- « *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches* », 2011.
- Enquête EHPA « *85 ans : l'âge moyen d'entrée en établissement pour personnes âgées* », 2021.

• **EHESP (Ecole des hautes études en santé publique)**

- Champetier (Gil), « *Promouvoir la bientraitance à l'EHPAD de la Croix d'argent* », EHESP, 2009.
- Daugan (Stéphanie), « *Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel* », EHESP, 2013.
- Page (Sylvie), « *Livret d'accueil en EHPAD : Rôle, usage et sens* », EHESP, 2010.
- Plamondon (Louis), « *Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques* », EHESP, 2000.

• **Haute Autorité de Santé**

- Promouvoir la bientraitance, un guide à destination des professionnels de santé, « *Lien entre politique de bientraitance et implication du management* », 2002.
- « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* », 2008.
- La prévention de la maltraitance, « *Grille d'autocontrôle de mes pratiques professionnelles* », 2012.
- Le déploiement de la bientraitance, « *Guide à destination des professionnels de santé et EHPAD* », 2012.
- Outil d'animation d'équipe, « *La bientraitance en situation de vie* », 2012.

- « *Guide de l'animateur pour la mise en oeuvre de la cartographie des risques de maltraitance* », 2012.
- Outil d'aide à la décision, « *Appel à cahier des charges de formation* », Réseau Qualisanté, 2012.
- « *Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte* », 2012.
- Auto-évaluation, « *Evaluation de la promotion de la bientraitance* », 2012.
- « *Dispositif de certification V2020 : référentiel de certification* », 2019.

- **Haute Comité de la santé publique**

- *Rapport violence et santé*, 2004.

- **INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)**

- « *Espérance de vie / Espérance de vie à la naissance / Espérance de vie à 60 ans* », 2021.

- **Ministère des Solidarités et de la Santé**

- « *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur* », 2006-2010.
- « *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance* », 2007.
- « *L'espace SNOEZELEN* », 2011.
- « *Diététicien* », 2012.
- « *Orientations prioritaires de la politique nationale* », 2015.
- « *Rapport bénéfice/risque* », 2016.
- « *Maintien de l'autonomie et du bien-être des personnes âgées* », 2017.
- « *Commission pour la lutte contre la maltraitance et le promotion de la bientraitance* », 2020.
- « *A quoi sert le conseil de la vie sociale ?* », 2020.
- « *Journée Mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées* », 2021.
- « *Comment le GIR est-il déterminé ?* », 2021.

- **Autres**

- Comité de pilotage de l'opération pouponnières, 1978.
- Discours Jacob (Christian), Ministre délégué à la famille, 2003.
- EHPAD Gaston Chargé, Les Termelles, *Livret d'accueil du personnel*, 2016.

- Sainsaulieu (Renaud), Données sociales hospitalières, synthèse 2002, « *hôpital local, lieu de travail* », 2002.
- Témoignage Rastoul (Jacques), « *Trouver, dans le dialogue, des solutions aux dysfonctionnements collectifs* », 2020.

● **Revue**

- Juet (Paola), Terrenoir (Vincent), « *Violence en Ehpad, un tabou ?* », Revue hospitalière de France, 2019.

● **Articles**

• **Associations**

- Hugonot (Robert), Film « *Comment maltraiter un vieillard en institution en 10 leçons* », Editeur ALMA France, 2004.
- Bientraitance, « *L'association AFBAH change de nom pour devenir HABEO* », 2011.
- France Alzheimer, « *Comment faire face au deuil blanc ?* », 2018.
- Fondation Médéric Alzheimer, France Alzheimer, « *Renforcer le rôle et la place des familles en établissements* », 2019, 32 pages.
- République Française, « *Associations faisant intervenir des bénévoles* », 2020.

• **Le Figaro**

- Le Figaro, citation de Walpole (Horace), 1717-1797.

• **Le Parisien**

- Le Parisien, citation de Ford (Henry), 1863-1947.

• **L'aide Soignant**

- Bulletin, *La violence en institution pour personnes âgées*, 1997.

Autres

- Berg (Nicolas), Giet (Daniel), Moreau (Anne), *La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société*, 2005.

- Bigot (Jessica), « *La visite de pré—admission en EHPAD, en quoi et pour qui est-ce une étape décisive ?* », 2015.
- De breton de longueau (Diane), *Rôles et connaissances du médecin généraliste dans la maltraitance des personnes âgées résidants en EHPAD*, 2014.
- Fillion (Emmanuelle), *La bientraitance en EHPAD : Une approche de sensibilisation du personnel*, 2012.
- Penin (Francis), *Dépistage et prévention de la maltraitance des personnes âgées*, 2012.

● **Instituts de formation**

- Institut de formation en soins infirmiers du Centre hospitalier Sud-Francilien, « *La maltraitance des personnes âgées* », 2006.
- Institut de formation Joël Savatofski, Ecole européenne du Toucher-massage®, 2016.

• **CODES (Cours d'esthétique à option humanitaire et sociale)**

- La socio-esthétique, *L'esthétique à caractère humanitaire et social*.
- Faderne (Nathalie), *Les soins socio-esthétiques en Ehpap*, 2019.
- *La socio-coiffure : la coiffure comme soin*.

• **EMGE (Equipe mobile gériatrique externe)**

- « *Aidant en EHPAD, quelle est ma place ?* », 2018.

• **GRIEPS (Organisme de formation continue pour professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux)**

- Dossier pédagogique, « *Développer la bientraitance et prévenir la maltraitance* », Lyon, 43 pages.
- « *Personnes âgées : les comprendre et en prendre soin* », 2021.

• **Document pédagogique - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®**

- « *Quelques règles de l'art de la gérontologie moderne* », p.9.
- « *Le respect de chaque personne* », p.11.
- « *Caractéristiques du regard d'humanité* », p.15.
- « *Le ton d'humanité* », p.16.
- « *Caractéristiques du toucher « Les 4 P » : le toucher tendresse®* » p.17.

- « *La verticalité* », p.18.
- « *Classification Gineste-Marescotti des personnes aidées* » p.19.
- « *Les comportements d'agitation pathologique* » p.25.
- « *Algorithme d'intervention en prévention/pacification de CAP* », p. 26-27.
- « *Le cerveau sensitif* », p.29.
- « *Toilettes séquentielles en méthodologie de soin Gineste-Marescotti* », p.30.
- « *La toilette évaluative* », p.31.

● **Sites internet**

• **Agence Régionale de Santé**

- *Le manger-mains ou Finger-food*, 2012.
- *Conseil de la vie sociale*, 2021.

• **ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux):**

- *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2008.
- *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, 2009.
- *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, janvier 2012.
- *Enquête Bientraitance des personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Analyse des résultats nationaux*, 2015.
- *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement*, 2018.

• **Assurance Maladie**

- *Référentiel qualité, Gestion du risque maltraitance*, 2009.

• **MobiQual (Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles)**

- *Nutrition/dénutrition, Alimentation de la personne âgée, Fiche « goûts et réticences alimentaires ».*

- **Service public**

- « *Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », 2020.
- « *Qu'est-ce que la grille AGGIR ?* », 2020.
- « *Maltraitance d'une personne âgée : que faire ?* » 2020.

- **Autres**

- ALMA Paris (Allo maltraitance des personnes âgées).
- Dictionnaire Néerlandais-Français.
- FORAP (Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé).
- Humanright, « *Maltraitance contre les personnes âgées, un tabou* », 2021.
- Le Label Humanitude, Gage de bienveillance.
- L'humanité en quelques chiffres.
- Label *établissement Bien traitant*®, L'outil pertinent pour développer la culture de la Bienveillance auprès de tous les acteurs.
- Numéro unique « 3977 », Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap.

ANNEXES

ANNEXE 1 :



ATTESTATION DE FIN DE FORMATION

Article L. 6353-1 du Code du Travail

Eternis formation atteste que

Madame ou Monsieur GRYMONPREZ SÉGOLENE

a suivi la formation

Méthodologie de soin Gineste – Marescotti®
Equipes soignantes du secteur sanitaire et médico-social

d'une durée de 28 heure(s) sur 4 jours - du 14/06/2021 au 17/06/2021

Objectif de la formation :

- Acquérir les outils de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti® pour promouvoir la bientraitance au quotidien.
- Comprendre et prévenir les comportements d'agitation pathologique (CAP).
- Savoir utiliser le regard, la parole, le toucher comme outil de communication dans le soin.
- Acquérir des savoir faire en mobilisation et manutention relationnelle vers la verticalité.
- Savoir évaluer la toilette de la personne aidée (toilette évaluative).
- Acquérir une méthodologie de soin qui situe chaque intervention dans la ligne philosophique déterminée par les projets d'accompagnement personnalisé

Évaluation des acquis de la formation :

Madame GRYMONPREZ S.
 Monsieur _____

a été évalué(e) au regard des objectifs de formation par le formateur agréé(e) Humanitude, _____
S. FERRY, rappelés ci-dessus et a acquis des connaissances / compétences suivantes :

ACQUIS NON ACQUIS
 EN COURS D'ACQUISITION NON ÉVALUÉ(E)

Pour servir et faire valoir ce que de droit. Aucun duplicata ne sera délivré.

Document à conserver par l'apprenant sans limitation de temps.

Fait à PARIS le 17.06.2021

Annie de Vivie,
Directrice Eternis formation

Institut Gineste-Marescotti
ETERNIS FORMATION
19 rue d'Enghien - 75010 PARIS
Tél. : 01 42 46 65 00
SIRET : 50876284600055 - Code APE : 8559A
FPC : 11754722375



Institut Gineste – Marescotti Ile de France / Grand-est / Sud-Ouest / Nord
19 RUE d'Enghien 75010 Paris, Siret 50876284600055, Eternis Formation : n°d'activité 11754722375 enregistré auprès
du Préfet de région Ile de France, Code APE : 8559A organisme de DPC habilité à dispenser des programmes DPC n°2743

ANNEXE 2 :

PLAN RETRAITE

Pour BIEN CHOISIR ...
... sa maison de retraite
Un EXPERT au bout du fil pour
une réponse IMMEDIATE et PRECISE



GRILLE AGGIR (HÉBERGEMENT EN INSTITUTION)

		C	B				A	A, B ou C
		NE FAIT PAS	S	T	C	H	Aucun adverbe ne pose problème	
Transferts		<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
Déplacements	à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
	bas	<input type="checkbox"/>						
Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
	fécale	<input type="checkbox"/>						
Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
	moyen	<input type="checkbox"/>						
	bas	<input type="checkbox"/>						
Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
	manger	<input type="checkbox"/>						
Alerter		<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
Déplacements	à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>						
Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					
	comportement	<input type="checkbox"/>						

CALCUL EN LIGNE DU GIR sur <http://www.ibou.fr/aggir/grille.php>

GIR :

Pour chaque variable, il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité (case à cocher), puis en fonction de la réponse aux adverbes, de coder la variable par A, B ou C :

NE FAIT PAS codé C : si la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si cette case est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes.

S T C H codés B : Activité en partie réalisée par la personne seule. Dans ce cas identifier les adverbes qui rendent indispensables l'intervention d'un tiers. S : Ne fait pas Spontanément / T : Ne fait pas Totalement / C : Ne fait pas Correctement / H : Ne fait pas Habituellement

Aucun Adverbe ne pose problème codé A : Activité réalisée en totalité et correctement chaque fois que nécessaire à la seule initiative de la personne. Si cette case est cochée, les 5 cases qui précèdent ne sont pas cochées.

ANNEXE 3 :

GOÛTS ET RÉTICENCES ALIMENTAIRES

Demandez à chacun quelles sont ses habitudes alimentaires

Nom :	Prénom :			
Date :	Sexe :	Âge :	Poids (kg) :	Taille (cm) :

QUE MANGEZ-VOUS OU BUVEZ-VOUS QUAND VOUS VOULEZ VOUS FAIRE PLAISIR ?	Oui	Non
Viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gâteaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialités régionales ou autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café à la fin du repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUE N'AIMEZ-VOUS PAS MANGER OU BOIRE ?	Oui	Non
Êtes-vous allergique à certains aliments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?		

Pour quels aliments éprouvez-vous une réticence particulière ?		

QUELLES SONT VOS HABITUDES ?
Avez-vous des habitudes pour les horaires de vos repas ?
- petit-déjeuner : _____
- déjeuner : _____
- goûter : _____
- dîner : _____
Avez-vous l'habitude de goûter ? Si oui, qu'avez-vous l'habitude de prendre pour le goûter ?

Que prenez-vous habituellement pour votre petit-déjeuner ?

Avez-vous des habitudes liées à une pratique religieuse ou autre : consommation de porc, régime végétarien, habitudes régionales, etc. ?

Avez-vous l'habitude de pratiquer un régime particulier, si oui, lequel ?

GOÛTS ET RÉTICENCES ALIMENTAIRES

Demandez à chacun quelles sont ses habitudes alimentaires

GOÛTS ET RÉTICENCES ALIMENTAIRES

La grille au verso permet de cerner les habitudes alimentaires de la personne.

- Notez ces éléments dans le dossier lors de son admission.
- N'oubliez pas de lui reposer ces questions au fil du temps, les goûts et réticences peuvent changer !
- Devant tout refus de manger, pensez à demander à la personne si elle apprécie ce que vous lui proposez...

ANNEXE 4 :

TOILETTES SÉQUENTIELLES EN MÉTHODOLOGIE DE SOIN GINESTE-MARESCOTTI

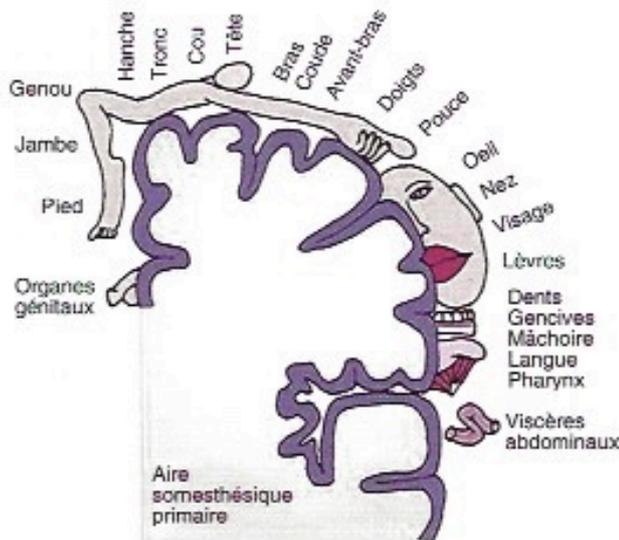


Rappel : Une relation privilégiée entre la personne et le soignant peut amener à utiliser une autre séquence.

Et n'oublions pas : la meilleure séquence, sauf contre-indication médicale ou objectif prioritaire (hygiène, etc.), est celle que préfère la personne.

ANNEXE 5 :

LE CERVEAU SENSITIF



L'homonculus sensitif

L'homonculus sensitif est modelé en proportion de la taille des différentes zones du cortex cérébral correspondant aux différentes parties du corps.

Sur le cortex cérébral, les zones de la bouche et des mains sont représentées de manière démesurée. En effet, la densité en récepteurs tactiles est beaucoup plus importante dans ces zones que dans le reste du corps, ce qui en fait les parties les plus sensibles chez l'être humain.

L'acuité au toucher diffère selon les parties de notre corps

Parties du corps / Distance minimale entre deux points perceptibles

Bout de la langue	1 mm
Dos de la main	1,5 mm
Bout des doigts	2 mm
Front	2,5 cm
Cuisse	7 cm

ANNEXE 6 :

**CLASSIFICATION
GINESTE-MARESCOTTI
DES PERSONNES AIDÉES**

PROFIL	EVALUATION DES CAPACITÉS DE VERTICALISATION	TYPE DE SOIN TOILETTE	À FAIRE	DÉPLACEMENT
HOMME DEBOUT (HD)	Se déplace seul	<ul style="list-style-type: none"> • Douche • Lavabo debout 	Aide dans la sollicitation	Seul ou accompagné
HOMME DEBOUT-ASSIS (HD-A)	Capable de rester debout ≥ à 40 secondes	<ul style="list-style-type: none"> • Chaise Douche (DaDa) • Lavabo (DaDa) 	Être debout le plus longtemps possible	Aidé, fractionné à 1 ou 2 soignants
HOMME ASSIS-DEBOUT (HA-D)	Capable de rester debout mais < à 40 secondes	<ul style="list-style-type: none"> • Chaise Douche • Mixte : Lavabo-lit / minimum au lit, puis lavabo (dAdA) • Verticalisateur (dAdA) 	Proposer le plus possible de temps de verticalisation avec l'objectif d'être à + de 40 sec.	<ul style="list-style-type: none"> • Aidé, fractionné à 1, 2 ou 3 soignants • En fauteuil
HOMME ASSIS-ALLONGÉ (HA-A)	La verticalisation n'est pas possible	<ul style="list-style-type: none"> • Mixte : Lavabo-lit / minimum au lit • Douche au lit • Chariot douche 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la verticalisation du buste le plus longtemps possible - mobilisation quotidienne de toutes les articulations • Utiliser les autres capacités (ex membres supérieurs) 	En fauteuil
HOMME ALLONGÉ (HA)	Ne peut pas être debout ou assis	<ul style="list-style-type: none"> • Douche au lit • Chariot douche • Toilette au lit 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser toutes les articulations quotidiennement. • Utiliser toutes les autres capacités évaluées. 	• Position allongée

Le bain n'entre pas dans ces catégories. Ce dernier peut être donné à toute personne suivant le matériel disponible. Il est souvent utilisé comme moyen de détente.

ANNEXE 7 :

humanitude
FORMATIONS

Date de la toilette évaluative / /

Prochaine toilette évaluative / /

Nom

Prénom

TOILETTE EVALUATIVE /PRESCRITE

Toilette évaluée par (noms)

Toilette prescrite par (nom et signature)

CLASSIFICATION GINESTE-MARESCOTTI DES PERSONNES AIDÉES

Homme Debout Homme Debout Assis Homme Assis-Debout

Homme Assis-Allongé Homme Allongé

TOILETTE PRINCIPALE

TOILETTE SECONDAIRE ET PERIODICITÉ

OBJECTIF(S) GÉNÉRAL(AUX)

ACTIONS A FAIRE OU A GUIDER (Quoi et avec quoi ?)
Maximum 3 actions

CONDITIONS DE RÉALISATION (Comment ?)
Maximum 3 conditions

Nombre de soignants Heure du soin

CALENDRIER

Marquer d'une croix si les actions sont réalisées, marquer « NON » si elles ne sont pas réalisées

1°	2°	3°	4°	5°	6°
7°	8°	9°	10°	11°	12°
13°	14°	15°	16°	17°	18°
19°	20°	21°	22°	23°	24°
25°	26°	27°	28°	29°	30°