



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2009**

**Promouvoir la bientraitance à l'EHPAD
de la Croix d'argent**

Gil Champetier

Remerciements

Je remercie tout particulièrement mon maître de stage, mademoiselle Elsa Ferrando, directrice de la maison de retraite de la Croix d'argent, de m'avoir fait partager son expérience et qui m'a utilement conseillé et soutenu tout au long de ces huit mois.

Merci à madame Martine Ivorra, cadre de santé, qui a bien voulu mobiliser l'ensemble des personnels soignants de l'établissement afin de m'aider à réaliser ce mémoire professionnel et qui a patiemment répondu à toutes mes questions et interrogations.

Merci aussi à mademoiselle Myriam Abergel, psychologue, de sa participation à la mise en place d'une culture de la bientraitance et dont j'ai apprécié la volonté de mettre en oeuvre des méthodes innovantes au service d'une prise en charge humaniste et personnalisée des résidents.

Merci également à l'ensemble des personnels de la maison de retraite de la Croix d'argent qui ont accepté de m'accorder une partie de leur temps afin de me faire partager leurs expériences et d'avoir participé à la mise en place de la démarche de bientraitance.

Enfin, un grand merci à tous les résidents avec lesquels j'ai partagé des moments privilégiés et dont j'espère avoir contribué à améliorer le bien être tout au long de ces huit mois de stage.

Sommaire

Introduction	1
1 Maltraitance/bienveillance : deux notions opposées mais qui engendrent des politiques publiques complémentaires.....	5
1.1 La maltraitance en institution : définition du concept	6
1.1.1 Les diverses formes de maltraitance	6
1.1.2 La maltraitance concernant les personnes âgées : quelle spécificité?	8
1.2 Les outils juridiques permettant de lutter contre la maltraitance	9
1.2.1 Le signalement des actes de maltraitance.....	9
1.2.2 Les sanctions pénales et administratives	11
1.3 La mise en place d'une fiche de signalement des actes de maltraitance	12
1.3.1 Les objectifs	13
1.3.2 La méthodologie choisie	14
1.4 La notion de bienveillance	15
1.4.1 L'émergence de la notion de bienveillance	15
1.4.2 Les contours de la notion.....	16
2 L'état des lieux concernant la bienveillance à la maison de retraite de la Croix d'argent.....	19
2.1 Projection du film « 24 heures de la vie d'un EHPAD » de Marie-Claude Schultz	20
2.1.1 Le contenu du film et sa projection	20
2.1.2 Les débats et les impressions des personnels	21
2.1.3 Les questions ouvertes	21
2.1.4 Analyse des réponses données par les agents	22
2.2 Les questionnaires	24
2.2.1 Elaboration des questionnaires.....	24
2.2.2 La méthodologie	25
2.2.3 Analyse des réponses.....	26
2.3 Les questions ouvertes.....	31
2.3.1 Elaboration des questions.....	31
2.3.2 Analyse des réponses.....	33

3	L'élaboration d'un plan d'action promouvant la bientraitance adapté à l'EHPAD de la Croix d'Argent.....	39
3.1	La réalisation d'une charte de bientraitance	39
3.1.1	Les principes fondateurs de la charte de bientraitance	40
3.1.2	Le contenu de la charte de bientraitance	42
3.2	Une démarche prospective : l'établissement de préconisations destinées à pérenniser et à approfondir la culture de bientraitance	43
3.2.1	Une prise en charge personnalisée matrice de la culture de bientraitance	44
3.2.2	Une politique de formation axée sur la bientraitance	50
3.2.3	L'adaptation des outils institutionnels	54
	Conclusion	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFPAP : association française de protection et d'assistance aux personnes âgées
AGGIR : grille nationale autonomie gérontologie groupe iso-ressources
ALMA : association « allo maltraitance »
AMP : aide médico-psychologique
ANESM : association nationale de l'évaluation sociale et médico sociale
ANGELIQUE : application nationale pour guider une évaluation interne de la qualité
APA : allocation pour l'autonomie
AS : aide soignant
ASH : agent des services hospitaliers
CA : conseil d'administration
CAP : commission d'administration paritaire
CASF : code de l'action sociale et des familles
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNESMS : conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CTP : comité technique paritaire
CVS : conseil de la vie sociale
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DOMINIC : dotation minimale de convergence
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
EHESP : école des hautes études en santé publique
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR : groupe iso-ressources
GMP : gir moyen pondéré
HAS : haute autorité de santé
IASS : inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
IDE : infirmière diplômée d'Etat
IGAS : inspection générale des affaires sociales
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
MARTHE : mission d'aide de la réforme de tarification d'hébergement en établissement
MISP : médecin inspecteur de santé publique
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
USLD : unité de soins de longue durée

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. »

R. SAINSAULIEU

La violence faite aux personnes âgées dépendantes est l'objet de multiples attentions et préoccupations : de la part des établissements et services qui accompagnent au quotidien les personnes vulnérables, de la part des pouvoirs publics dans leur double rôle de responsables de la mise en œuvre des politiques publiques et de contrôle des structures, de la part des journalistes enfin, toujours réactifs face à de tels faits.

Ces violences englobées dans le terme de maltraitance ont permis d'enrichir le vocabulaire de la langue française ; en effet, le mot maltraitance est d'apparition récente. Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, indique la date de 1987. Cette notion est développée la même année au niveau européen dans le rapport « violences contre les personnes âgées au sein de la famille » (Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1987). Les mots violence et maltraitance sont souvent utilisés l'un pour l'autre et la définition de la violence proposée par le Conseil de l'Europe est la suivante : *« la violence se caractérise par tout acte ou omission par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »*

En France, la problématique de la maltraitance des personnes âgées a été prise en compte très tardivement, en comparaison avec le Canada, la Norvège et la Grande Bretagne, pays dans lesquels ce problème a fait l'objet de politiques publiques dès le début des années 80. Ce n'est qu'en 1969 que la maltraitance des personnes âgées suscite l'attention avec Robert Hugonot, professeur de médecine gériatrique, qui fonde le Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie de l'université des sciences sociales de Grenoble. Il est associé à des réflexions sur les « sévices au sein de la famille » dans le cadre d'une commission de travail au Conseil de l'Europe ; il éditera un premier ouvrage : « violences contre les vieux »¹ dès 1990 dans lequel il émet les premières préconisations face à la maltraitance des personnes âgées.

¹ HUGONOT R. *Violence contre les vieux*. Toulouse : Erès, 1990.

La notion de bientraitance est encore plus récente : apparue dans le courant des années 90 au sein du comité de pilotage ministériel de « l'opération pouponnières », opération qui visait à l'humanisation de l'accueil des très jeunes enfants dans les structures d'accueil de la petite enfance.

En 2000, la notion de bientraitance a gagné les structures pour personnes âgées. Néanmoins, si la pratique existe, le mot bientraitance est un néologisme qui n'est pas encore admis par les linguistes². A l'occasion d'un discours de novembre 2003, C. Jacob, ministre délégué à la famille de l'époque, a donné du concept de bientraitance la définition suivante : « **Art et manière de promouvoir le respect de la personne âgée et de son bien être à travers des actions concrètes** ».

La bientraitance se définit donc d'abord par une **approche positive de la prise en charge de la personne âgée dépendante et se matérialise par des gestes et attitudes concrets qui donnent un sens au travail des personnels des EHPAD** ; c'est aussi une culture qui doit être mise en œuvre au sein des établissements et qui considère que l'usager dans toute sa vulnérabilité reste et demeure une personne³. Il apparaît ainsi un changement de logique : la lutte contre la maltraitance, longtemps envisagée sous l'angle de la répression fait place à une approche complémentaire qui ne s'oppose pas à la lutte contre la maltraitance mais qui la complète par la mise en place d'une culture professionnelle intégrant la promotion de la bientraitance.

Toutefois, certains auteurs regrettent que la promotion de la bientraitance mette davantage l'accent sur les normes et les procédures que sur la recherche d'une prise en charge de la personne qui intégrerait davantage sa dimension humaine et affective. En effet, Eliane Corbet, docteur en psychopédagogie, se demande si l'abandon de la référence à la prévention de la maltraitance ne conduit pas « *à une sorte d'euphémisation au risque de perdre l'intention de vigilance et l'attention à l'autre qui ne se résolvent pas par les seuls modes procéduraux*⁴ ».

Lutter contre la maltraitance, promouvoir la bientraitance, incombent à chaque professionnel mais le rôle du chef d'établissement est déterminant dans le sens où il est à la fois responsable de la bonne marche de la structure⁵ et élément moteur du changement avec une action qui s'inscrit dans le cadre d'une politique nationale et locale.

² MANCIAUX M., « de la maltraitance à la bientraitance » ADSP, juin 2000, N°31, P 63-65.

³ Pr DEBOUT MICHEL, Chef de service de médecine légale du CHU de Saint-Etienne. Rapporteur du groupe de travail « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées », 2001

⁴ CORBET ELIANE, CREAI Rhône-Alpes, juin 2004

⁵ Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux, article 2

Le choix du thème de ce mémoire professionnel a été effectué sur proposition de mon maître de stage ; en effet, la maison de retraite de la Croix d'argent a dû faire face à des cas de maltraitance qui ont donné lieu à quatre conseils de discipline en moins d'une année.

L'objectif qui m'était assigné était double : effectuer un travail visant à prévenir la maltraitance d'une part, et, d'autre part, promouvoir la bientraitance en « produisant » des actions concrètes, pratiques et mesurables.

Pour mener à bien cette mission, j'ai choisi de séquencer la tâche en trois étapes successives ; de prime abord, commencer par un travail conceptuel concernant les deux notions de maltraitance et de bientraitance afin de démontrer que la mise en place d'une culture de la bientraitance complète une politique résolue contre les actes maltraitants, tâche qui peut apparaître théorique à priori, mais qui est à mon sens indispensable pour savoir finalement de quoi on parle lorsque ces termes sont évoqués et qui s'est d'ailleurs traduite par la réalisation d'une fiche de signalement des actes de maltraitance (1) ; ensuite, dans un deuxième temps, j'ai établi un état des lieux concernant la maltraitance dans la structure afin de prendre la mesure du phénomène au sein de l'établissement en fondant ce diagnostic sur mes observations, des questionnaires et des questions ouvertes adressés aux agents ainsi que par la projection d'un film réalisé sous l'égide de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie : « 24 heures de la vie d'un EHPAD » de Marie-Claude Schultz (2) ; le diagnostic établi, j'ai élaboré un plan d'action visant à promouvoir la bientraitance spécifiquement adapté à la maison de retraite de la Croix d'argent en réalisant une charte de bientraitance, et j'ai ensuite proposé des préconisations destinées à pérenniser et approfondir le travail effectué pendant le stage professionnel (3).

Tout au long de ce stage, mon principal souci a été de privilégier l'action afin d'aboutir à des résultats concrets, mesurables et de mettre en place des outils permettant, sinon de régler définitivement la problématique de la maltraitance au sein de l'EHPAD de la Croix d'argent, au moins d'avoir largement contribué à améliorer la situation initiale précédant mon arrivée et ainsi d'avoir apporté une réelle « plus value » à l'établissement.

1 Maltraitance/bienveillance : deux notions opposées mais qui engendrent des politiques publiques complémentaires

Les deux notions, maltraitance et bienveillance apparaissent au premier abord comme deux notions complètement et irrémédiablement opposées ; en effet, la maltraitance renvoie à des comportements et des actions qui échappent au cadre traditionnel du professionnel travaillant dans une structure gériatrique et qui ont pour cause une intention malveillante ou, dans la plupart des cas, un épuisement professionnel (le burn out) ou tout simplement une charge de travail trop importante.

La bienveillance est au contraire une véritable culture professionnelle se traduisant concrètement par un comportement bienveillant à l'égard de la personne âgée. Elle contribue à éviter une focalisation sur les seuls mauvais traitements, en ouvrant sur les conditions d'une prise en charge réussie, appréciée et personnalisée.

Pourtant, les deux notions sont en fait complémentaires : la mise en place d'une culture de la bienveillance 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.

Lorsqu'il est fait allusion aux comportements maltraitants, la principale image qui vient à l'esprit est celle de violences physiques ou verbales à l'encontre de la personne âgée dépendante ; c'est d'ailleurs cette image qui est la plus souvent présente pour nos concitoyens. Pourtant, les actes violents sont finalement assez rares et la maltraitance est plus souvent insidieuse. En effet, nous verrons que le plus souvent les actes maltraitants relèvent de négligences et surtout d'indifférence.

Ainsi, il est important de commencer par analyser quel est le contenu des comportements maltraitants c'est-à-dire de savoir précisément quelle est leur réalité et ce qu'ils recouvrent.

Pour un chef d'établissement, la connaissance de la réalité des actes maltraitants est indispensable ; il est aussi important de connaître les sanctions administratives et pénales qui répriment ces actes. Je précise qu'il ne s'agit pas d'une partie seulement théorique car l'étude des textes sanctionnant les comportements maltraitants m'a permis de réaliser une fiche d'incident maltraitance sur mon lieu de stage.

Enfin, après avoir défini les actes maltraitants, j'aborderai le concept de bienveillance en indiquant comment cette notion a émergé et quels en sont ses contours.

1.1 La maltraitance en institution : définition du concept

La violence est dénoncée par tous. Les professionnels, les premiers, reconnaissent que la maltraitance existe même si parfois ils en minimisent les effets. Pour autant, un véritable malaise semble s'installer dans les institutions, car les contours de la maltraitance demeurent flous. Il est très rare que le but de certains professionnels est de « vouloir faire du mal aux usagers ». S'il existe des exemples, tous plus sordides les uns que les autres, il n'en demeure pas moins que s'engager dans une relation auprès des personnes âgées dépendantes nécessite une certaine disposition relationnelle et psychoaffective. Il appartient au chef d'établissement de veiller à maintenir en éveil ces dispositions.

1.1.1 Les diverses formes de maltraitance

Les maltraitances concernant les personnes âgées peuvent prendre des formes très diverses. Les actes violents qu'on peut qualifier d'actifs sont relativement rares ; en revanche, les multiples actes de négligence sont plus discrets et donc plus difficiles à détecter.

Selon le Haut Comité de la Santé Publique, on peut distinguer sept grands types de maltraitance envers les personnes âgées⁶ :

- 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.

La classification du Conseil de l'Europe en 1992, plus ancienne, apporte quelques précisions supplémentaires :

⁶ Haut comité de la santé publique, rapport violence et santé, mai 2004, 190 p.

- 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.

Stanislas Tomkiewicz et Pascal Vivet⁷ au travers de leur livre « aimer mal châtier bien » distinguent deux dimensions fondamentales des violences institutionnelles :

Les violences en relief : ce sont celles qui n'échappent pas au regard de tous. Elles concernent les actes délibérés des professionnels relatifs à la privation, aux assauts physiques ou sexuels. Celles-ci sont généralement facilement repérables et plus facilement dénoncées. Dans la plupart des cas elles sont le fait d'actes de professionnels isolés car il est rare que toute une équipe soit maltraitante.

Les violences en creux : ce sont les violences qui présentent un caractère insidieux comme par exemple, oublier lors d'un repas avec un résident que l'on doit nourrir, qu'il nous écoute, nous entend et donc ne pas s'adresser à lui mais parler avec un collègue des ses soucis personnels, voire des conflits entre membres du personnel. Cette attitude professionnelle n'est pas délibérée, elle n'est pas intentionnelle, elle est simplement prise dans la routine du quotidien.

⁷ TOMKIEWICZ S., VIVET P. (1991) *Aimer mal, châtier bien, enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Paris, SEUIL

1.1.2 La maltraitance concernant les personnes âgées : quelle spécificité?

Louis Plamondon⁸ indique que les études relatives à la question de la violence envers les personnes âgées « *mettent toutes en évidence que les caractéristiques des victimes dans la communauté sont les suivantes : 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 accentuent la dépendance, donc la vulnérabilité* ».

Ainsi, la vulnérabilité des personnes âgées en raison de leur fragilité physique, intellectuelle et psychologique mais aussi en raison de leur isolement voire de conditions économiques difficiles est une première spécificité.

Pour Robert Hugonot, le facteur premier de la victimisation est la faiblesse : « *faiblesse qui expose les enfants, les femmes, les handicapés et les vieillards* », mais il existe aussi selon lui des facteurs seconds parmi lesquels l'isolement ou, au contraire, la proximité excessive, et la possession voire la richesse⁹.

L'image de la vieillesse renvoie aussi aux soignants et aux personnels travaillant dans les EHPAD une image qui peut paraître difficile voire insupportable ; elle peut aussi provoquer une angoisse liée à la dégradation de la personne et à la mort. Ces questions posent la problématique de l'image de la vieillesse et de la place de la personne âgée dans notre société.

Les actes de maltraitance sont difficilement quantifiables et nous ne disposons que de peu de statistiques concernant ce phénomène ; sur les trois dernières années, 935 signalements ont été reçus par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, pour 960 000 personnes accueillies dans les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées¹⁰.

En France, le numéro d'appel - le 3977 - mis en place dans le cadre du programme de lutte national du gouvernement contre la maltraitance a permis de recenser, depuis son lancement le 5 février 2008, environ 100 000 appels. Sur les 10 000 dossiers ouverts, 20 % correspondent à des maltraitances en institutions et 80 % à des maltraitances au

⁸ PLAMONDON, L. *violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques. Gérontologie et société. La maltraitance. Mars 2000, N° 92, p.122.*

⁹ HUGONOT R. *La vieillesse maltraitée, 2003.*

¹⁰ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, *circulaire en date du 15 octobre 2008 relative au renforcement des missions de contrôle et d'inspection au titre de la lutte contre la maltraitance.*

domicile privé. L'âge moyen des victimes est de 80-90 ans, contre 70 ans il y a quelques années, avant la mise en place des campagnes de sensibilisation. Le site internet d'un important journal national a récemment publié un article intitulé : «l'inquiétant succès du 3977, numéro pour les personnes âgées maltraitées». ¹¹

Notons toutefois que ce numéro n'a pas été créé pour les seules personnes âgées maltraitées, il a vocation à recueillir les appels concernant toutes les personnes vulnérables comme par exemple les personnes handicapées.

Pour Robert Hugonot, la plupart des maltraitements sont : «*occultées, dissimulées, secrètes, taboues et que, de ce fait, les chiffres d'aujourd'hui sont très faibles par rapport à la réalité du phénomène.*» ¹²

Par ailleurs, les personnes âgées expriment rarement leur plainte, leur souffrance, leur désarroi, par peur de gêner, de déranger, voire par peur des représailles. Il faut aussi noter le statut dévalorisé de la personne âgée dans nos sociétés occidentales «jeunistes» ; en effet, le vieillissement se présente comme un défi aux valeurs de productivité, d'efficacité et de beauté. De plus, les personnes âgées témoignent de notre condition de mortels, ce qui est insupportable dans des sociétés qui occultent socialement la mort et la dénie sur le plan psychologique.

1.2 Les outils juridiques permettant de lutter contre la maltraitance

Le terme de maltraitance ne constitue pas en lui-même une notion juridique, autrement dit, la maltraitance ne constitue pas en elle-même une infraction de droit pénal. Toutefois, le droit pénal permet une protection renforcée de la personne âgée dépendante **en aggravant les peines encourues par les auteurs d'une infraction pénale en raison de la vulnérabilité de la victime.**

Il est important de distinguer le signalement de l'infraction, constatée le plus souvent par un fonctionnaire, des peines encourues tant au niveau pénal qu'au niveau administratif.

1.2.1 Le signalement des actes de maltraitance

Plusieurs modes de détection sont possibles selon que le signalement vient d'un tiers, d'un professionnel, d'un anonyme, ou de la victime elle-même.

¹¹ www.liberation.fr, 14 juin 2009

¹² HUGONOT R. *ibid.*, P° 14.

Dans tous les cas la levée du silence s'avère nécessaire pour la victime, sa famille et les professionnels.

Il y a lieu de distinguer les obligations du fonctionnaire des obligations du citoyen.

Le fonctionnaire et notamment les directeurs d'établissements publics doivent aviser sans délai, à la fois le Procureur de la République et les services de la DDASS (circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales), tout en respectant la voie hiérarchique, des crimes et délits portés à sa connaissance. Le non respect de cette obligation constitue une faute disciplinaire. Cette obligation est également prévue par l'article L 40 du code de procédure pénale qui dispose : « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au Procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs* ».

Concernant les médecins, l'article 44 du code de déontologie médicale dispose que le médecin qui constate que la victime est un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, doit alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Cependant, les personnels des EHPAD et notamment les soignants sont soumis au secret professionnel et la violation du secret professionnel est punie d'une peine d'emprisonnement de un an et de 15 000 € d'amende (article L 226-13 du code pénal) ; la question qui se pose est de savoir quelles sont les limites du secret professionnel et si celui-ci est écarté en cas de maltraitance.

La réponse à cette question est donnée par l'article L 226-14 du code pénal qui dispose : « *l'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique...* ».

Ainsi, le secret professionnel ne peut s'appliquer en cas de maltraitance et, de surcroît, le fonctionnaire signalant des actes de maltraitance est protégé d'éventuelles sanctions par l'article L 313-24 du code de l'action sociale et des familles qui dispose : « *...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... ».

Le citoyen témoin d'un acte de maltraitance a le libre choix entre l'information des autorités judiciaires et l'information des autorités administratives.

L'article L 434-3 du code pénal dispose : « *le fait pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.* »

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret professionnel dans les conditions prévues à l'article L 226-13. »

1.2.2 Les sanctions pénales et administratives

Lors de la révélation d'une situation de maltraitance et après avoir réalisé une enquête interne visant à démontrer la réalité des faits et leur exactitude, le chef d'établissement doit engager une procédure disciplinaire. En principe, le directeur reste libre de prononcer la sanction qu'il juge appropriée et le fonctionnaire sanctionné a la possibilité d'effectuer un recours administratif.

Dans le cas où une procédure pénale est engagée, celle-ci ne lie pas la procédure disciplinaire : les deux procédures sont séparées : la décision du conseil de discipline n'entraîne pas de conséquences sur la décision du tribunal et inversement. Toutefois, si le juge pénal ne reconnaît pas la matérialité des faits, ils ne pourront pas l'être non plus par la procédure disciplinaire¹³.

En cas de faute grave, et c'est toujours le cas dans une situation de maltraitance, la suspension préalable de l'agent peut être prononcée au titre de l'article 30 du titre I du statut de la fonction publique qui dispose : « *le fonctionnaire suspendu conserve son traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et les prestations familiales obligatoires. Sa situation doit être définitivement réglée dans un délai de quatre*

¹³CE, 9 juin 1978, centre psychothérapeutique de la Haute Vienne, RDP 1979, p 288

mois. Si à l'expiration de ce délai aucune décision n'a été prise par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire, l'intéressé, sauf s'il fait l'objet de poursuites pénales, est réintégré dans ses fonctions.»

La suspension n'est pas une mesure disciplinaire, c'est une mesure conservatoire dont l'objectif est d'éloigner l'agent du service.

Les sanctions qui peuvent être prononcées contre un agent hospitalier sont énoncées à l'article 81 modifié de la loi du 9 janvier 1986. Ces sanctions sont réparties en quatre groupes et vont de l'avertissement à la révocation. Compte tenu de la gravité des faits, les actes maltraitants relèvent en principe des sanctions du deuxième et troisième groupe, c'est-à-dire les sanctions les plus lourdes.

Toutefois, la sanction doit être proportionnelle à la gravité de la faute et motivée.

Il est enfin essentiel de respecter la procédure pour éviter de voir la décision du chef d'établissement annulée pour vice de forme.

Au niveau pénal, on le sait, la maltraitance n'est pas en tant que telle réprimée par le code pénal ; les atteintes concernant les personnes âgées dépendantes relèvent donc du droit commun car la qualification juridique des faits ne tient pas compte de l'âge ni de la vulnérabilité de la victime. En revanche, ces critères auront toute leur importance dans le prononcé de la peine car ils constituent des **circonstances aggravantes**.

Citons par exemple l'abus de faiblesse prévu par l'article 223-15-2 du code pénal, les violences (article 222-8 et suivants du code pénal), le vol (article 311-4 du code pénal), l'escroquerie (article 313-2, 4° du code pénal).

En conclusion, l'arsenal juridique est suffisant pour réprimer les atteintes portées à la personne âgée dépendante. La priorité se situe donc plus en amont au niveau de la prévention.

1.3 La mise en place d'une fiche de signalement des actes de maltraitance

La circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002 incite les établissements à se doter de protocoles de signalement dans le cadre de leurs obligations en matière de signalement des actes de maltraitance.

Par ailleurs, le guide pratique de la bientraitance/maltraitance à l'usage des établissements et institutions de la Fédération Hospitalière de France recommande aux établissements d'élaborer un protocole écrit sur la conduite à tenir en cas de suspicion ou de révélation de maltraitance et en assurer le succès.

L'ANESM a récemment édité un guide de recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la bientraitance ; elle recommande notamment que les structures accueillant des personnes âgées dépendantes et les personnes vulnérables : « 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... ». ¹⁴

En effet, le signalement est la première étape dans la prise en compte de la maltraitance ; il consiste à signaler en interne à l'autorité hiérarchique des faits pouvant être maltraitants. La lutte contre la maltraitance s'identifie aussi comme le traitement d'un risque c'est-à-dire d'une situation non souhaitée par l'institution et ayant des conséquences négatives pour les personnes âgées ¹⁵. L'objectif est d'éviter la survenue d'actes maltraitants, d'en limiter leurs conséquences ¹⁶, et surtout de les prévenir.

La démarche de gestion de ce risque va s'appuyer sur sa connaissance, c'est-à-dire du diagnostic dans la structure, du traitement de ce risque et de sa prévention à l'aide d'un processus de signalement. Ainsi l'établissement sera en état de veille constante et pourra réagir rapidement et efficacement face à des agissements illégaux.

La réalisation d'une fiche d'incident maltraitance a été une des premières missions qui m'a été confié par la directrice de la maison de retraite. Le signalement est une étape indispensable et difficile car souvent les personnes maltraitantes n'ont pas conscience de la gravité de certains de leurs actes.

1.3.1 Les objectifs

L'objectif était de mettre en place une procédure simple (et donc efficace), compréhensible par tous.

Ensuite, il m'a paru important que le rôle de chaque agent soit strictement défini et que l'information suive la voie hiérarchique afin que chaque chef de service soit informé lors de la survenue d'un acte maltraitant ou supposé l'être.

Dans tous les cas, le chef d'établissement doit toujours être informé et c'est lui qui apprécie la gravité de l'acte, décide des suites à lui donner et surtout mène une enquête interne pour vérifier l'exactitude des faits qui ont donné lieu à la rédaction d'une fiche d'incident maltraitance.

¹⁴ ANESM, *la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2009. P° 25

¹⁵ ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, janvier 2003

¹⁶ HERGON E, *La gestion des risques*, Rennes : EHESP, 2005. P 35

Enfin, il est important que l'information « remonte » le plus vite possible afin de faire cesser un comportement anormal et de prendre toute mesure conservatoire utile.

1.3.2 La méthodologie choisie

- la réalisation d'une fiche de signalement (cf. annexe 2) :

Pour répondre aux objectifs précités, la fiche d'incident maltraitance devait comprendre certains renseignements précis : date, heure, nom de l'agent relatant les faits, nom du résident concerné, bref résumé des faits et nom de l'autorité hiérarchique informée.

J'ai rencontré chaque chef de service afin de les associer dans cette démarche et pour prendre en compte leurs éventuelles observations. Enfin, cette fiche a été validée par une réunion comprenant la direction de l'établissement et les chefs de chaque service.

- La réalisation d'une fiche de procédure (cf. annexe 1) :

La réalisation d'une fiche de procédure vient compléter la réalisation de la fiche d'incident maltraitance ; l'objectif est d'explicitier clairement et sans aucune ambiguïté possible la démarche à suivre et les auteurs concernés lors de la survenue d'un acte maltraitant.

Pour ce faire, la démarche a été séquencée en trois points : qui, fait quoi et comment. Sous chaque rubrique est indiquée la procédure à suivre. Comme pour la rédaction de la fiche de signalement, j'ai associé les chefs de service et la rédaction finale a été validée par le chef d'établissement. La fiche de procédure a été insérée dans le classeur des procédures pour que chaque agent en prenne connaissance.

- la mise en place d'une note de service :

Cette note de service met en place officiellement la fiche d'incident maltraitance. Les destinataires concernés sont tous les agents.

Pour montrer la détermination de l'établissement à agir contre la maltraitance, la note de service rappelle que la lutte contre la maltraitance est une préoccupation majeure des pouvoirs publics et que celle-ci doit être relayée dans chaque structure au niveau local ; ensuite, pour marquer le caractère grave des actes maltraitants, il est inséré un article du code de procédure pénale rappelant les obligations du fonctionnaire ayant connaissance d'un crime ou d'un délit et de son obligation de le faire connaître aux autorités compétentes.

1.4 La notion de bientraitance

La notion de bientraitance n'est pas l'opposé de la notion de maltraitance ; en effet, il est important de sortir de la perception suspicieuse dans laquelle les pratiques professionnelles sont enfermées. Partir d'emblée de l'idée que les professionnels sont « incapables », « agressifs envers l'usager », « malveillants » etc. Cette mise en perspective n'aide pas à une prise en compte sereine des difficultés inhérentes au quotidien. Il est d'ailleurs fréquent d'entendre les professionnels dire : « *c'est toujours notre faute... l'usager, lui, on lui donne toujours raison...* ». Pour beaucoup de professionnels, la lutte contre la maltraitance est très exagérée et trop médiatisée et certains résidents et leurs familles cherchent à prendre en défaut en permanence l'institution qui les accueille. Cette perception traduit un sentiment permanent de non reconnaissance du travail effectué. Il est donc important de comprendre la dynamique qui a sous-tendu une pratique non bienveillante. Il ne sert à rien de condamner, de crier au scandale, il faut juste tenter de comprendre pour réussir à anticiper par la suite face à une situation similaire.

1.4.1 L'émergence de la notion de bientraitance

La notion de bientraitance est apparue dans le courant des années 90, d'abord dans les structures d'accueil de la petite enfance¹⁷, ensuite dans les structures recevant des personnes âgées dépendantes.

En novembre 2003, C. JACOB, ministre délégué à la famille de l'époque donne du concept de bientraitance la définition suivante : « *art et manière de promouvoir le respect de la personne âgée et de son bien être à travers des actions concrètes.* »

Le Haut Comité de la Santé Publique fait allusion à la bientraitance dans un rapport de mai 2004 : « *quelque soit le degré de civilisation d'un peuple, la bientraitance des personnes âgées ne va pas de soi. Le faible est toujours en danger.* »¹⁸

Il s'agissait d'adopter une démarche positive qui permet ainsi de valoriser le travail des professionnels mais aussi d'engendrer leur adhésion.

La promotion de la bientraitance est une des premières priorités de l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANSEM).

¹⁷ Comité de pilotage de « l'opération pouponnières ». Paris, ministère de l'emploi et de la solidarité, la documentation française, 1997.

¹⁸ Haut comité de la santé publique, rapport violence et santé, mai 2004, 190 p.

Plus récemment, une technique de prise en charge dénommée « humanitude » se base sur le concept de bientraitance : elle regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour « *rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanisme, améliorer les soins et le prendre 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.*¹⁹

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale prend en compte la notion de bientraitance en mettant explicitement l'utilisateur au centre de la prise en charge et rappelle les droits préexistants à cette loi : respect de la dignité de la personne accueillie, respect de la vie privée, de son intimité, de sa sécurité et en favorisant le développement des démarches continues de la qualité des services.

1.4.2 Les contours de la notion

La bientraitance est une notion utilisée dans le domaine de l'éthique. Elle peut s'appliquer aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à des détenus voire à des animaux.

Cette notion recouvre l'ensemble de comportements ou d'attitudes positives et constantes de respect, de bons soins, de marques et manifestations de confiance, d'encouragement, d'aide, envers des personnes ou groupes de personnes en situation de vulnérabilité ou de dépendance (et tout particulièrement enfants, personnes âgées, malades très vulnérables tels que touchés par la maladie d'Alzheimer).

La bientraitance peut être de type physique, moral, financier.

La bientraitance est donc une attitude (des parents ou proches ou tuteurs, du personnel d'encadrement d'une structure à vocation médicale, sociale ou psychosociale), qui, au-delà d'actes matériels et affectifs, inclue à l'égard d'un individu ou d'un groupe :

- le respect de la personne dans sa dignité, sa singularité. La reconnaissance de ses besoins physiques et affectifs, de ses rythmes et de son histoire (y compris les carences affectives, blessures narcissiques, traumatismes...)
- une attention portée au refus et à la non-adhésion de la personne âgée considérée ;
- la valorisation de l'expression et de l'autonomisation des personnes ou groupes concernés ;

¹⁹ GINESTE Y. *humanitude : comprendre la vieillesse*, 2005

- une démarche proactive et continue d'adaptation à l'autre, malgré les variations éventuelles du contexte ;
- une volonté et des actes créant et entretenant un environnement et des conditions de vie favorisant le bien-être et l'enrichissement de la personne, notamment en favorisant et sollicitant respectueusement et régulièrement la participation et l'expression des souhaits des usagers ;
- une attention portée à la sécurité et au sentiment de sécurité du résident, à sa santé physique et morale, ce qui implique d'intervenir en cas de violence.

Ceci requiert aussi un soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance (écoute, formation, promotion d'une réflexion éthique, soutien matériel...)

La bientraitance est donc une approche professionnelle fondée sur l'humanisme et qui s'inscrit au quotidien par des actions concrètes de la part des soignants mais aussi de la part de l'ensemble des personnels, familles et résidents d'un EHPAD.

Il s'agit aussi de pouvoir donner une réponse individualisée aux besoins exprimés par un résident de manière à ce que celui-ci soit perçu par tous comme un sujet de droits à part entière encore doté d'une sensibilité.

Les fondements de la bientraitance sont au nombre de quatre : le respect des caractéristiques propres des usagers ; une éthique professionnelle en questionnement permanent quant à ses façons de faire ; un projet d'accueil et d'accompagnement dans un cadre sécuritaire où, pour tous, droits et obligations sont clairement identifiés ; enfin, une ouverture sur les collectivités familiales et sociales permettant une transparence et donc d'être dans une démarche constante de recherche et d'amélioration de la qualité.

La bientraitance n'apparaît pas simplement comme un effet miroir d'actes de maltraitance ou de comportements malveillants ; la simple prise en charge qui se fonde sur la prise en compte des besoins fondamentaux de l'individu (alimentation, hygiène, sommeil, confort...) ne sont pas forcément synonyme de qualité de vie. La bientraitance apporte une nouvelle dimension de la prise en charge fondée sur une meilleure satisfaction des besoins et des aspirations de la personne âgée dépendante ; **Or, et ceci me semble capital, une prise en charge réussie ne peut se limiter à des prestations hôtelières et des soins de qualité (même si ce sont des éléments essentiels) : un établissement pour personnes âgées dépendantes est avant tout un lieu de vie et tous les efforts des personnels et du chef d'établissement doivent avoir pour objectif de rendre ce lieu attrayant, ouvert sur l'extérieur, et dans lequel les résidents soient dans un état optimal de bien être.**

En résumé, la bientraitance a pour objectif de respecter la dignité humaine, « *la dignité qui s'attache à la personne humaine est inaliénable ; ni la maladie, ni la souffrance, ni le handicap ne sauraient y porter atteinte.* »²⁰.

²⁰ *Rapport adopté à la session du Conseil national de l'Ordre des médecins le 30 janvier 2004*

2 L'état des lieux concernant la bientraitance à la maison de retraite de la Croix d'argent

Avant d'élaborer un plan d'action instaurant une culture de la bientraitance, il m'a paru particulièrement important d'effectuer d'abord un état des lieux concernant la situation de la maltraitance/bientraitance dans l'établissement dans lequel j'effectuais mon stage professionnel.

Cet état des lieux qui peut prendre le nom de « diagnostic » est une phase essentielle car il permet ensuite d'élaborer des actions adaptées à la structure, ciblées sur ses faiblesses afin de les corriger et ainsi d'obtenir des résultats pouvant être évalués à l'aune d'une démarche de qualité professionnelle.

Ce diagnostic a été réalisé à l'aide d'outils spécifiques (questionnaires, questions ouvertes, débats, projection d'un film) mais aussi à l'aide des observations que j'ai faites lors de ces huit mois. Encore une fois, il est important de souligner que la démarche que j'ai suivie était toujours pratique et je l'ai conduite avec tous les personnels et les résidents ; à ce titre, ce travail constitue une première sensibilisation à la mise en place d'une culture de la bientraitance. En effet, **le nouveau guide de recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM préconise de sensibiliser régulièrement les professionnels sur le sens de leur mission** car : *« 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.²¹ »*

Pour réaliser cet état des lieux, j'ai commencé par projeter à l'ensemble du personnel un film réalisé à l'initiative de la Société Française de Gériatrie et Gériologie et du Ministère de la Santé : «24 heures de la vie d'un EHPAD» de Marie Claude Schultz, film qui a été envoyé avec une trousse de bientraitance à l'ensemble des EHPAD de France. Après la diffusion du film, un débat était chaque fois organisé avec les spectateurs et des questions ouvertes ont été distribuées.

Ensuite, dans une deuxième étape, un questionnaire et des questions ouvertes ont été réalisés avec l'aide des cadres de l'établissement et de la psychologue. L'analyse des résultats de ces questionnaires et des questions ouvertes ainsi que les débats organisés

²¹ ANESM. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. 2009. P° 33

avec les personnels m'ont permis d'obtenir un aperçu précis et proche de la réalité des pratiques professionnelles relatives à la bientraitance/maltraitance dans l'établissement.

2.1 Projection du film « 24 heures de la vie d'un EHPAD » de Marie-Claude Schultz

Le ministère de la santé et la société française de gériatrie et gérontologie ont envoyé à chaque établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes une trousse de bientraitance afin de promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles.

Cette trousse contient, outre le film « 24 heures de la vie d'un EHPAD », un guide des bonnes pratiques de soins à l'attention des soignants et un livret explicitant la démarche de bientraitance.

2.1.1 Le contenu du film et sa projection

Ce film a été tourné par Marie-Claude Schultz dans un EHPAD de la région rémoise en mai 2006. Il est scindé en plusieurs temps marquant les moments les plus importants de la journée :

- 7 H 19 : réveil, lever, toilette, habillage, petit déjeuner ;
- 11 H 11 : repas ;
- 14 H 14 : animations, visites, sorties, attente ;
- 17 H 37 : repas ;
- 19 H 22 : coucher ;
- 22 H 43 : le début de la nuit.

Pendant le film des interviews de résidents, visiteurs familiaux, soignants et non soignants sont faites pour que leur ressenti soit exprimé ainsi que leurs attentes.

La visualisation du film a été faite en plusieurs fois afin que la totalité du personnel soit concernée et assiste à la projection. Cela a été facilité par une durée du film relativement courte (40 minutes) mais aussi par la capacité de projection de la maison de retraite qui peut accueillir environ 20 personnes dans de bonnes conditions.

Comme il a été dit plus haut, l'objectif central de la projection de ce film était de commencer à sensibiliser les agents à la culture de la bientraitance ; mais, au-delà de cet

objectif, il s'agissait aussi de faire naître une prise de conscience de la part des personnels de la maison de retraite de la Croix d'argent confrontés ainsi à d'autres pratiques professionnelles et à d'autres interrogations.

2.1.2 Les débats et les impressions des personnels

À l'issue de la projection du film un débat était chaque fois organisé afin de recueillir les impressions des personnels tout en les questionnant sur leurs propres pratiques professionnelles et les moyens de les améliorer dans le cadre d'une démarche de bientraitance.

Le film a suscité des réactions assez vives, très souvent indignées ; par exemple l'épisode du réveil des résidents au milieu de la nuit afin de les changer a particulièrement choqué. Pourtant, il s'agit d'une pratique courante au sein de l'établissement.

L'absence de contacts, d'échanges entre les résidents et les personnels a choqué : les personnes âgées ne sont touchées qu'utilitairement (par exemple pour être lavées), elles ne sont jamais regardées dans les yeux et personne ne leur adresse la parole.

Nous verrons ultérieurement, que la méthode dite « l'humanité » a pour objectif de rétablir ce lien entre les résidents et les agents même dans des situations particulières lorsque par exemple le résident est grabataire ou plongé dans le coma.

Ensuite, lors des débats, il est apparu que la plupart des agents ignoraient totalement la nature du travail de leurs collègues appartenant à une autre catégorie socioprofessionnelle. Par exemple des personnels administratifs qui connaissaient mal la réalité quotidienne des personnels soignants (et réciproquement) ; ces échanges ont donc montré l'importance d'associer toutes les catégories d'agents afin d'améliorer la communication à sein de l'établissement.

2.1.3 Les questions ouvertes

Avec la psychologue de l'établissement et les chefs de service, des questions ouvertes ont été réalisées (cf. annexe n°3). Le choix de ces questions avait pour premier objectif d'établir un premier aperçu des connaissances des agents concernant le contenu du vocable bientraitance mais également de recueillir leur ressenti face à d'autres pratiques professionnelles.

Ces questions sont les mêmes pour toutes les catégories de personnels mais il nous a semblé judicieux de recueillir les informations suivant les grandes catégories de personnels : administratifs et techniques, soignants et enfin ASH.

Bien évidemment les réponses sont totalement anonymes et recueillies sous enveloppes.

Des urnes ont été déposées à l'accueil de chaque bâtiment afin que les agents déposent leurs réponses.

2.1.4 Analyse des réponses données par les agents

83 agents travaillent dans l'établissement dont un est en disponibilité et un autre suspendu pour motif disciplinaire lié à un acte de maltraitance. L'effectif réel est donc de 81 agents. Parmi ces 81 agents, 46 ont vu le film à la date de mon départ de l'établissement. Le nombre de réponses recueillies a été de 36 ce qui représente un taux de réponse de 78,3 % ; ce taux de réponse est très satisfaisant et montre que la première étape de sensibilisation du personnel a été franchie.

Il est par ailleurs prévu que tous les agents de l'établissement assisteront à d'autres projections du film avec l'aide de la psychologue après mon départ. En effet, il a fallu composer avec les horaires des agents (travail de nuit, récupérations, RTT..) et la capacité de la salle de projection.

Concernant les réponses aux questions ouvertes, la synthèse par question est présentée ci-dessous :

- ✓ Question : « qu'est ce qui vous interpelle dans ce film ? »

La majorité des réponses émettent la remarque que d'importants progrès doivent être réalisés au niveau des soins mais également au niveau de la prise en charge relationnelle (32 citations).

Beaucoup remarquent que les résidents sont souvent seuls et que les personnels peuvent être maltraitants par inattention (23 citations).

Quelques réponses font part de la diversité des actes de maltraitance qui ne se concrétisent pas toujours par des actes objectifs mais souvent par de multiples inattentions (8 citations). Or, comme on le sait, le plus souvent la maltraitance se matérialise par une absence de considération de la personne âgée comme sujet de droit à part entière. La projection du film, en montrant des professionnels souvent indifférents car absorbés par leurs tâches quotidiennes souligne l'aspect pédagogique du film.

Le tutoiement des pensionnaires a été également relevé (12 citations) comme élément interpellant les spectateurs. Ce chiffre peut paraître faible (une réponse sur trois) car le vouvoiement est un principe professionnel déjà relativement ancien et largement antérieur en tout cas à la toute récente culture de la bienveillance.

Au niveau de l'hygiène, la majorité des réponses relèvent que celle-ci est mal faite ou est trop rapide (22 citations), certains expliquant que la cause réside essentiellement dans le manque de personnel (18 citations).

Enfin, pratiquement tous les agents ont été bouleversés par l'attente des pensionnaires, attente sans but, comme si le pensionnaire était réduit à un état végétatif (33 citations).

- ✓ Question : « est-ce que vous avez vu ou vécu certaines pratiques montrées dans ce film dans la maison de retraite de la Croix d'argent ? si oui pouvez-vous donner des exemples ? »

Les réponses à cette question sont intéressantes en ce sens qu'elles permettent de commencer à établir des indices sur la situation de la maltraitance dans l'établissement.

Ainsi, la totalité des réponses sont négatives concernant les pratiques maltraitantes individuelles à la maison de retraite de la Croix d'argent. Même si il est vrai qu'il est difficile de s'auto-évaluer et d'être objectif face à ses propres pratiques, je rappelle que le questionnaire était anonyme et que les agents pouvaient librement faire état de situations difficiles.

Quelques réponses (8 citations) ont toutefois relevé des similitudes pour les repas : les pensionnaires qui ne veulent pas manger ne sont pas toujours aidés et sont mis sur le côté. C'est un point important qui devra être corrigé par la suite et qui sera abordé lors de la rédaction de la charte de bientraitance.

- ✓ Question : « que pensez-vous qu'il pourrait être fait pour améliorer les pratiques de bientraitance à la maison de retraite de la Croix d'argent ? »

Les réponses sont souvent satisfaisantes du point de vue de la compréhension de la notion de bientraitance ; en effet, la plupart des réponses (28 citations) montrent l'importance pour la structure de s'adapter au résident et de prendre en compte ses désirs, ses envies et ses goûts.

D'autres réponses sont relatives aux rythmes de vie de l'institution qui impose un cadre trop rigide notamment au niveau des horaires des repas. Comme nous le verrons plus loin, c'est le cœur de la problématique pour une institution qui souhaite mettre en place une culture de la bientraitance basée sur la prise en charge personnalisée des résidents : comment concilier celle-ci avec la vie en collectivité qui nécessite des règles et impose des contraintes ? Comment concilier les aspirations de chaque résident et de leurs familles avec les règles statutaires gouvernant le travail des personnels ?

A mon sens, il n'y a pas de réponse idéale et parfaite à cette problématique ; tout est affaire de mesure, de conciliation, de formation et de négociation mais aussi bien sur

d'innovation et d'imagination. C'est le domaine peut être le plus difficile pour un chef d'établissement mais également le plus intéressant car une prise en charge personnalisée répondant ainsi aux aspirations des personnes hébergées et par conséquent améliorant leur bien être constitue le socle du métier de directeur d'établissement médico-social c'est-à-dire celui qui lui donne son sens le plus profond et qui ne doit jamais être perdu de vue au-delà de toutes les procédures et formalités administratives par ailleurs nécessaires.

2.2 Les questionnaires

La maltraitance est un problème majeur dans nos institutions et une étude menée sur ce sujet et la promotion d'une culture de la bientraitance nécessitent de mieux connaître les pratiques professionnelles des personnels. Toutefois, il n'est pas possible de considérer la réalisation de questionnaires sans prendre en compte la résistance des soignants à ce genre d'exercice. En effet, les personnels soignants éprouvent facilement de la méfiance lorsque la problématique de la maltraitance est évoquée ce qui peut probablement peser sur les réponses ; par ailleurs ils peuvent se sentir mal à l'aise devant la rédaction d'un écrit, tâche qui peut même engendrer de l'appréhension voire du stress.

Afin que les soignants ne se sentent pas stigmatisés, j'ai choisi d'élaborer des questionnaires pour chaque catégorie de personnels c'est-à-dire les personnels soignants mais aussi les personnels administratifs, techniques et les agents des cuisines. Ainsi, les questionnaires et les questions ouvertes ont été l'occasion de montrer que la bientraitance était affaire de tous et ne pouvait se limiter aux seuls personnels soignants. A mon sens il s'agit là d'un point essentiel : une maison de retraite est une communauté humaine²² dans laquelle chaque agent devrait se sentir impliqué, et ce quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle à laquelle il appartient, afin que la prise en charge des personnes hébergées soient la meilleure possible.

2.2.1 Elaboration des questionnaires

La réalisation d'un questionnaire est une étape essentielle pour réaliser un diagnostic sur l'état de la maltraitance/bientraitance dans un établissement gériatrique. Pour ce faire, il

²² La loi du 14 juillet 1989 – dite aussi loi Jospin – introduit la notion de « communauté éducative » au sein de l'Education Nationale ce qui signifie que cette communauté s'élargit, au-delà des seuls enseignants, et inclut désormais tous les membres des personnels d'un établissement scolaire les missions éducatives.

fallait éviter à mon sens plusieurs écueils : le premier aurait été de réaliser un questionnaire seul, sans l'aide des autres membres de l'établissement et à partir de mes seules connaissances ou recherches dans le domaine de la maltraitance/bienveillance ; le deuxième écueil aurait été de se limiter à la réalisation d'un questionnaire unique indifférencié et donc de ne pas prendre en compte les spécificités relatives aux différents métiers présents dans l'établissement.

Le choix de la méthodologie a donc été une étape importante pour mener à bien cette mission car elle conditionnait largement les résultats de l'enquête et par conséquent le choix des actions à mener afin de promouvoir la bienveillance.

2.2.2 La méthodologie

Pour élaborer les questionnaires, j'ai commencé par constituer un groupe de travail réunissant les chefs de tous les services ainsi que la psychologue de l'établissement (cadre de santé, responsable des cuisines, comptable, gouvernante, responsable des ressources humaines et économiste).

Il a été décidé lors des réunions périodiques de ce groupe de travail que les questionnaires seraient établis en fonction des métiers exercés par les agents, c'est-à-dire en pratique pour chaque grande catégorie socio professionnelle : soignants, administratifs et techniques et agents des services hospitaliers. En effet, même si beaucoup de questions s'avèrent être communes, certaines doivent être adaptées aux tâches spécifiques effectuées par les personnels. Par exemple, les administratifs et les techniques n'ont pas de questions relatives aux soins.

Il a été décidé ainsi de créer trois questionnaires : un pour les soignants (aides soignants, infirmiers et aide médico psychologique) un pour les administratifs, techniques et personnels des cuisines et le dernier pour les agents des services hospitaliers (cf. annexes n° 4, 5 et 6).

Ensuite, concernant les choix des réponses, il a été décidé que les personnels pourraient répondre de la manière graduée suivante : toujours, souvent, parfois et jamais.

La participation des chefs de service a permis d'affiner les questions en fonction des tâches réellement effectuées ; par ailleurs, l'établissement a recruté une gouvernante en charge des ASH en début d'année 2009 ; ce nouveau personnel d'encadrement a facilité l'établissement des questions spécifiques aux ASH.

Une note de présentation a accompagné les questionnaires explicitant les objectifs et rappelant que ceux-ci étaient anonymes et n'avaient pas pour objectifs de juger le travail des agents ou de l'établissement ; le groupe de travail a pensé qu'il était important que les

agents répondent en confiance de manière à évaluer au mieux le risque maltraitance dans l'établissement. La garantie de l'anonymat apparaît ainsi comme fondamentale. Concrètement, les questionnaires ont été distribués à chaque agent par les chefs de services qui ont insisté sur l'importance de remplir ces questionnaires et sur la date butoir à respecter. Les questionnaires remplis devant ensuite être déposés dans deux urnes situées à l'accueil de chaque bâtiment.

2.2.3 Analyse des réponses

▪ Taux de réponses :

Comme il a été dit précédemment (voir supra p°22) l'établissement a un effectif de 83 agents dont 81 sont effectivement présents. Les questionnaires ont été distribués sous enveloppe à tous les agents par les chefs de service.

54 questionnaires ont été remplis ce qui représente un taux de réponse moyen de 66,67 % soit deux agents sur trois.

Ce taux de réponse est particulièrement satisfaisant et il est révélateur de l'implication de chaque chef de service et du choix de la méthodologie choisie (respect de l'anonymat notamment).

Tableau n°1 – Taux de réponse en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

catégorie	effectif	nombre de réponse	taux de réponse en %
soignants	35	25	71,43
ASH	24	19	79,17
autres*	22	10	45,45
total	81	54	66,67

** personnels administratifs, techniques et de restauration*

Les résultats obtenus ne sont pas les mêmes selon la catégorie à laquelle appartiennent les agents ; ceux qui ont le plus répondu sont les ASH avec un taux de participation qui approche les 80 %. L'importance de cette participation peut s'expliquer par le fait que les ASH sont les personnels les plus proches physiquement des résidents de la maison de retraite.

Ce taux élevé est donc d'autant plus satisfaisant car il montre l'intérêt des ASH dans la lutte contre la maltraitance.

La participation des personnels soignants est inférieure à celle des ASH mais est néanmoins importante car elle dépasse les 71 %.

Le plus faible taux de participation concerne les autres catégories de personnels (administratifs, techniques et agents des cuisines) : moins d'un agent sur deux appartenant à ces catégories ont répondu au questionnaire.

Ces agents se sentent peut être moins concernés par la maltraitance que les soignants et les ASH car ils sont moins souvent, voire rarement, en contact direct avec les résidents. Leur taux de participation, quoique inférieur aux autres catégories, reste néanmoins significatif.

Au total, le taux global de participation des agents de la maison de retraite est très encourageant et constitue un très bon augure pour la mise en place d'une culture de la bientraitance.

Tableau n° 2 – réponses en fonction de la gravité des actes

réponses	total en nombre	total en %
toujours	6	0.31
souvent	14	0.73
parfois	423	22.04
jamais	1476	76.92
total	1919	100.00

Les comportements toujours et souvent maltraitants sont très marginaux (1 % des réponses) et l'immense majorité des personnes ayant répondu à cette enquête ont déclaré ne jamais commettre d'actes maltraitants (76,92 % des réponses).

En revanche, les comportements parfois maltraitants représentent une part significative des réponses (22,04 % des réponses) ce qui signifie que la maltraitance existe à la maison de retraite de la Croix d'argent et constitue un phénomène désormais quantifiable avec cette enquête. C'est sur cette tranche de comportements parfois maltraitants que l'action doit porter ; il serait pertinent de soumettre à nouveau ce questionnaire à échéance périodique (par exemple une fois par an ou tous les deux ans) après la mise en place des outils qui seront décrits dans la partie 3 de ce mémoire afin de mesurer l'évolution des réponses et donc l'influence des actions menées contre la maltraitance. C'est tout l'enjeu de la mesure objective de l'efficacité d'une politique publique.

Tableau n°3 – Les trois comportements toujours maltraitants les plus cités

	total en nombre	total en %
Il m'arrive d'imposer l'heure du coucher ou du lever à une personne âgée sans tenir compte de son rythme de vie	3	50.00
Il m'arrive de ne pas m'interroger sur mes limites professionnelles face à une situation difficile touchant une personne âgée	2	33.33
Il m'arrive de parler trop fort dans l'établissement	1	16.67
total	6	100.00

Comme il a vu plus haut dans le premier tableau, le nombre de réponses indiquant des comportements toujours maltraitants est très faible : seulement 6 réponses.

Face à un échantillon aussi faible il est peut être hâtif de tirer des conclusions générales sur les comportements toujours maltraitants cités qui sont au nombre de trois.

On peut toutefois relever que trois réponses ont trait aux heures de lever et de coucher des résidents qui sont imposées. Ces réponses soulèvent la problématique de la conciliation de l'organisation du service, des horaires des agents avec les besoins et les rythmes de vie de la personne âgée dépendante.

Deux réponses concernent les interrogations des agents sur leurs limites professionnelles face à des situations difficiles ; une politique de formation adaptée pourra remédier à ces interrogations.

Enfin, une réponse concerne le fait de parler trop fort dans l'établissement.

Tableau n° 4 – Les cinq comportements souvent maltraitants les plus cités

	total en nombre	total en %
Il m'arrive d'imposer l'heure du coucher ou du lever à une personne âgée sans tenir compte de son rythme de vie	4	28.57
Il m'arrive de ne pas m'interroger sur mes limites professionnelles face à une situation difficile touchant une personne âgée	3	21.43
Il m'arrive de faire à la place de la personne âgée en raison de sa lenteur	3	21.43
Il m'arrive de ne pas vouloir travailler en équipe	2	14.29
Il m'arrive d'utiliser le "on" en parlant à une personne âgée	2	14.29
total	14	100.00

Comme pour les comportements toujours maltraitants, on retrouve en premier le fait d'imposer l'heure du coucher ou du lever et les interrogations sur les limites professionnelles.

3 réponses indiquent qu'il arrive souvent que les agents accomplissent des tâches à la place de la personne âgée.

Enfin, l'utilisation du « on », impersonnel, est cité deux fois.

Tableau n° 5 – Les cinq comportements parfois maltraitants les plus cités – personnels soignants

Il m'arrive d'utiliser le "on" en parlant à une personne âgée	18	19,78
Il m'arrive de parler à un collègue en présence d'une personne âgée sans prendre en compte sa présence	16	17,58
Il m'arrive de ne pas m'appliquer en réalisant un soin	14	15,38
Il m'arrive d'imposer l'heure du coucher et/ou du lever à une personne âgée sans tenir compte de son rythme de vie	13	14,29
total	91	100,00

Tableau n° 6 – Les cinq comportements parfois maltraitants les plus cités – personnels ASH

	total en nombre	total en %
Il m'arrive de faire à la place de la personne âgée en raison de sa lenteur	24	26,09
Il m'arrive d'utiliser le "on" en parlant à une personne âgée	21	22,83
Il m'arrive de parler à un collègue en présence d'une personne âgée sans prendre en compte sa présence	18	19,57
Il m'arrive de parler trop fort dans l'établissement	15	16,30
Il m'arrive d'éprouver du rejet à l'égard d'une personne âgée	14	15,22
total	92	100,00

Tableau n° 7 – Les cinq comportements parfois maltraitants les plus cités – personnels administratifs, techniques et de restauration

	total en nombre	total en %
Il m'arrive de parler trop fort dans l'établissement	12	28,57
Il m'arrive d'éprouver du rejet à l'égard d'une personne âgée	9	21,43
Il m'arrive de parler à un collègue en présence d'une personne âgée sans prendre en compte sa présence	8	19,05
Il m'arrive de ne pas répondre à la demande d'un résident	7	16,67
Il m'arrive d'utiliser le "on" en parlant à une personne âgée	6	14,29
total	42	100,00

Les réponses mentionnant des comportements parfois maltraitants sont les plus nombreuses avec 423 réponses. Le nombre de réponses permet d'affiner l'analyse en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des agents de l'établissement.

De prime abord, les réponses indiquant des comportements parfois maltraitants communs aux trois grandes catégories d'agents (soignants, ASH et autres) sont d'une part l'utilisation du « on » en parlant à une personne âgée et, d'autre part, le fait de parler à un collègue en présence d'une personne âgée sans prendre en compte sa présence. Il s'agit donc le plus souvent d'une certaine **indifférence** face à la personne âgée qui est très souvent atteinte d'une pathologie démentielle et avec laquelle la communication est rendue difficile et nécessite un temps dont les agents ne bénéficient pas toujours. Ces comportements sont révélateurs de ce qu'est réellement la maltraitance en établissement à l'opposé des images véhiculés par certains médias avides de sensationnel.

Cette indifférence se retrouve dans les réponses données par les personnels les plus proches des résidents que sont les personnels soignants et les ASH ; ces deux catégories indiquent comme trois comportements maltraitants les plus cités : « il m'arrive de faire à la place de la personne âgée en raison de sa lenteur », « il m'arrive d'utiliser le « on » en parlant à une personne âgée » et « il m'arrive de parler à un collègue en présence d'une personne âgée sans prendre en compte sa présence ».

Le sentiment de rejet face à la personne âgée dépendante est cité en cinquième position par les ASH et en deuxième position pour les autres personnels.

2.3 Les questions ouvertes

Un questionnaire permet d'établir une situation précise et de se faire une idée sur une problématique donnée ; toutefois, il est possible que les personnels ne répondent pas aux questions ou que des situations particulières soient oubliées. En outre, la réalité est souvent plus complexe et ne se résume pas simplement à cocher des croix dans des cases. Ces différentes raisons ont conduit le groupe de travail à compléter les questionnaires par des questions ouvertes relatives à la bientraitance/maltraitance dans l'établissement pour « libérer » la parole et ainsi accéder au vécu professionnel de chacun. Les questions présentées en annexe (cf. annexe 7) sont composées en termes simples et compréhensibles par tous.

Concernant la méthodologie, c'est la même que celle pour les questionnaires qui a été retenue : constitution de groupes de travail, respect de l'anonymat, fixation d'une date de réponse butoir, rôle joué par les chefs de service dans la distribution des questions ouvertes et recueil de celles-ci dans des urnes.

2.3.1 Elaboration des questions

Les questions ouvertes sont au nombre de neuf :

- ✓ Le phénomène de la maltraitance est très médiatisé qu'en pensez-vous ?

Il s'agit d'une première approche sur un sujet particulièrement médiatisé (le reportage « les infiltrés : chronique d'une maltraitance ordinaire » diffusé le 22 octobre 2008 sur France 2 a été vu par beaucoup d'agents et a suscité des réactions parfois passionnées) et interpellant les agents sur leurs pratiques professionnelles dans une maison de retraite. Cette question permet aussi de souligner l'importance nouvelle de la maltraitance des personnes âgées dépendantes dans notre société contemporaine et accentue l'intérêt actuel de la problématique.

- ✓ Qu'évoque pour vous le terme de maltraitance ?

Cette question a pour objectif de connaître les connaissances des agents concernant la réalité des actes maltraitants. L'agent est ainsi interpellé dans sa propre pratique professionnelle c'est-à-dire dans son vécu quotidien. Cela l'invite à s'interroger sur son activité et ses pratiques. Une fois encore, ces questions contribuent à la phase de sensibilisation que j'ai initiée dans la première partie de ce mémoire professionnel :

commencer par libérer la parole afin que les agents réfléchissent et prennent du recul par rapport à leur quotidien.

- ✓ A votre avis, comment peut on lutter contre la maltraitance ?

Il s'agit à travers cette question de mieux connaître l'opinion des agents mais surtout de montrer l'intérêt qui est porté à leurs avis. En effet, le secteur de la gériatrie est souvent dévalorisé et les agents qui y travaillent souffrent d'un manque de reconnaissance ; il est donc important de les valoriser et de mieux connaître leurs sentiments sur les grandes problématiques professionnelles qu'ils rencontrent.

- ✓ Comment vous comportez vous quand vous êtes témoin d'un comportement maltraitant ? (ou comment penseriez vous agir dans ce cas)

Il s'agit d'une première évaluation de la procédure de signalement des actes maltraitants que j'ai mise en place lors de mon arrivée à la maison de retraite de la Croix d'argent ; les réponses données par les agents permettront de voir si la procédure utilisée ainsi que la note de service explicitant la démarche ont été bien comprises. Ces réponses permettront aussi de corriger d'éventuelles défaillances afin de rendre la procédure de signalement plus efficace.

- ✓ Qu'évoque la bientraitance des personnes âgées pour vous ?

Cette question a pour objectif d'apprécier les connaissances des personnels sur ce sujet et de voir si ce vocable est connu et bien compris par les agents.

- ✓ Quels sont pour vous les éléments qui empêchent d'être bientraitants au quotidien ?

Les réponses données à cette question permettront d'affiner le plan d'action promouvant la bientraitance présenté dans la partie trois de ce mémoire professionnel, mais aussi d'agir sur les difficultés et éventuels blocages qui freinent le développement d'une culture de la bientraitance.

- ✓ Qu'est ce qui a été mis en place pour développer la bientraitance dans votre établissement ?

Les réponses données à cette question permettront de se rendre compte si les agents font la différence entre les termes de maltraitance et de bientraitance.

Lors de la rédaction du mémoire, seules des actions contre la maltraitance ont été mises en place avec notamment la fiche de signalement des actes maltraitants ; concernant la bientraitance, aucune action n'a encore été menée et c'est la raison pour laquelle le chef d'établissement m'a accueilli dans son établissement afin que j'initie cette nouvelle culture.

- ✓ En quoi vos conditions de travail peuvent elles avoir une incidence sur la bientraitance ?

Question essentielle pour les agents car le principal facteur de maltraitance le plus souvent invoqué est la surcharge de travail liée à des effectifs en nombre insuffisant ; cela permettra de faire le lien avec une politique de formation adaptée et, notamment, sur de nouvelles techniques de prise en charge (avec par exemple la méthode dite « l'humanité ») lesquelles, comme nous le verrons, aboutissent à une meilleure prise en charge sans requérir nécessairement des personnels supplémentaires.

2.3.2 Analyse des réponses

Les questions ouvertes ont été distribuées avec les questionnaires. Le taux de réponse aux questions ouvertes s'est révélé être inférieur au taux de réponses des questionnaires : 54 questionnaires remplis pour 42 réponses aux questions ouvertes.

Ce moindre résultat s'explique pour deux raisons : d'une part, répondre à des questions ouvertes nécessite plus de temps et, d'autre part, c'est un exercice plus difficile que de répondre à des questionnaires où il suffit de cocher des cases.

Toutefois, le taux de réponses est quand même relativement satisfaisant avec un taux de participation de 51,85 % ce qui représente plus d'un agent sur deux.

Tableau n° 8 – Taux de réponse aux questions ouvertes en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

catégorie	effectif	nombre de réponse	taux de réponse en %
soignants	35	22	62,86
ASH	24	13	54,17
autres*	22	7	31,82
total	81	42	51,85

* personnels administratifs, techniques et de restauration

On peut observer que, à la différence des questionnaires, le taux de réponse des personnels soignants est supérieur à celui des ASH. La raison de cette différence réside certainement dans le fait que les personnels soignants sont mieux formés et ont en conséquence plus d'aisance pour rédiger des réponses argumentées.

Comme pour les questionnaires, le taux de réponse des autres personnels (administratifs, agents des cuisines et techniques) est le plus bas des trois catégories précitées.

Synthèse des réponses données aux questions ouvertes :

- ✓ Question n° 1 : le phénomène de la maltraitance des personnes âgées dépendantes est très médiatisé, qu'en pensez-vous ?

Beaucoup de réponses (32 citations) indiquent que ce phénomène est trop médiatisé et que les situations évoquées ne renseignent pas sur le contexte, le cadre et le milieu ce qui peut induire des comportements maltraitants.

Néanmoins une part minoritaire de réponses (11 citations) fait part de la nécessité de ne pas occulter le phénomène de la maltraitance et que celui-ci résulte le plus souvent de gestes de négligence passifs plutôt que de brutalités avérées qui sont, elles, rarissimes.

Trop en parler est aussi jugé nuisible ce qui témoigne pour certains d'une défense de l'institution et de ses pratiques faces à l'extérieur perçu comme une menace (8 citations).

Une seule réponse trouve que ce phénomène n'est pas assez médiatisé en raison notamment de reportages diffusés à des heures tardives et donc non regardés par beaucoup de gens.

Ce phénomène de la médiatisation est aussi perçu comme un procureur qui évite de se poser les « vrais questions » et notamment la place des familles et souvent leur refus de prendre en charge leurs aînés, celles-ci se défaussant sur des institutions perçues comme des ghettos de vieux (18 citations).

Une réponse indique que le phénomène de la médiatisation de la maltraitance a un aspect positif car il permet de : « faire bouger les choses » et qu'auparavant ce phénomène était caché.

- ✓ Question n° 2 : qu'évoque pour vous le terme de maltraitance ?

Les réponses données à cette question sont intéressantes car elles émanent de professionnels ; en effet, pour le grand public la maltraitance évoque des comportements violents caractérisés (coups, violences, insultes...) ; or, nous avons vu que ceux-ci sont rarissimes et que la maltraitance recouvre des situations beaucoup plus nuancées et insidieuses qui englobent les multiples négligences mais aussi l'indifférence voire la

réification de la personne âgée : c'est-à-dire que la personne âgée n'est plus vraiment considérée comme une personne titulaire de droits mais comme une chose, surtout lorsque celle-ci est grabataire ou atteinte d'une pathologie démentielle.

Beaucoup de réponses (36 citations) définissent la maltraitance comme les actes les plus violents : « bousculer, frapper, forcer à manger, insultes ».

Quelques rares réponses (8 citations) font état du manque d'attention, de négligences pendant les soins ou pendant la toilette, le processus d'infantilisation est mentionné. La violence sexuelle est aussi mentionnée dans une réponse.

3 réponses indiquent que la maltraitance consiste à ne pas prendre en compte les aspirations de la personne âgée et ses désirs.

Au total, la définition de la maltraitance donnée par les professionnels de la maison de retraite ne diffère pas vraiment de celle perçue par le grand public : la maltraitance se définit presque toujours par des actes graves s'assimilant à des brutalités ; ce n'est que rarement qu'il est fait allusion à l'humanisation de la prise en charge. Cela démontre l'importance de réaliser un diagnostic au niveau de la structure pour définir des modes d'actions et, notamment, agir sur le levier de la formation comme il sera vu dans la partie trois du présent mémoire.

✓ Question n° 3 : à votre avis, comment peut-on lutter contre la maltraitance ?

La plupart des réponses (38 citations) indiquent deux moyens pour lutter contre la maltraitance : la formation et les moyens en personnels. Nous verrons plus tard qu'une politique de formation dynamique et adaptée fait partie des préconisations que j'ai émises pour que soit approfondie et consolidée la mise en place d'une culture de la bientraitance. La communication et la mise en place de groupes de paroles (22 citations) sont également citées. Les réunions sont jugées importantes et certains déplorent leur rareté (16 citations).

L'auto-évaluation et l'aide du psychologue de l'établissement sont jugés comme des éléments déterminants (9 citations).

Le temps aussi est cité (7 citations) : le personnel se plaint de ne pas avoir assez de temps à consacrer à chaque résident mais cela renvoie au manque d'effectifs et à la lancinante problématique des moyens financiers alloués aux établissements médico-sociaux. Beaucoup relèvent toutefois que des progrès ont été réalisés.

La mise en place d'un protocole interne (fiche de signalement maltraitance) est citée dans la plupart des réponses (39 citations) ce qui est très encourageant. En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie, une procédure de signalement des actes maltraitants a été mise en place et celle-ci est supposée être connue de tous lors de l'analyse des réponses données aux questions ouvertes.

- ✓ Question n° 4 : comment vous comportez vous quand vous êtes témoin d'un comportement maltraitant ? (ou comment penseriez vous agir dans ce cas ?)

La plupart des réponses (36 citations) montrent que les agents respectent la voie hiérarchique et qu'ils ont conscience de la nécessité d'informer la direction ou le cadre de santé. Certains ajoutent la nécessité de rédiger un compte rendu écrit (18 citations). Par ailleurs, la plupart des agents témoins d'un acte maltraitant interviendraient immédiatement auprès de l'auteur des faits pour faire cesser celui-ci (36 citations).

- ✓ Question n° 5 : qu'évoque la bientraitance des personnes âgées pour vous ?

Pour 24 agents, la bientraitance consiste à accompagner la personne âgée avec respect, dignité et empathie.

La bientraitance est assimilée pour certains à des soins de qualité (12 citations).

Certains définissent la bientraitance comme l'opposé de la maltraitance (8 citations), alors que nous avons vu plus en amont que ces deux notions bien qu'opposées étymologiquement engendrent en fait des politiques publiques complémentaires.

La notion de respect est souvent évoquée (22 citations) ; l'écoute est mentionnée dans trois réponses.

Une réponse assimile bientraitance et compassion ; une autre la définit comme « tenir compte des besoins des personnes âgées et en tenir compte le plus possible »

Une réponse fait même allusion à la pyramide des besoins de Maslow : bien être, confort et sécurité. Une réponse indique que la personne âgée doit se sentir bien dans l'établissement même si elle n'est plus chez elle (alors que juridiquement l'établissement constitue le domicile légal de la personne âgée dépendante). L'affection est mentionnée dans deux réponses. Enfin, dans six réponses il n'y a eu aucune réponse peut être parce que les agents ne connaissaient pas le terme et ne savaient pas en donner une définition appropriée.

De manière générale, les réponses sont brèves et les agents ne semblent pas toujours maîtriser le contenu de la notion et ses implications.

- ✓ Question n° 6 : quels sont pour vous les éléments qui permettent d'être bientraitant au quotidien ?

24 réponses citent comme premier élément la prise en compte des demandes des personnes âgées c'est-à-dire par exemple répondre précisément et dans la mesure du possible rapidement.

«aimer son travail » est cité dans 6 réponses mais là aussi les demandes en formation sont importantes.

« aimer la personne âgée » est aussi jugé comme une condition pour être bientraitant et réussir dans ce métier.

Une réponse indique qu'il ne faut pas mélanger problèmes privés et problèmes professionnels et lorsqu'une difficulté survient il est important de savoir demander de l'aide.

La nécessité d'avoir une bonne organisation interne, notamment dans les soins, est citée ainsi que la mise en place d'un procédé d'observation de la bientraitance avec des ajustements pour l'améliorer.

Ecouter les revendications des résidents, respecter les horaires, le mode de vie et le lieu de vie sont cités (8 citations).

La douceur dans le geste du soignant est indiquée dans une réponse. « se mettre à la place des résidents » (3 citations) c'est à dire l'empathie. La patience est également citée deux fois.

- ✓ Question n° 7 : quels sont pour vous les éléments qui empêchent d'être bientraitant au quotidien ?

Le manque de personnel est le plus souvent cité (34 citations) ainsi que le stress et la pression professionnelle (28 réponses) ; Les problèmes liés à la vie privée sont aussi cités (14 citations).

L'épuisement (13 citations), la routine (11 citations), les situations difficiles (10 citations), le manque de reconnaissance (9 citations), le découragement (8 citations), l'agressivité des personnes âgées et des familles (7 citations), la rapidité des soins (6 citations), et le mal être (5 citations) sont cités comme éléments qui empêchent d'être bientraitant.

Ne pas tenir compte des besoins quotidiens de la personne âgée est également cité trois fois.

La rapidité, l'impatience le manque de communication et d'écoute sont cités deux fois.

- ✓ Question n° 8 : qu'est ce qui a été mis en place pour développer la bientraitance dans votre établissement ?

Le travail de la psychologue est reconnu même si les agents déplorent que cette personne ne soit présente au sein de l'établissement que deux fois par semaine pour le personnel, les résidents et les familles (33 citations).

Les formations sont aussi citées (18 citations) ainsi que l'intégration des ASH aux transmissions de l'équipe soignante ce qui permet de comprendre certains comportements des personnes âgées (12 citations).

Le recrutement des soignants et les échanges avec les familles ont été mis en avant dans 12 réponses.

Une meilleure ambiance et des personnels plus soudés dans le travail (IDE, ASH, AMP)

La mise en place de la fiche de signalement maltraitance est encore une fois citée par l'immense majorité des agents même si la question était relative à la bientraitance ce qui montre une fois de plus de la nécessité de former les agents (34 citations).

- ✓ Question n° 9 : en quoi vos conditions de travail peuvent elles avoir une incidence sur la bientraitance ?

De nouveau le manque de personnel est mentionné dans la plupart des réponses (faire à deux le travail qui devrait être fait à quatre) et par incidence la manque d'écoute et de disponibilité (33 citations). Il en découle aussi des répercussions sur l'esprit d'équipe et le relationnel avec les résidents et leurs familles (12 citations) ; le manque de personnel et la mauvaise organisation engendre aussi des négligences (8 citations).

Les mésententes et conflits relationnels sont cités et peuvent être à l'origine d'oublis et de négligences dans la prise en charge de la personne âgée (18 citations).

3 L'élaboration d'un plan d'action promouvant la bientraitance adapté à l'EHPAD de la Croix d'Argent

Les questionnaires et les questions ouvertes ont eu une grande utilité : donner un aperçu fiable et concret de l'état de la bientraitance dans la maison de retraite de la Croix d'argent. Cet exercice a été riche d'enseignements quant à la nature des réponses apportées mais également quant aux réponses données en fonction des différentes catégories socio professionnelles des agents.

Cette phase a été cruciale car elle a permis de porter un diagnostic ; toutefois, pour que cet exercice ne soit pas stérile, il est important d'élaborer des actions qui sont la conséquence naturelle de l'analyse.

L'enjeu est d'élaborer des outils de travail qui soient adaptés au lieu de stage pour permettre de prévenir les éventuelles défaillances mais aussi de les corriger et donc d'améliorer les pratiques professionnelles ; à cet égard, cette démarche s'inscrit dans un processus de qualité affiné à une situation locale.

Lors de mon arrivée dans l'établissement, le principal souhait de mon maître de stage était de réaliser des actions concrètes promouvant la bientraitance.

C'est ainsi que l'analyse de la situation locale m'a conduit à élaborer une charte de bientraitance.

Ensuite, j'ai établi des préconisations destinées à pérenniser le travail effectué tout au long de ces huit mois de stage et permettant de mettre en place les principaux thèmes fondateurs d'une culture de bientraitance.

3.1 La réalisation d'une charte de bientraitance

La charte de bientraitance constitue l'élément central du plan d'action promouvant la bientraitance à la maison de retraite de la Croix d'argent.

Lors de mon arrivée dans l'établissement, le cadre de santé et le médecin coordonnateur m'ont fait part de leur souhait que l'établissement se dote d'une charte de bientraitance adapté à la situation locale.

Avant de décrire le contenu de la charte qui est présentée de manière exhaustive en annexe (cf. annexe n°8), nous exposerons les principes fondateurs qui ont présidé sa création et son préambule.

3.1.1 Les principes fondateurs de la charte de bientraitance

La bientraitance comprend tout ce qui favorise l'épanouissement de la personne âgée dépendante, s'adapte à ses besoins divers (psychologiques, psychologiques, affectifs, etc.) et permet un développement harmonieux. La bientraitance impose un ensemble de comportements et d'attitudes respectueux de la personne et nécessite un grand professionnalisme avec la recherche d'un environnement sécurisé.

Ces principes peuvent être classés en fonction du respect de la personne, de son environnement et enfin des échanges avec les autres.

✓ Le respect de la personne âgée dépendante

Ce principe est le plus important mais il faut en apprécier le contenu ; il impose que les personnels soient à l'écoute des résidents et respectent leurs choix personnels dans les limites des contraintes institutionnelles (par exemple respecter le souhait de la personne âgée dépendante quant à son heure de lever ou de coucher).

Le respect passe aussi par la prise en compte des choix des résidents ; par exemple, ne pas imposer des activités d'animation ou au contraire les exclure de ces activités.

Une prise en charge personnalisée aurait pour objectif de demander à la personne ce qu'elle aime faire et ce qu'elle aimerait découvrir et surtout de répondre à ces aspirations, même et surtout si celles-ci ne sont pas toujours clairement formulées.

Le respect passe aussi par une explication claire du fonctionnement de l'institution, des possibilités qu'elle offre mais aussi des contraintes inhérentes à toute vie en collectivité.

Les agents doivent aussi proposer leur aide même si la personne n'ose pas ou ne peut pas le demander.

Surtout et dans tous les cas, il est important de ne jamais être indifférent ou encore de se moquer du résident et il faut toujours refuser toute attitude infantilisante.

L'image de soi est aussi une facette du respect ; la personne âgée doit avoir le choix de ses vêtements le matin. En effet, soigner leur apparence est aussi très important : les raser pour les hommes et les maquiller pour les femmes, pour celles qui le souhaitent.

L'ensemble du corps doit être soigné : le visage mais aussi les pieds, les mains, l'épilation lorsqu'elle est souhaitée.

Concernant la coiffure, il est important que celle-ci soit faite dans le respect des choix des résidents : par exemple il faut éviter de couper trop court les cheveux pour éviter de les coiffer.

Le respect est une notion parfois plus subtile : ainsi, il n'est pas nécessaire d'afficher les dessins et productions des résidents pour éviter de mettre en péril leur image auprès des familles.

✓ **L'environnement comme facteur de bienveillance**

L'entrée dans une maison de retraite constitue un événement souvent traumatisant pour la personne âgée qui quitte un lieu familial, des souvenirs et souvent un tissu social et relationnel.

L'établissement doit donc être particulièrement vigilant concernant la qualité de l'environnement en veillant à ce que celui-ci soit le plus agréable possible.

Ainsi, il est important de ne pas organiser la chambre du résident de manière stéréotypée mais suivant les goûts de la personne en respectant l'ordre des objets que la personne a organisé autour d'elle.

Les programmes de télévision et de musique doivent être choisis en fonction des goûts des résidents.

Pour ceux qui ne s'expriment plus ou qui sont atteints de pathologies démentielles, il faut continuer à prêter une grande attention au cadre et à l'environnement de vie.

L'environnement olfactif doit être neutre ou agréable.

Concernant la déambulation, les résidents sont libres de leurs déplacements. L'institution qui les accueille doit trouver une solution adaptée pour leur permettre de se déplacer sans risque pour le résident ou pour autrui.

✓ **La communication et les échanges**

Il est important de parler aux personnes avec douceur et de se mettre face au résident chaque fois qu'on lui adresse la parole mais aussi de se mettre à sa hauteur.

Vouvoyer tous les résidents est également un élément de respect dans la communication.

Il faut aussi être attentif quand la personne parle et lui sourire.

La communication ne doit pas être imposée : il faut respecter le résident qui a envie d'être seul et son silence.

La communication n'est pas seulement verbale : le toucher, le regard et le sourire comptent aussi énormément.

Il est important aussi de ne jamais avoir une discussion entre collègues sans tenir compte du résident présent.

Enfin, il faut respecter sa parole, par exemple lorsqu'un agent dit à un résident qu'il repassera le voir plus tard il devra honorer son engagement.

Lorsqu'un résident appelle un professionnel et que celui-ci n'a pas pu venir rapidement, il est important que celui-ci explique la raison de son retard au résident.

Dans les moments de détresse, il est important d'adopter une attitude attentive et de rassurer la personne angoissée ou inquiète en essayant de trouver les sources de la détresse.

Cette détresse doit être prise au sérieux et il faut l'accepter sans la juger en faisant recours au psychologue de l'établissement.

Lorsque le résident parle de la mort, il ne faut pas fuir le sujet mais manifester sa présence ainsi que celle de toute l'équipe de l'établissement.

3.1.2 Le contenu de la charte de bientraitance

L'élaboration de la charte de bientraitance constitue l'élément central du plan d'action destiné à promouvoir la bientraitance et améliorant la prise en charge de résidents de l'établissement : c'était l'objectif majeur que je m'étais assigné.

Cette charte n'est pas née « ex nihilo » elle se base sur des observations, des questionnaires, des entretiens et sur la projection du film « 24 heures dans la vie d'un EPAHD » : elle est entièrement issue du diagnostic effectué dans la structure pour mettre un place un outil adapté et efficient.

La charte de bientraitance est présentée en totalité en annexe n°8.

✓ Le préambule de la charte de la bientraitance

Avant de présenter une charte composée de trente articles, il m'a semblé important d'explicitier en préambule quel sens pouvait on donner à une culture de la bientraitance afin d'éviter une aridité juridique qui aurait pu servir de repoussoir pour les agents.

Ce préambule comprend plusieurs idées fortes :

- en premier lieu exposer le nécessaire combat contre la maltraitance pour ensuite immédiatement mentionner le terme connoté positivement de bientraitance ;
- la bientraitance en milieu collectif se définit par continuer à donner un sens à la vie en respectant la personne dans son identité ;
- la bientraitance englobe tout ce qui favorise l'épanouissement de la personne, s'adapte à ses besoins divers (psychologiques, physiologiques, affectifs...) et permet un développement harmonieux ;
- la bientraitance impose un ensemble de comportements et d'attitudes respectueuses de la personne ;

- elle repose sur un professionnalisme et a pour objectif un environnement sécurisé ;
- la bientraitance consiste à refuser l'attribution d'un pouvoir quel qu'il soit sur la personne âgée que l'on accompagne ou que l'on soigne.

✓ **Les articles de la charte de bientraitance**

Lors de la rédaction de ces articles, j'ai eu comme souci d'éviter deux principaux écueils : le premier écueil consistait à énumérer des articles qui seraient trop généraux et ne seraient donc pas utilisables par les professionnels ; le deuxième écueil était de créer un trop grand nombre d'articles qui aboutirait à une lassitude dans la lecture et donc serait sans effet.

J'ai donc choisi de rédiger une charte relativement courte (trente articles), avec des préconisations claires et pratiques afin que tous puissent s'y référer aisément.

3.2 Une démarche prospective : l'établissement de préconisations destinées à pérenniser et à approfondir la culture de bientraitance

Le stage professionnel d'une durée de huit mois m'a permis d'élaborer et de mettre en place des actions concrètes visant à promouvoir la culture de la bientraitance dans la maison de retraite de la Croix d'argent.

Cependant, cette approche humaniste de la prise en charge de la personne âgée dépendante est une construction qui ne peut s'établir que sur du long terme et doit donc devenir la préoccupation constante des personnels et surtout de la direction de l'établissement.

Aussi, afin de compléter les actions entreprises il m'a semblé particulièrement opportun de travailler sur des actions à mener après mon départ en établissant des préconisations destinées à pérenniser et approfondir la toute nouvelle culture de bientraitance.

Lors de la réalisation du diagnostic qui a abouti à la charte de bientraitance, un point essentiel se dégageait de ces observations : le résident est malheureusement souvent réduit à être un témoin passif de sa prise en charge, voire dans le pire des cas un objet qu'il faut habiller, nourrir et soigner.

Une prise en charge individualisée ou personnalisée apparaît donc comme faisant partie intégrante du processus de bientraitance ; c'est-à-dire qu'il faut continuer à considérer la personne âgée dépendante comme un sujet de droit et surtout comme un être humain qui continue à éprouver des sentiments et à avoir des aspirations et des

désirs qui lui sont propres, et ce même si la personne est atteinte de pathologies démentielles.

Ensuite, une politique de gestion du personnel est essentielle afin que ceux-ci s'approprient les actes bientraitants pour mieux les mettre en œuvre. Cette politique doit s'effectuer tant au niveau du recrutement que de la formation et des conditions d'exercice.

3.2.1 Une prise en charge personnalisée matrice de la culture de bientraitance

Une maison de retraite ne peut se limiter à l'hébergement hôtelier et aux soins délivrés aux résidents : elle accueille des individus qui ont tous des vécus et des histoires singulières ainsi que des besoins et aspirations particuliers ; pour un chef d'établissement, la problématique centrale consiste à concilier le fonctionnement de la structure avec la prise en compte des aspirations de chacun en fonction des moyens humains et budgétaires alloués. Cette prise en charge individualisée devrait s'étendre aux familles des résidents afin que l'institution ne soit pas perçue comme un phénomène bureaucratique froid et impersonnel²³. Le contexte est particulièrement important : un établissement doté ou non de la personnalité juridique (par exemple dépendant d'un hôpital) ne contribue pas à une perception d'une structure humaine clairement identifiée comme un lieu de vie à part entière.

La maison de retraite de la Croix d'argent n'échappe pas à cette critique sur le plan de la taille : 151 places réparties dans deux bâtiments distincts séparés par une route particulièrement fréquentée. Le projet d'individualisation de la prise en charge des résidents prend donc une acuité encore plus grande.

A mon sens, l'individualisation de la prise en charge se fait par de multiples attentions portées à chaque personne et induites par cette culture de la bientraitance que j'ai initiée dans la maison de retraite de la Croix d'argent. Elle passe aussi et surtout par deux axes de travail : l'accueil et le projet de vie.

✓ L'accueil : un moment crucial et déterminant pour une insertion réussie

La mise en place d'une politique de la bientraitance a pour destinataires les résidents de la maison de retraite bien entendu mais aussi tous les acteurs que sont les personnels et

²³ Les modes de relations impersonnels sont décrits par Michel Crozier dans son ouvrage : le phénomène bureaucratique ; Elidions du Seuil, Paris, 1963.

les familles ; la bientraitance commence donc par une volonté de la part de la direction de considérer l'ensemble des agents.

L'accueil d'un nouvel agent est donc une étape fondamentale car elle détermine souvent la qualité du travail effectué²⁴

²⁴ AUCLAIRE-DOUAI, M. *Bien accueillir le nouveau soignant pour mieux accueillir le futur résident. Note de réflexion, certificat d'Etudes Supérieures Spécialisées en Psychologie du vieillissement*

✓ **L'arrivée d'un nouvel agent : la réalisation d'un livret d'accueil du personnel**

La maison de retraite de la croix d'argent est un établissement d'une certaine importance avec 151 places et un effectif de 83 agents équivalents temps plein.

Par ailleurs la signature récente de la convention tripartite a prévu le recrutement de 8 nouveaux agents.

L'accueil d'un nouvel agent dans l'EHPAD mais aussi dans la fonction publique hospitalière est une étape fondamentale qui conditionne la réussite de l'agent dans son futur poste : tout doit être mis en œuvre pour que cette insertion professionnelle se déroule le mieux possible.

C'est ainsi que la Direction de l'établissement a souhaité améliorer ce point à travers notamment la réalisation d'un livret d'accueil du personnel rappelant les règles essentielles de la fonction publique hospitalière mais aussi en donnant d'importantes informations pratiques (restauration, vestiaires, congés, horaires, mutuelle...).

L'objectif n'était pas de reproduire le règlement de fonctionnement de l'établissement mais de délivrer des informations dans un livret à la fois ludique, concis et pratique (images de l'établissement en couleurs, logos, caractères de police agréables à lire...).

A mon arrivée dans la maison de retraite, ma maitre de stage m'a chargé de travailler sur l'accueil des nouveaux personnels et notamment de réaliser ce livret d'accueil du personnel.

- Méthodologie de la réalisation du livret d'accueil du personnel :

Pour réaliser ce livret j'ai associé largement l'ensemble du personnel afin que chacun puisse faire part de ses observations et que celles-ci soient prises en compte, dans la mesure du possible, pour la rédaction finale.

C'est ainsi que des réunions périodiques avec les chefs de service ont été organisées, le chef d'établissement me laissant une grande autonomie quant aux modalités de la mise en œuvre de ce projet. A chaque réunion un exemplaire était remis aux chefs de services à charge pour eux de le diffuser aux agents de leurs services.

Le livret d'accueil a également été soumis à l'avis des membres du Conseil de la Vie Sociale de l'établissement.

Au final, ce livret a été validé en CHSCT et par le chef d'établissement.

- Livret d'accueil du personnel et bientraitance :

Le livret d'accueil du personnel participe d'une meilleure valorisation des personnels. Au-delà des informations pratiques concernant l'établissement, j'ai insisté sur les obligations

réglementaires et éthiques qui s'imposent aux agents travaillant dans l'établissement et la principale d'entre elles, le respect dû au résident c'est-à-dire en pratique faire preuve de courtoisie, de prévenance et d'écoute envers le résident.

Par ailleurs, j'ai inséré la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de la Fondation Nationale de Gérontologie.

Ainsi, le livret place le résident au centre de l'organisation et la diffusion de pratiques claires, connues de tous fondent les responsabilités de l'établissement ; cela permet de structurer l'organisation en offrant un cadre sécurisant pour les professionnels et pour les personnes accueillies. Ils assurent la clarté et la lisibilité de l'institution renforcées par l'association des professionnels et des usagers à la rédaction de leur contenu.

Le livret d'accueil du personnel est donc un instrument utile définissant les droits et les obligations du personnel de l'établissement. Toutefois, il me semble important de le compléter afin que les objectifs prioritaires de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance apparaissent clairement à chaque arrivée dans l'établissement d'un nouvel agent.

- Insérer un chapitre concernant la maltraitance

Le livret d'accueil du personnel devrait être complété par un chapitre concernant la maltraitance et précisant notamment les moyens mis en œuvre par l'établissement pour lutter contre ce fléau : aspects juridiques, fiche de signalement maltraitance et mode de d'utilisation de celle-ci.

- Insérer un chapitre sur la bientraitance :

L'ajout d'un chapitre sur la bientraitance permettra de familiariser les nouveaux personnels sur ce terme ; pour être concret et pratique il serait judicieux d'insérer la charte de bientraitance afin que les agents disposent d'un outil auquel ils pourraient se référer.

✓ **L'arrivée d'un nouveau résident : une étape importante**

Un déménagement, un changement de lieu de vie sont des événements importants pour chacun d'entre nous et sont souvent générateurs d'anxiété et de stress.

Pour la personne âgée, quitter son domicile et la plupart de ses souvenirs est peut être un des derniers événements traumatisant de sa vie. Il est donc particulièrement important

d'organiser l'accueil d'un nouveau résident afin que celui-ci se déroule dans les meilleures conditions possibles.

- **L'existant**

Concernant les nouveaux arrivants, une procédure a été mise en place le 30 novembre 2007 suite à plusieurs réunions de groupes de travail. Son objectif était d'améliorer la prise en charge du nouvel arrivant.

Plusieurs étapes jalonnent l'admission d'un nouveau résident :

- L'établissement appelle le futur résident pour fixer un rendez vous avec lui ; ensuite le cadre de santé rencontre le résident et éventuellement sa famille ;
- Le cadre de santé organise l'accueil et détermine le jour d'entrée dans l'établissement ;
- Un agent administratif prépare une pochette de bienvenue comportant : un mot de bienvenue, une étiquette avec le nom pour la porte et une fiche trousseau ;
- Le jour de l'arrivée il est remis au résident le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de l'établissement ;
- Un agent de service référent est nommé et celui-ci vérifie que tout est prêt : lit fait, chambre propre, nom sur la porte ; il accompagne le futur résident dans sa chambre et la lui fait découvrir ; il propose aussi une aide pour ranger les affaires et fait l'inventaire du linge ;
- L'agent référent présente le voisin de chambre et le personnel présent au nouveau résident ; il explique le fonctionnement de l'établissement et lui montre sa place à table ;
- L'IDE prend le relai de l'agent de service et répond aux questions d'ordre médical, il récupère aussi les médicaments et les ordonnances ;
- Le lendemain de l'arrivée, les soignants remplissent avec le résident une fiche de gout ;
- Dans la semaine, le cadre de santé s'entretient avec le résident ou sa famille pour un recueil de données personnalisée et des habitudes de vie ; l'animatrice rend visite au résident et remplit avec lui un questionnaire d'évaluation ;
- Lors des transmissions, les soignants font un point sur la prise en charge du résident et décident ensemble des conduites à tenir et à mettre en place.

- **Les pistes d'amélioration :**

Après avoir décrit la procédure d'accueil des nouveaux résidents, j'ai travaillé sur de nouvelles pistes d'amélioration notamment en renforçant l'action du médecin coordonateur mais aussi en utilisant les ressources de la psychologue affectée à l'établissement.

- **Le médecin coordonateur :**

Depuis plusieurs années les maisons de retraite connaissent une véritable mutation : les résidents hébergés ont des pathologies de plus en plus lourdes et leur âge et leur degré de perte d'autonomie à l'admission ne cessent de croître ; la durée de séjour dans les établissements diminue entraînant un turn over important. Parallèlement les résidents et leurs familles sont plus exigeants qu'avant. Les maisons de retraite doivent s'adapter à cette évolution en devenant de véritables centres de soins gériatologiques tout en restant des lieux d'hébergement mais sans avoir le statut d'établissements de santé. La législation des établissements d'hébergement a évolué à plusieurs reprises et les textes imposent dans les établissements des médecins coordonateurs formés à la gériatrie et nommés par le directeur. Le médecin coordonateur a essentiellement un rôle de conseil et d'organisation des soins dans l'établissement. Il ne se substitue pas au médecin traitant « prescripteur » choisi par le résident.

L'accueil d'un nouveau résident est primordial et participe de sa bonne intégration dans l'établissement. Le médecin coordonateur doit participer à cet accueil : il évalue dans le détail l'état médical du nouveau résident et organise sa prise en charge médicale.

Toutefois, la qualité des relations avec l'entourage familial a une grande importance pour la vie du résident dans l'établissement : le médecin coordonateur pourrait jouer un rôle important de « facilitateur » avec les familles voire avec les amis et les connaissances du résident. Ainsi, il serait important de consacrer un entretien individuel avec le principal aidant familial ce qui peut contribuer à mieux connaître le résident.

Le médecin coordonateur peut aussi faciliter l'intégration des familles dans la vie de l'établissement en contribuant à mettre en place une organisation qui puisse faciliter la communication entre familles et personnels soignants et non soignants. Il en résulterait une meilleure implication des familles et une amélioration de la qualité des visites.

- **La psychologue :**

La maison de retraite de la Croix d'argent a la chance de disposer d'une psychologue à mi temps. Celle-ci, recrutée d'abord pour gérer certains problèmes liés au travail des personnels verra progressivement son travail réorienté vers le soutien et l'aide psychologique des résidents.

Son action pourrait être précieuse lors de l'accueil des nouveaux résidents ; en effet, un bilan des fonctions cognitives complétant le bilan médical effectué par le médecin coordonateur pourrait être effectué. Il serait aussi important de prévoir un entretien afin de mieux connaître le résident, sa biographie et son parcours de vie. Elle peut aussi s'efforcer de comprendre l'état d'esprit avec lequel le résident aborde cette rupture dans son mode de vie en essayant de comprendre sa situation affective ou matérielle vis-à-vis des personnes de son entourage et de repérer les situations potentiellement conflictuelles. Cette approche qui demande du temps pourrait être très productive et devrait atténuer la souffrance psychologique des nouveaux résidents lors de l'entrée dans la maison de retraite.

3.2.2 Une politique de formation axée sur la bientraitance

La prévention de la maltraitance et la mise en place d'une culture de la bientraitance impliquent d'intégrer de nouvelles pratiques professionnelles ou de corriger certains défauts qui, répétés, nuisent à la qualité de la prise en charge.

En effet, pour être efficace, la mise en place d'outils doit s'accompagner d'une démarche pédagogique montrant leur intérêt dans la lutte contre la maltraitance.

La formation favorisera l'acquisition de comportements individuels adaptés aux résidents et à leur prise en charge ; elle contribuera aussi à la prise de conscience des actes maltraitants et doit concerner tous les personnels comme l'indique une des propositions d'enquête du sénat²⁵ qui est de systématiser « *la sensibilisation à la maltraitance dans la formation des professions médicales et paramédicales impliquées dans l'accompagnement des personnes vulnérables.* »

✓ Le plan de formation de l'établissement

Les métiers des professionnels travaillant dans un EHPAD sont passionnants mais souvent complexes car ils sont à l'interaction des demandes des familles, des résidents et des autres personnels. Ces métiers nécessitent donc un important professionnalisme et une formation continue adaptée et dynamique peut constituer un excellent moyen pour acquérir de nouvelles connaissances, aider à prendre du recul par rapport au quotidien et compléter la formation initiale.

²⁵ Blanc Paul, Juihard Jean-Marc, . Maltraitance envers les personnes âgées p° 169

L'âge médian d'entrée dans les maisons de retraite était de 76 ans en 1998 pour les hommes et de 80 ans pour les femmes, et l'âge médian des pensionnaires déjà en place étaient de 80 ans pour les hommes et de 86 ans pour les femmes. Aujourd'hui, l'âge moyen d'entrée en maison de retraite (85 ans) est égal à l'âge moyen des personnes qui y résident déjà. Ce qui montre que les politiques de maintien à domicile réussissent. Mais le corolaire est que la quasi-totalité des résidents sont des personnes dépendantes. Il est donc important de trouver des professionnels bien formés et motivés.

Or, les compétences pour assumer un poste sont de plusieurs ordres : le savoir faire qui comprend l'ensemble des compétences techniques, juridiques et administratives qui sont indispensables ; mais aussi le savoir être qui concernent les attitudes et qui le plus souvent sont le fruit du temps et de l'expérience.

Le plan de formation de l'établissement doit donc agir sur ces deux leviers pour améliorer l'efficacité des personnels.

Il est aussi extrêmement important de choisir judicieusement les formations afin que celle-ci ne soient pas vécues comme une contrainte pour la direction (obligation de proposer un plan formation et donc « remplir » un agenda en fonction de contraintes financières) et pour le personnel (obéir aux convocations et assister à des réunions). La formation des personnels devrait donc constituer une opportunité et non une obligation réglementaire génératrice d'une contrainte de plus pour les acteurs des EHPAD.

✓ **Une nouvelle approche de la prise en charge : « l'humanité »**

A mon arrivée sur mon lieu de stage au mois de novembre 2008, j'ai été invité avec mon maître de stage et le cadre de santé de l'établissement à une conférence organisée par la commune de Clapiers dans le département de l'Hérault dont le thème était « l'humanité ». Cette conférence était animée par le principal promoteur et artisan de cette nouvelle approche de la prise en charge de la personne âgée dépendante : Yves Gineste, directeur de l'institut de communication et d'études corporelles.

Le vocable humanité a été inventé par un journaliste suisse protestant, Freddy Klopfenstein puis repris par le philosophe Albert Jacquard, dans le cadre de sa réflexion sur ce qu'un homme apporte à autrui.

Cette réflexion a été transformée en une philosophie de la prise en charge. Pour le personnel d'un EHPAD, il s'agit de se demander si ses actes sont cohérents. Il faut bien se souvenir que jusqu'à présent, la philosophie du soin élaborée dans les années 1950 reposait essentiellement sur les besoins de l'homme. Tout le système de soins doit ainsi tendre à combler les besoins de l'homme quand il n'est plus en capacité de le faire par lui-même. La philosophie de l'humanité considère que l'homme est un être de désir.

L'humanité se définit à la fois comme l'ensemble des particularités qui fait que la personne se reconnaît comme un être humain et comme l'ensemble des particularités qui permet à un homme de reconnaître autrui comme un être humain faisant partie de l'humanité. C'est une philosophie du lien.

L'humanité est surtout une technique qui considère que la manière de parler, de regarder et de toucher est essentielle. Par exemple lors des soins ou de la toilette (ou de tout autre acte) : il ne faut jamais provoquer une réaction hostile de la part du résident.

Pour expliciter sa démarche Yves Gineste établit le parallèle avec le nouveau né que l'on va naturellement toucher avec des gestes doux, lents et caressants et le couvrir d'un regard attentionné, bienveillant. Le nouveau né est ainsi mis en humanité par ces gestes, ces regards dispensés naturellement depuis des siècles et des siècles.

Aujourd'hui, le vieillissement de la population constitue un véritable tournant démographique qui génère un nouveau type de situation : les hommes doivent désormais prendre en charge des personnes âgées de plus en plus nombreuses et de plus en plus vieilles. Face à cette situation inédite, il n'existe aucune prise en charge vraiment adéquate à ce type de population qui aboutit à la création de « vieux sauvages ». ces « vieux » ne sont plus regardés, évités et sont donc par conséquent exclus de l'humanité c'est-à-dire qu'ils ne sont plus vraiment considérés comme des être dotés de perceptions, d'émotions et de capacité à échanger avec autrui. Il est donc essentiel de réfléchir à une prise en charge adaptée à ce public.

La méthodologie de l'humanité s'est élaborée en remettant en cause les formations et enseignements diffusés auprès des soignants et en établissant de nouveaux professionnalismes. Les gestes de soins et d'hygiène doivent être réappris, réappivoisés et reprofessionnalisés.

Lors de la conférence, pour expliciter son exposé, Yves Gineste a projeté une vidéo. Il s'agissait d'une scène banale de douche dispensée auprès d'une résidente démente avec cris et hurlements face aux gestes des soignants administrés sans le consentement de la résidente, obligée de subir des horaires, des gestes, des pratiques indépendamment d'elle.

La résidente démente se révèle incapable de distinguer le geste utile (la toilette) du geste purement agressif. Elle confond ainsi la toilette avec une agression d'où la nécessité de développer le « toucher tendresse », doux, lent et caressant, mis en avant dans la vidéo. Ce toucher tendresse est présenté comme un geste soignant professionnel et éminemment relationnel qui va permettre de mettre la résident dans une situation favorable aux soins. Ce toucher va directement solliciter le cortex singulaire antérieur.

Concernant la mise en Humanité via la parole, Yves Gineste s'appuie sur une étude sociologique menée auprès d'un résident. Celle-ci montre que le temps de parole accordé à un vieil homme grabataire placé en EHPAD n'excédait pas les 120 secondes par jour.

L'humanité, à partir d'une telle observation, met l'accent sur le principe d'auto feed back : dans le cadre de n'importe quel échange ou d'une conversation, il faut quelqu'un qui parle et quelqu'un qui répond de manière cohérente. *«Or, quand un soignant a en face de lui un patient acognitif et inexpressif, l'absence de réponse entraîne l'arrêt de la communication. 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. »* explique Yves Gineste.

Il propose donc de mettre en avant une méthodologie basée sur la manutention et le soin relationnels, où le corps est utilisé comme médiateur afin que la douceur rapproche le soignant et le soigné dans leur Humanité. L'idée au cœur de cette méthodologie originale, c'est de faire revenir la personne dans l'Humanité via le regard, la parole, le toucher et de lui permettre ainsi de mourir debout (soit l'Humanité par la verticalisation): A 20 minutes de verticalisation et d'aide à la marche par jour, un homme ne peut pas devenir grabataire : l'entraînement physique, la calcification, le travail articulaire et musculaire est suffisant pour maintenir la personne. Il faut réinvestir le soin de base parce que 20 minutes, c'est la durée d'une toilette et on n'a pas le droit de faire une toilette au lit à quelqu'un qui peut se tenir debout. C'est dans les choses utiles, dans l'accompagnement des soins de base que se situe la conservation de la santé des personnes et le lien en Humanité.

Yves Gineste souligne que ce virage dans les pratiques de soins prend souvent à contre-pied les enseignements délivrés au personnel soignant.

La méthodologie élaborée par Gineste et Marescotti implique en effet une part de remise en cause des pratiques traditionnelles du personnel soignant qui doit se défaire de la « sacro-sainte distance thérapeutique ».

Un autre exemple est donné lors de cette conférence : l'exemple filmé d'Emilienne, résidente acognitive et violente de 89 ans, prostrée dans son lit depuis des mois, elle n'a pas prononcé un mot depuis plus d'1 an.

Face à la parole de la stagiaire en formation, qui s'approche, se met bien en face d'elle, à sa hauteur en lui parlant et la regardant tendrement. Il s'agit des préliminaires à la toilette. Emilienne s'éveille, ouvre les yeux, prononce un mot, donne un baiser. Il faut ensuite passer aux soins.

On l'aide à se lever donc à la verticaliser après un an de lit et on parvient à la faire marcher jusqu'à un siège.

Yves Gineste énumère ainsi la liste des bienfaits apportés grâce à l'application des techniques de l'humanité : 70% et 90% de réduction des comportements d'agitation pathologique, absence de grabatisation (aucune toilette n'est faite au lit) sauf en toute fin de vie, absence de perte de poids, ralentissement des processus infectieux (et donc économies sur les médicaments), absence totale de transferts en services d'hospitalisation de longue durée et une seule fracture pour quelques 300 chutes. Dans une étude menée en gériatrie à l'hôpital de Sablé-sur-Sarthe, le nombre de jours d'arrêt maladie a chuté de 1013 en 2004 à 503 en 2005 après la mise en place de formations promouvant l'humanité soit une réduction de 50 % du nombre d'arrêts maladie du personnel en un an.

Dans le service Alzheimer de cet hôpital, toute la fin de vie a été remise en question : la grabatisation qui survenait jusqu'alors entre 6 mois et 2 ans avant le décès est passée à 7 jours.

En terme de dépenses, le coût médicament a été fortement réduit.

Les apports bénéfiques de cette méthode concernent également le personnel soignant puisque le burn-out est sensiblement réduit à la suite de sa mise en place.

En diminuant, voire en supprimant la pénibilité des toilettes faites dans la violence et les cris, la méthode permet ainsi aux soignants de retrouver le plaisir de faire leur travail et de se sentir valorisés dans leur métier.

3.2.3 L'adaptation des outils institutionnels

La bientraitance se matérialise donc concrètement par le respect de la singularité de la personne âgée dépendante et par conséquent se traduit par une prise en charge personnalisée qui tient compte des aspirations, des désirs et de l'histoire du résident.

Pour atteindre les objectifs de bientraitance, un chef d'établissement dispose aussi d'outils institutionnels qui peuvent servir de levier afin d'atteindre ces buts

Trois outils traditionnels peuvent être utilisés : le projet d'établissement, le contrat de séjour et enfin le règlement de fonctionnement de l'établissement.

✓ Le projet d'établissement

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale prévoit que chaque institution soit dotée d'un projet d'établissement qui fixe les modalités d'action de toutes les parties en présence. Ce projet se décline en différents projets : projet de vie, projet de soins, projet social, projet médical et projet d'animation. Concernant la bientraitance c'est surtout le **projet de vie** qui est important car il a pour objectif essentiel d'individualiser la prise en charge c'est-à-dire de prendre en compte la singularité de chaque résident accueilli dans un établissement.

Dans le cadre de son activité d'hébergement, la maison de retraite de la Croix d'argent offre à la personne âgée un cadre de vie lui permettant de vivre sereinement et en sécurité, dans le respect de son intimité, de sa dignité et de sa liberté.

Le projet de vie est donc un engagement de tous les intervenants envers chaque résident pour préserver et maintenir son autonomie, limiter ses souffrances liées à la dépendance et mettre en œuvre des actions permettant notamment l'ouverture sur l'extérieur.

Il est la référence lors de l'élaboration d'autres projets : architecturaux, de qualification de personnel, d'hygiène ...

Le projet de vie se réfère à la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et s'inscrit dans une dynamique d'évolution permanente.

Ses principales orientations se fondent sur le respect de la dignité de la personne quel que soit son état physique et psychique.

La personne âgée est riche de son histoire, de connaissances, de projets et de désirs.

Elle est accueillie, aidée, soignée, prise en charge, accompagnée en tenant compte de toutes ses composantes et en prévenant toute mise en situation dévalorisante, d'échec et d'interdits.

Afin d'intégrer la démarche de bientraitance, le projet de vie pourrait être construit à partir de cinq axes qui se traduirait en actions concrètes et évaluables :

Les 5 axes du projet de vie

✓ 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 pris 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 bientraitance est le fil conducteur de toute action réalisée par chaque intervenant auprès des résidents.

Ainsi, le projet de vie centré sur la personne âgée assure « le respect des droits des résidents qui découle naturellement de l'élaboration du projet de vie »²⁶.

La principale difficulté consiste à concilier les aspirations de la personne hébergées avec les exigences de l'institution et le fonctionnement d'une collectivité.

L'élaboration du projet de vie est importante car un EHPAD ne peut pas se limiter à offrir des prestations hôtelières, si bonnes soient elles : c'est un lieu de vie à part entière qui doit offrir des activités, un soutien voire donner un sens aux résidents. L'ennui est en effet une anomalie dans les établissements.

Un projet de vie devrait valoriser aussi les valeurs humaines et accompagner la prise de conscience collective des établissements en favorisant une approche éthique des acteurs et des professionnels qui y interviennent.

Enfin, il serait souhaitable que ce projet d'établissement soit doté d'un volet concernant la politique de lutte contre la maltraitance.

✓ **Le contrat de séjour**

Le contrat de séjour définit les droits et obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Il est désormais obligatoire. Celui-ci pourrait être adapté afin de protéger un résident concerné par un acte de maltraitance ; en effet, la loi organise la protection du salarié qui

dénonce un acte de maltraitance. Aucune protection de la personne âgée en institution n'est prévue pour une situation similaire. Il serait donc souhaitable qu'un avenant au contrat de séjour préconise que tout personne hébergée qui dénonce officiellement auprès des autorités concernées mais également auprès de la direction de l'établissement, un acte de maltraitance se voit assurer de son maintien dans l'institution dans les mêmes conditions qu'elle connaissait auparavant, et sous des formes et des mesures protectrices organisées immédiatement après l'obtention de l'information sur l'acte suspecté de maltraitance, entre elle-même, sa famille, son représentant légal ou sa personne de confiance et le responsable de l'établissement.

✓ **Le règlement de fonctionnement**

Le règlement de fonctionnement est un document d'une importance considérable car il permet de définir les règles générales d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun.

Le règlement de fonctionnement de la maison de retraite de la Croix d'argent a été adopté par le conseil d'administration de l'établissement le 6 octobre 2006 après avis du conseil de la vie sociale pour une durée de 5 ans.

Il rappelle que l'accueil et le séjour des résidents dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la personne âgée dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Lors de son renouvellement en 2011, Il conviendrait de penser la future rédaction de ce document en fonction des objectifs de lutte contre la maltraitance d'une part, et de promotion de la bientraitance, d'autre part. De manière plus précise, le règlement de fonctionnement devrait rappeler que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires. Ensuite, il devrait être rappelé dans le règlement de fonctionnement que les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins et qu'ils sont protégés par le code de procédure pénale lorsqu'il y a dénonciation.

²⁶ BRAMY,G. Le nouveau projet des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Paris : Berger-Levrault, 2004, P.115

Conclusion

Le métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est peut être un des métiers les plus intéressants de la fonction publique car c'est un métier qui a un sens : apporter du bien être, sinon du bonheur, à travers une prise en charge de la personne fragilisée qui soit la meilleure possible en terme d'hébergement et de soins médicaux, mais qui va bien au-delà et qui a pour objectif de créer un vrai lieu de vie apportant le maximum de bien être aux résidents et, par voie de conséquence aux personnels des EHPAD.

Il faut y voir l'occasion d'une rencontre avec le sujet mais aussi et surtout avec soi même. Pour cela, il est important d'ouvrir des espaces dans lesquels la parole circule, **où penser est intrinsèquement lié à agir**. L'action concrète a, en effet, été le fil conducteur de mon stage professionnel et de la rédaction du présent mémoire ; j'espère ainsi avoir apporté autant à la structure que celle-ci m'a apporté en terme de formation.

Au terme de ce mémoire, on peut constater que la maltraitance « pure » c'est-à-dire intentionnelle est rarissime, souvent la maltraitance est plus institutionnelle car liée à des problèmes de surcharge de travail ou de moyens. C'est la raison pour laquelle il est important de penser des outils pertinents pour prévenir les actes maltraitants et sanctionner leurs auteurs. Il est aussi essentiel de reconnaître le professionnalisme des agents et de les accompagner par une véritable politique de formation adaptée aux besoins de l'établissement dans lequel ils travaillent mais qui soit aussi suffisamment personnalisée en fonction des connaissances et des difficultés professionnelles de chacun. Le rôle du chef d'établissement est à cet égard fondamental.

J'espère aussi que le travail que j'ai effectué aura abouti à une prise de conscience des négligences ordinaires comme par exemple ouvrir une porte sans frapper, tutoyer une personne âgée, parler en sa présence comme si elle n'était pas là.... ; bref, de petits riens qui peuvent sembler anodins mais qui sont profondément irrespectueux envers le résident. La mise en place d'un plan d'action promouvant la bientraitance contribuera certainement à réduire ces pratiques souvent banales pour les professionnels. C'était un de mes objectifs de travail : aboutir à une prise de conscience et donc faire oeuvre de pédagogie ; à cet égard la projection du film « 24 heures dans la vie d'un EHPAD », les questionnaires et questions ouvertes, le suivi des agents constituaient avant tout une démarche de sensibilisation : il s'agissait de nommer les pratiques afin de les améliorer, mais toujours dans un sens positif et c'est pour cela que nous avons choisi, ma maître de stage et moi-même de travailler sur la bientraitance.

Libérer la parole permettait aussi à chacun d'évoquer les situations difficiles et faire apparaître les multiples négligences qui sont, à la différence des actes maltraitants avérés, le plus souvent insidieuses et donc plus difficiles à détecter.

Aujourd'hui, la maltraitance consiste surtout à ne plus considérer le résident comme un être humain encore doté d'aspirations et de désirs, qu'il ne sait pas lui-même parfois formuler mais auxquels, et ce serait une situation idéale, l'institution pourrait répondre. Pour cela, le rôle d'un psychologue peut apporter une aide considérable, il en est de même de l'animation et des moyens mis au service des animateurs qui peuvent ainsi faire que l'établissement soit un véritable lieu de vie. Faut-il le dire ? Mais il me semble que dans les EHPAD, le principal écueil est l'ennui : des résidents assis toute la journée sur des fauteuils avec des télévisions allumées en permanence. Ne s'agit il pas là d'une forme de maltraitance ? Que pourrait ton faire pour que les journées soient occupées et que nos résidents ne trouvent plus comme ils le disent « le temps long », temps qui de surcroît leur est compté à leur âge et qui est donc leur bien le plus précieux.

Ainsi, même si la prise de conscience du personnel est importante, rien ne peut se faire si le directeur lui-même n'est pas mobilisé et concerné par la problématique de la bientraitance, et pénétré de l'importance de sa mission qui est d'apporter du bien être sinon du bonheur à des gens auxquels il ne reste que quelques années à vivre et qui ont le plus souvent vécu l'arrivée en maison de retraite comme un traumatisme majeur.

La problématique, pour un chef d'établissement, même très motivé, est d'atteindre cet objectif, ou du moins de s'en rapprocher le plus possible, tout en composant avec les multiples lourdeurs et contraintes institutionnelles ; il s'agit donc d'un véritable fil d'ariane où à mon sens la réussite ne peut venir que de la préoccupation de chaque instant du but que s'est fixé le chef d'établissement.

Pour terminer sur une note positive, il me paraît important de noter que d'importants progrès ont été réalisés dans les EHPAD en matière de lutte contre la maltraitance notamment grâce aux démarches d'amélioration de la qualité mais aussi parce que la politique de lutte contre la maltraitance a été érigée en politique nationale prioritaire des pouvoirs publics.

Le corps social est particulièrement sensibilisé au phénomène de la maltraitance comme en témoigne le succès des faits divers concernant la maltraitance relatés par les médias ; il y a donc une évolution des représentations sociales et une diminution du seuil de la tolérance vis-à-vis de tels actes attentatoires à la dignité humaine.

Bibliographie

Réglementation

- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- Circulaire n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.
- Circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.
- Instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.
- Décret N° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Circulaire n° DGAS/2A/2008/316 du 15 octobre 2008 relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ouvrages

- AMYOT J.J, MOLLIER, Travailler auprès des personnes âgées, Paris : Dunod, 1998 ; 246 p.
- ARGOUT, D., PUIJALON, B. La parole des vieux. Paris : Dunod, 1999. 228 p.
- BADEY-RODRIGUEZ, C. Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Paris : éditions Seli Arslan SA, 1997. 190 p.
- BAUDURET JF. , JAEGER M, Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation, PARIS : Dunod, Paris, 2002, 320 p.
- BERTIN, E. Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation. Paris : L'Harmattan, 1999. 91 p.
- BRAMY, G. Le nouveau projet d'établissement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Paris : Berger-Levrault, 2004. 284 p.

- CARADEC V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris : Nathan université, 2001. 127 p.
- CONNANGLE S., VERCAUTEREN R, Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées. Paris : Erès. 2007. 141 p.
- COLIGNON N, CORMIER M, DOUCET O, DUPORTET B. Maltraitance envers les personnes âgées : définition, détection, signalement, prévention. Paris : L'entreprise médicale, 2005. 155 p.
- CROZIER M. Le phénomène bureaucratique. Paris : Seuil, 1963. 384 p.
- DUCALET P, LAFORCADE M. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Paris : Seli Arslan. 2004. 335 p.
- FOURE P.Y, LEURIDAN S. Guide pratique bientraitance/ maltraitance à usages des établissements et institutions. Paris : Fédération hospitalière de France, 2007. 76 p.
- GINESTE Y. Silence, on frappe...De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées. Paris : édition Animagine, 2004. 328 p.
- GISNESTE Y, PELLISSIER J., Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux. Paris : Bibliophane, 2005. 308 p.
- HUGONOT R. Violence contre les vieux. Toulouse : Erès, 1990. 140 p.
- HUGONOT R. La vieillesse maltraitée. Paris : Dunod, 2003. 212 p.
- LACAN, J. F. Scandales dans les maisons de retraite. Paris : Albin Michel, 2002. 246 p.
- LEVET M, Les valeurs de l'âge. Toulouse : Erès, 2002. 116 p.
- MICHEL M, THIRION JF. Faire face à la violence dans les institutions de santé. Paris : Lamarre, 2004. 237 p.
- PAPAY J, L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social. Paris : Vuibert. 2007. 255 p.
- PLOTON, L. La personne âgée : son accompagnement médical, psychologique et la question de la démence. Lyon : Edition chronique sociale, 1998. 157 p.
- VIVET P, TOMKIEWICZ S., Aimer mal, châtier bien. Paris : Editions du seuil, 1991. 303 p.

Articles et rapports

- AMYOT J.J., BARRE C., FOURCADE B. « comment les personnes âgées parlent-elles de leur dignité ? » Pluriels, novembre décembre 2003, n° 39-40, pp.
- BONAFIOUS M., « gériatrie : comment le cadre de santé peut-il prévenir la maltraitance ? » Objectifs soins, le cahier du management, avril 2005 ? n°135, pp. I-VI
- CORBET E., « Pour une « prévention des violences et maltraitance institutionnelles » ou pour la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? » Dossier CREA Rhône-Alpes, n°134, juin 2004, pp. 14-19.

- DEBOUT M., « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées », rapport, 2001.
- DREES, « perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative » Etudes et résultats, janvier 2005, n° 370, pp 1-12
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, « rapport violence et santé », mai 2004, 190 p.
- HUGONOT R, « la maltraitance des personnes âgées émerge enfin ! » Gériatrie, 1999-2, n° 110, p 1.
- MAISONDIEU J., « la vieillesse est elle synonyme d'exclusion ? » gériatrie et société, septembre 2002, n° 102, pp. 227-235
- MANCIAUX M., « de la maltraitance à la bientraitance » ADSP, juin 2000, n° 31, p 63-65
- PLAMONDON, L. « violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques. » Gériatrie et société. La maltraitance. Mars 2000, N° 92, p.122.

Sites internet

- www.clic-info.personnes-agees.gouv.fr
- www.anesm.sante.gouv.fr
- www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr
- www.alma-france.org
- www.travail-solidarite.gouv.fr
- www.inpes.sante.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.ladocumentationfrancaise.fr
- www.cnsa.fr
- www.ameli.fr
- www.agevillagepro.com
- www.afpap.org

Liste des annexes

ANNEXE 1 : fiche de procédure concernant les actes maltraitants

ANNEXE 2 : fiche d'incident maltraitance

ANNEXE 3 : questions ouvertes concernant le film « 24 heures de la vie d'un EHPAD »

ANNEXE 4 : questionnaire destiné aux personnels soignants


ANNEXE 5 : questionnaire destiné aux ASH

ANNEXE 6 : questionnaire destiné aux personnels administratifs, techniques et de cuisine

ANNEXE 7 : questions ouvertes accompagnant les questionnaires

ANNEXE 8 : charte de bientraitance

Annexe n°1
fiche de procédure concernant les actes maltraitants

EHPAD La Croix d'Argent	 PROCEDURE	Référence
	Fiche d'incident maltraitance	Date : 21/11/2008 Version : 1 Pages : 1

Rédaction Gil Champetier Elève directeur	Vérification Le Directeur, E. FERRANDO	Validation Le Directeur, E. FERRANDO
Services concernés : personnel administratif, soignant, technique et cuisine		

Raison d'être : **Traitement et prévention des cas de maltraitance**

QUI	FAIT QUOI	COMMENT
Ensemble du personnel personnel administratif, personnel soignant, personnel technique et agents de la cuisine)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Remplit la fiche d'incident ; ✓ Informe immédiatement son supérieur hiérarchique direct et lui transmet la fiche remplie ; ✓ Le supérieur hiérarchique direct informe le responsable du service concerné immédiatement ou dès sa prise de fonction et lui transmet la fiche d'incident ; ✓ Le responsable du service transmet la fiche d'incident au Directeur qui la vise et apprécie les suites à lui donner ; ✓ En cas d'absence du responsable de service, le supérieur hiérarchique transmet directement la fiche d'incident au Directeur dans les plus brefs délais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les fiches d'incident vierges se trouvent à l'accueil et à l'infirmerie de chaque bâtiment ainsi que dans les bureaux de chaque chef de service.

Annexe n°2
fiche d'incident maltraitance

Annexe n°3

Questions ouvertes concernant la projection du film « 24 heures de la vie d'un EHPAD »

Annexe n°4

Questionnaire destiné aux personnels soignants

LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET LA MISE EN PLACE D'UNE CULTURE
DE LA BIEN TRAITANCE A LA MAISON DE RETRAITE DE LA CROIX D'ARGENT

Cette grille est destinée à auto évaluer ses pratiques professionnelles dans le domaine de la maltraitance. Elle se veut un outil d'auto contrôle à visée essentiellement préventive. C'est avant tout une aide à la gestion du risque de maltraitance dans ses pratiques au quotidien. Elle doit être utilisée uniquement comme un outil d'alerte personnelle.

Personnels soignants (IDE et aide-soignants)

*** PA : lire Personne âgée**

		Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
1	Il m'arrive de tutoyer une PA sans son accord				
2	Il m'arrive de ne pas volontairement réaliser un soin				
3	Il m'arrive de ne pas m'appliquer en réalisant un soin				
4	Il m'arrive d'éprouver du rejet pour une PA				
5	Il m'arrive d'utiliser un ton sec et cassant pour m'adresser à une PA				
6	Il m'arrive d'être agressif (ve) dans mes propos face à une PA				
7	Il m'arrive d'utiliser le « on » en parlant à une PA				
8	Il m'arrive d'utiliser des propos grossiers et vulgaires face à une PA				
9	Il m'arrive de proférer des menaces à l'encontre d'une PA				
10	Il m'arrive d'adresser des insultes ou des injures à une PA				
11	Il m'arrive d'avoir une attitude infantilisante, intimidante voire humiliante envers une PA				

12	Il m'arrive de porter des jugements de valeur intempestifs sur une PA				
13	Il m'arrive de ne pas frapper à une porte avant d'entrer dans la chambre d'une PA				
14	Il m'arrive de ne pas fermer une porte et/ou une fenêtre lors d'un soin à une PA				
15	Il m'arrive de faire à la place de la PA en raison de sa lenteur				
16	Il m'arrive d'imposer l'heure du coucher et/ou du lever à une PA sans tenir compte de son rythme de vie				
17	Il m'arrive d'isoler abusivement une PA				
18	Il m'arrive de ne pas répondre volontairement à l'appel d'une PA (sonnette, cri...)				
19	Il m'arrive de mettre volontairement la sonnette hors de portée d'une PA				
20	Il m'arrive d'adopter une attitude indifférente face à une PA				
21	Il m'arrive d'imposer à une PA de manger des aliments pour lesquels je connais son aversion				
22	Il m'arrive de ne pas demander son avis ou de ne pas donner des explications sur les soins que j'effectue à une PA				
23	Il m'arrive de ne pas tenir compte d'un ou des handicaps d'une PA				
24	Il m'arrive d'utiliser une contention non prescrite par les médecins				
25	Il m'arrive d'utiliser un médicament pour calmer les troubles du comportement d'une PA sans prescription médicale				

26	Il m'arrive de ne pas prendre en compte la douleur d'une PA et de ne pas transmettre l'information				
27	Il m'arrive de préférer poser abusivement des protections contre l'incontinence plutôt que d'accompagner une PA aux toilettes				
28	Il m'arrive d'obliger une PA à participer à une activité occupationnelle contre son gré				
29	Il m'arrive de ne pas donner volontairement des produits de base à une PA (vêtements, produits de toilette...)				
30	Il m'arrive d'avoir des gestes d'énervement sur une PA (tapes...)				
31	Il m'arrive de m'appropriier un bien appartenant à une PA				
32	Il m'arrive de bloquer un lit en position haute pour empêcher une PA de se coucher				
33	Il m'arrive de ne pas faire appel à un autre membre de l'équipe quand je suis en difficultés avec une PA				
34	Il m'arrive en cas de problèmes personnels de les répercuter sur les PA				
35	Il m'arrive de ne pas vouloir travailler en équipe				
36	Il m'arrive de ne pas me sentir intégré dans une équipe et que cela nuise à mon travail auprès des PA				
37	Il m'arrive de ne pas éprouver le besoin de compléter mes connaissances de la PA en suivant des formations				
38	Il m'arrive de ne pas m'interroger sur mes limites professionnelles face à				

	une situation difficile touchant une PA (fin de vie, agressivité...)				
39	Il m'arrive d'abuser de produits (tranquillisants, alcool, somnifères...) qui pourraient modifier mon comportement professionnel				
40	Il m'arrive de ne plus porter d'intérêt à mon travail				
41	Il m'arrive de parler à un collègue en présence d'une PA sans prendre en compte sa présence				

Annexe n°5

Questionnaire destiné aux ASH

LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET LA MISE EN PLACE D'UNE CULTURE
DE LA BIEN TRAITANCE A LA MAISON DE RETRAITE DE LA CROIX D'ARGENT

Cette grille est destinée à auto évaluer ses pratiques professionnelles dans le domaine de la maltraitance. Elle se veut un outil d'auto contrôle à visée essentiellement préventive. C'est avant tout une aide à la gestion du risque de maltraitance dans ses pratiques au quotidien. Elle doit être utilisée uniquement comme un outil d'alerte personnelle.

Personnels ASH

*** PA : lire *Personne âgée***

		Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
1	Il m'arrive de tutoyer une PA sans son accord				
2	Il m'arrive d'éprouver du rejet pour une PA				
3	Il m'arrive d'utiliser un ton sec et cassant pour m'adresser à une PA				
4	Il m'arrive d'être agressif (ve) dans mes propos face à une PA				
5	Il m'arrive d'utiliser le « on » en parlant à une PA				
6	Il m'arrive d'utiliser des propos grossiers et vulgaires face à une PA				
7	Il m'arrive de proférer des menaces à l'encontre d'une PA				
8	Il m'arrive d'adresser des insultes ou des injures à une PA				
9	Il m'arrive d'avoir une attitude infantilissante, intimidante voire humiliante envers une PA				
10	Il m'arrive de porter des jugements de valeur intempestifs sur une PA				
11	Il m'arrive de ne pas frapper à une porte avant d'entrer dans la chambre d'une PA				

12	Il m'arrive de faire à la place de la PA en raison de sa lenteur				
13	Il m'arrive d'imposer l'heure du coucher et/ou du lever à une PA sans tenir compte de son rythme de vie				
14	Il m'arrive d'isoler abusivement une PA				
15	Il m'arrive de ne pas répondre volontairement à l'appel d'une PA (sonnette, cri...)				
16	Il m'arrive de mettre volontairement la sonnette hors de portée d'une PA				
17	Il m'arrive d'adopter une attitude indifférente face à une PA et de l'ignorer				
18	Il m'arrive d'imposer à une PA de manger des aliments pour lesquels je connais son aversion				
19	Il m'arrive de ne pas tenir compte d'un ou des handicaps d'une PA				
20	Il m'arrive d'obliger une PA à participer à une activité occupationnelle contre son gré				
21	Il m'arrive de ne pas donner volontairement des produits de base à une PA (vêtements, produits de toilette...)				
22	Il m'arrive d'avoir des gestes d'énervement sur une PA (tapes...)				
23	Il m'arrive de m'appropriier un bien appartenant à une PA				
24	Il m'arrive de bloquer un lit en position haute pour empêcher une PA de se coucher				
25	Il m'arrive de ne pas faire appel à un autre membre de l'équipe quand je suis en difficultés avec une PA				

26	Il m'arrive en cas de problèmes personnels de les répercuter sur les PA				
27	Il m'arrive de ne pas vouloir travailler en équipe				
28	Il m'arrive de ne pas me sentir intégré dans une équipe et que cela nuise à mon travail auprès des PA				
29	Il m'arrive de ne pas éprouver le besoin de compléter mes connaissances de la PA en suivant des formations				
30	Il m'arrive de ne pas m'interroger sur mes limites professionnelles face à une situation difficile touchant une PA (fin de vie, agressivité...)				
31	Il m'arrive d'abuser de produits (tranquillisants, alcool, somnifères...) qui pourraient modifier mon comportement professionnel				
32	Il m'arrive de ne plus porter d'intérêt à mon travail				
33	Il m'arrive de parler à un collègue en présence d'une PA sans prendre en compte sa présence				

Annexe n°6

Questionnaire destiné aux personnels administratifs, techniques et de cuisine

LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET LA MISE EN PLACE D'UNE CULTURE
DE LA BIEN TRAITANCE A LA MAISON DE RETRAITE DE LA CROIX D'ARGENT

Cette grille est destinée à auto évaluer ses pratiques professionnelles dans le domaine de la maltraitance. Elle se veut un outil d'auto contrôle à visée essentiellement préventive. C'est avant tout une aide à la gestion du risque de maltraitance dans ses pratiques au quotidien. Elle doit être utilisée uniquement comme un outil d'alerte personnelle.

Personnels administratifs, techniques et cuisine

*** PA : lire *Personne âgée***

		Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
1	Il m'arrive de tutoyer une PA sans son accord				
2	Il m'arrive d'éprouver du rejet pour une PA				
3	Il m'arrive d'utiliser un ton sec et cassant pour m'adresser à une PA				
4	Il m'arrive d'être agressif (ve) dans mes propos face à une PA				
5	Il m'arrive d'utiliser le « on » en parlant à une PA				
6	Il m'arrive d'utiliser des propos grossiers et vulgaires face à une PA				
7	Il m'arrive de proférer des menaces à l'encontre d'une PA				
8	Il m'arrive d'adresser des insultes ou des injures à une PA				
9	Il m'arrive d'avoir une attitude infantilisante, intimidante voire humiliante envers une PA				
10	Il m'arrive de porter des jugements de valeur intempestifs sur une PA				
11	Il m'arrive de ne pas frapper à une porte avant d'entrer dans la chambre d'une PA				

12	Il m'arrive de ne pas répondre volontairement à l'appel d'une PA (sonnette, cri...)				
13	Il m'arrive de mettre volontairement la sonnette hors de portée d'une PA				
14	Il m'arrive d'adopter une attitude indifférente face à une PA et de l'ignorer				
15	Il m'arrive de ne pas demander son avis ou de ne pas donner des explications sur les interventions que j'effectue à une PA				
16	Il m'arrive de ne pas prendre en compte la douleur d'une PA et de ne pas transmettre l'information				
17	Il m'arrive d'avoir des gestes d'énervement sur une PA (tapes...)				
18	Il m'arrive de m'appropriier un bien appartenant à une PA				
19	Il m'arrive de ne pas faire appel à un autre membre de l'équipe quand je suis en difficultés avec une PA				
20	Il m'arrive en cas de problèmes personnels de les répercuter sur les PA				
21	Il m'arrive de ne pas vouloir travailler en équipe				
22	Il m'arrive de ne pas me sentir intégré dans une équipe et que cela nuise à mon travail auprès des PA				
23	Il m'arrive de ne pas éprouver le besoin de compléter mes connaissances de la PA en suivant des formations				
24	Il m'arrive de ne pas m'interroger sur mes limites professionnelles face à une situation difficile touchant une PA (fin de vie, agressivité...)				

25	Il m'arrive d'abuser de produits (tranquillisants, alcool, somnifères...) qui pourraient modifier mon comportement professionnel				
26	Il m'arrive de ne plus porter d'intérêt à mon travail				
27	Il m'arrive de parler à un collègue en présence d'une PA sans prendre en compte sa présence				

Annexe n°7

Questions ouvertes accompagnant les questionnaires

Questions ouvertes

- 1) Le phénomène de la maltraitance des personnes âgées dépendantes est très médiatisé, qu'en pensez-vous ?

- 2) Qu'évoque pour vous le terme de maltraitance ?

- 3) A votre avis, comment peut on lutter contre la maltraitance ?

- 4) Comment vous comportez vous quand vous êtes témoin d'un comportement maltraitant ? (ou comment penseriez vous agir dans ce cas)

- 5) Qu'évoque la bientraitance des personnes âgées pour vous ?

- 6) Quels sont pour vous les éléments qui permettent d'être bientraitant au quotidien ?

- 7) Quels sont pour vous les éléments qui empêchent d'être bientraitant au quotidien ?

- 8) Qu'est ce qui a été mis en place pour développer la bientraitance dans votre établissement ?

- 9) En quoi vos conditions de travail peuvent elles avoir une incidence sur la bientraitance ?

Annexe n°8
Charte de bientraitance

CHARTRE DE BIENTRAITANCE

Vous savez tous que la lutte contre la maltraitance est une priorité des pouvoirs publics et de la maison de retraite de la Croix d'argent.

Aujourd'hui, nous avons choisi de vous parler de son contraire : la bientraitance.

La bientraitance est une pratique professionnelle positive c'est-à-dire tous ces gestes et attitudes quotidiens qui donnent sens à notre métier et qui font que nous ne sommes pas seulement des professionnels fiables mais aussi des êtres humains qui ont une éthique.

Etre bientraitant en milieu collectif, c'est continuer à donner un sens à la vie en respectant la personne dans son identité.

C'est un ensemble de comportements et d'attitudes respectueux de la personne âgée dépendante.

C'est aussi tout ce qui favorise l'épanouissement de la personne, s'adapte à ses besoins divers et permet un développement harmonieux.

C'est surtout refuser l'attribution d'un pouvoir quel qu'il soit sur la personne âgée que l'on accompagne ou que l'on soigne.

Bien traiter un résident c'est reconnaître en lui un homme ou une femme qui a un passé, une histoire de vie et une identité singulière, en un mot un statut de citoyen à part entière, quelle que soit la gravité de son état de dépendance.

Article I : Toujours utiliser le vouvoiement et employer le nom de famille du résident lorsqu'on s'adresse à lui.

Article II : Frapper avant d'entrer dans une chambre et attendre la réponse de ceux qui peuvent s'exprimer.

Article III : Respecter le secret professionnel.

Article IV : Répondre aux appels des résidents dans les meilleurs délais.

Article V : Favoriser l'autonomie des résidents : les encourager à faire sans faire à leur place, avec pédagogie.

Article VI : Ne pas utiliser de contention pour les résidents sans avis médical.

Article VII : Informer le résident des soins qui lui sont prodigués.

Article VIII : Respecter son confort et sa tranquillité.

Article IX : Ne jamais recevoir aucun argent, ni cadeau de valeur marchande de la part des résidents.

Article X : Ne jamais faire de discriminations entre les résidents et permettre à tous l'égal accès aux différentes activités.

Article XI : Ne jamais infantiliser le résident ou être familier avec lui.

Article XII : Respecter l'espace personnel du résident et son intimité.

Article XIII : Préserver la dignité du résident et son estime de soi par son apparence et en tenant compte de ses habitudes de vie.

Article XIV : Identifier les inquiétudes du résident et chercher ensemble des réponses.

Article XV : Prendre en compte les goûts et les habitudes alimentaires des résidents pour la confection des repas.

Article XVI : Ne pas obliger le résident à manger en cas de refus, en parler alors en équipe au moment des transmissions pour prendre une décision commune.

Article XVII : Optimiser notre faculté d'écoute pour répondre au mieux aux demandes des résidents.

Article XVIII : S'interroger régulièrement sur ses pratiques professionnelles et vérifier qu'elles sont conformes aux objectifs de bien-être.

Article XIX : Respecter la personne âgée dans ses croyances et pratiques religieuses.

Article XX : Respecter le souhait du résident quant à son heure de lever et de coucher, dans les limites des contraintes institutionnelles.

Article XXI : Prendre le temps pour chaque geste, en particulier pendant la toilette.

Article XXII : Proposer son aide même si le résident n'ose pas ou ne peut la demander.

Article XXIII : Prêter une grande attention au cadre ou à l'environnement de vie de ceux qui ne s'expriment plus.

Article XXIV : Parler au résident avec douceur.

Article XXV : Ne jamais avoir une discussion entre collègues sans tenir compte du résident présent.

Article XXVI : Face à une réaction d'hostilité, chercher à l'analyser, y répondre en équipe, et éviter les situations à risques.

Article XXVII : Favoriser les liens et les échanges avec les proches et l'entourage du résident.

Article XXVIII : Ne pas afficher systématiquement les dessins et productions des résidents pour éviter de mettre en péril leur image auprès de leur famille.

Article XXIX : Fermer la porte de la chambre pendant un soin ou une toilette.

Article XXX : Ne pas condamner, interdire ni porter un jugement sur la sexualité des résidents.