



EHESP

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

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**Promouvoir la bientraitance, un des
enjeux du management des E.H.P.A.D.**

**Exemple des résidences La Loysance (Antrain) et Les
Hameaux du Coglais (St Brice en Coglès)**

Laurence VANTRIMPONT

Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à:

M. Joanny Allombert, directeur des hôpitaux d'Antrain et de St Brice, qui m'a accueillie en stage et, entre autres, m'a permis de réaliser les investigations utilisées dans ce mémoire;

Les personnes avec qui j'ai pu étudier la démarche de bienveillance, notamment Mme Martine Hubert, cadre de santé et coordinateur Humanitude, et les référents Humanitude;

Toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes interrogations lors des entretiens;

Les professionnels de la résidence La Loysance, de la résidence Les Hameaux du Coglais et de l'EHPAD de St Brice pour l'accueil qu'ils m'ont réservé.

Sommaire

Introduction	1
1 La bientraitance : une démarche innovante pour promouvoir le bien être des personnes âgées.....	5
1.1 Les contours et champs d'application du concept de bientraitance.....	5
1.1.1 Evolution du droit des citoyens et des personnes vulnérables face aux actes de maltraitance	5
1.1.2 La naissance du concept de bientraitance	8
1.2 Le contexte des démarches de bientraitance.....	13
1.2.1 La bientraitance, une définition complexe	13
1.2.2 La démarche de bientraitance au sein des établissements d'Antrain et de St Brice	16
2 La bientraitance en EHPAD : l'expérience enrichissante des résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais	19
2.1 La mise en place de la démarche	19
2.1.1 L'organisation de la démarche.....	19
2.1.2 Les formations et leurs impacts sur le terrain.....	22
2.2 L'accompagnement de l'autonomie au travers du respect des droits et des rythmes des usagers.....	24
2.2.1 Le respect des droits des usagers	24
2.2.2 Le respect des rythmes des usagers	28
2.3 L'aménagement d'un environnement sécurisant et convivial	30
2.3.1 La sécurité des usagers.....	30
2.3.2 La vie sociale et l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur	31
2.4 Le management de l'établissement et des ressources humaines	33
2.4.1 Organisation institutionnelle et respect des rythmes individuels.....	33
2.4.2 Adaptation de la gestion des ressources humaines aux besoins des usagers	36
3 Les préconisations après deux ans de déploiement de la démarche.....	39
3.1 Instaurer un cadre propice au management de la démarche	39
3.1.1 Constituer un groupe de pilotage.....	40
3.1.2 Adapter les objectifs au contexte et aux moyens de l'établissement	41
3.2 Sensibiliser et former les professionnels.....	42
3.2.1 Choisir une formation adaptée.....	42
3.2.2 Favoriser l'acquisition des compétences.....	42

3.3	Impliquer les professionnels et communiquer autour de la démarche.....	44
3.3.1	Accompagner les professionnels dans le changement	44
3.3.2	Fédérer les professionnels autour de valeurs institutionnelles	46
3.4	Mettre en valeur les ressources professionnelles.....	48
3.5	Instaurer un management éthique de l'encadrement	49
3.6	Évaluer l'impact de la démarche de bientraitance.....	51
3.6.1	L'enquête Anesm.....	51
3.6.2	Les autres outils d'évaluation.....	52
	Conclusion	55
	Sources et Bibliographie.....	58
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFBAH:	Association Française pour la bienveillance des Aînés et/ou Handicapés
ALMA:	Association « Allô Maltraitance »
AMP:	Aide Médico-Psychologique
ANESM:	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
AS:	Aide-soignant
CAP:	Comportement d'Agitation Pathologique
CASF:	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDD:	Contrat à Durée Déterminée
CHSCT:	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CUI:	Contrat Unique d'Insertion
CVS:	Conseil de la Vie Sociale
DGAS:	Direction Générale de l'Action Sociale
EHPAD:	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GIR:	Groupe Iso-Ressources
GMP:	GIR Moyen Pondéré
IDE:	Infirmier Diplômé d'Etat
IPAQSS:	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PUI	Pharmacie à usage intérieur
SFGG:	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SSIAD:	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR:	Soins de Suite et Réadaptation
USLD:	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« Il n'y a pas d'amour, il n'y a que des preuves d'amour »

Jean Cocteau

Depuis ces dernières années, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.) ne se contentent plus de mettre en oeuvre des démarches d'amélioration de la qualité, mais s'engagent également dans des démarches de bientraitance.

Au-delà de l'amélioration de la qualité des prestations et de la prise en charge, la philosophie de la loi du 2 janvier 2002¹ incite les établissements à passer d'une logique où l'usager s'adapte aux contraintes institutionnelles, à une logique où l'accueil et l'accompagnement sont adaptés à l'usager.

Le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance² a étendu la notion de bientraitance, née dans le secteur de l'enfance, aux secteurs des personnes handicapées et des personnes âgées. Ce plan fait suite à des constats d'actes de maltraitance, de formes variées, pas toujours visibles directement (négligences...). Le relais médiatique d'affaires de maltraitance en EHPAD a incité les pouvoirs publics à prendre des mesures pour redonner confiance aux usagers, à leurs familles, et globalement à une société impuissante devant le phénomène de vieillissement de la population.

Mais force est de constater que la méfiance du public vis-à-vis de nos institutions est toujours présente, entretenue par des incidents récurrents (reportage « les infiltrés »³ en 2008, dénonciations de maltraitance dans une maison de retraite de Bayonne en 2009⁴). Une enquête de TNS Sofres de mai 2009⁵ révélait les chiffres suivants: 52% des personnes interrogées avaient une opinion négative de la maison de retraite, et 40% émettaient des soupçons ou faisaient des constats de maltraitance.

¹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2 002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

² MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007*.

³ Reportage de France 2 « les infiltrés » dans l'établissement de Jouarre - Saint Jean les Deux Jumeaux en octobre 2008.

⁴ Maison de retraite Les Colombes à Bayonne en octobre 2009.

⁵ TNS Sofres, 2009, *Les français et le grand âgé – Cinquième vague du baromètre*.

Lors de la prise de poste en 2004 du directeur des hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice en Coglès (Ille-et-Vilaine), une nouvelle résidence de 150 places venait d'ouvrir à l'hôpital d'Antrain. Le directeur a eu la conviction que la mise en œuvre d'une démarche de bientraitance permettrait de redonner du sens à l'accompagnement quotidien des personnes âgées.

Le directeur a fait le choix de débiter la démarche par des formations Humanitude⁶ en 2007. Après deux années de travail sur la bientraitance, des résultats concrets et positifs ont été obtenus. Néanmoins, certains professionnels de ces établissements peinent à entrer dans la dynamique, n'y accordant que peu d'intérêt ou étant réticents aux méthodes employées. Un état des lieux et des indicateurs de résultats se sont révélés nécessaires à établir.

Alors que la maltraitance est bien définie, le concept de bientraitance reste flou. La bientraitance est une « forme d'action de chacun (chaque professionnel) et de tous (service, établissement) pour promouvoir le bien être concret de chaque individu accompagné, tout en en gardant à l'esprit les risques possibles de maltraitance. C'est à la fois une intention positive (aller vers le mieux pour une personne) et un/des acte(s) concret(s) pour réaliser cette intention »⁷.

La question cruciale en tant que directeur est de savoir pourquoi le déploiement de la bientraitance présente des difficultés et comment surmonter ces difficultés.

Tout d'abord, le regard des professionnels sur les personnes âgées (représentation des personnes âgées), sur leurs collègues (représentation des métiers) et sur eux-mêmes (valorisation des compétences) peut fausser le questionnement éthique et le positionnement professionnel.

En outre, le directeur doit s'interroger sur les « bonnes pratiques en matière de conciliation de la vie en collectivité et de la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »⁸ des usagers. Il doit définir un mode de management des organisations qui facilite l'adaptation des réponses apportées aux besoins et aux rythmes des usagers.

⁶ <http://www.igm-formation.net>

⁷ <http://www.afbah.org>

⁸ ANESM. 2009, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - Recommandations de bonnes pratiques* professionnelles.

De plus, la gouvernance des établissements peut être un facteur influant sur le bien-être au travail. La politique sociale et les recrutements sont des d'éléments qui impactent sur le sens donné à la mission des professionnels.

Enfin, la question des formations est au centre des démarches de bientraitance. Les formations doivent permettre de garantir un équilibre entre savoir-faire et savoirs être afin de permettre aux professionnels de développer les compétences nécessaires à une relation, à une communication et à une aide efficace et éthique.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce mémoire se compose de plusieurs outils : observations, participations à différentes réunions, entretiens, enquêtes, analyses de documents.

Les observations sur le terrain ont été réalisées lors de deux journées d'accompagnement des référents bientraitance dans les unités, et à l'occasion de la réalisation de mes missions de stage.

La participation aux instances des deux établissements m'a permis d'analyser les débats des professionnels sur la méthode Humanitude⁹ et son application.

J'ai participé à quatre comités de pilotage Humanitude. J'y ai apporté ma contribution au travers de l'analyse d'une enquête auprès des professionnels et de l'analyse comparée des résultats de l'enquête bientraitance¹⁰ de l'Anesm (annexe III).

J'ai également eu l'opportunité de participer à la formation Humanitude (3 jours et demi) et à une conférence Humanitude¹¹.

Des entretiens m'ont permis de cerner les points de vue de différents acteurs: le cadre coordinateur de la démarche, les deux référents Humanitude, le médecin coordonnateur, une psychologue, deux aides médico-psychologiques (A.M.P.), quatre résidents (dont le Président du conseil de vie sociale – C.V.S. - d'Antrain) et la fille d'un résident.

J'ai complété ces investigations par l'analyse des documents internes, tels que le bilan social, les plans de formation 2007 à 2009, le projet d'établissement, et les documents destinés aux usagers (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement).

Les éléments de travail recueillis dans les établissements d'Antrain et de St Brice ont été mis en parallèle avec deux autres EHPAD, (que je nommerai EHPAD X et Y), afin de comparer les outils de bientraitance mis en oeuvre.

⁹ <http://www.igm-formation.net>

¹⁰ ANESM. 2010, *Analyse nationale de l'état du développement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.*

¹¹ Gineste Y., MARESCOTTI R., « Méthodologie de soin Gineste - Marescotti : milieu de vie et prendre soin », Journée d'étude, 3 mai 2010, Rennes.

Dans une première partie, j'exposerai les principes de la bientraitance, et les liens avec les notions de management et d'éthique.

Dans une deuxième partie, je présenterai l'analyse de la démarche de bientraitance au sein des résidences La Loysance (Antrain) et Les Hameaux du Coglais (St Brice).

Enfin, je montrerai dans une troisième partie en quoi le management éthique, dont l'accompagnement des professionnels au quotidien et l'évaluation des actions en œuvre, permet de promouvoir la bientraitance.

1 La bientraitance : une démarche innovante pour promouvoir le bien être des personnes âgées

1.1 Les contours et champs d'application du concept de bientraitance

1.1.1 Evolution du droit des citoyens et des personnes vulnérables face aux actes de maltraitance

De nombreux textes sont venus encadrer le droit des citoyens, des personnes vulnérables, ainsi que des usagers des établissements médico-sociaux, plus particulièrement des E.H.P.A.D.

A) Textes internationaux

La **déclaration universelle des droits de l'homme** de 1948 est le premier texte au niveau international à énoncer les droits de l'Homme et les libertés fondamentales.

Le 20 novembre 1959, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Déclaration des droits de l'enfant. Malgré que de nombreux États n'aient pas signé cette déclaration et que le texte n'a aucune valeur contraignante, il ouvre la voie à une reconnaissance universelle des Droits de l'Enfant. Ce texte définit en dix principes les Droits de l'Enfant et fait de lui un véritable sujet de droit.

La déclaration des droits des personnes handicapées est ensuite adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 9 décembre 1975.

La Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des Affaires Sociales signent une **Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante** en mars 1988 puis en 1999¹². Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

Enfin, la **Charte des droits fondamentaux** est une déclaration des droits adoptée le 7 décembre 2000 par l'Union européenne.

En France, en complément au Préambule de la Constitution de 1946, trois textes juridiques récents concernent la protection des usagers du secteur social et médico-

¹² FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, 1999, Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

social : la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹³, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹⁴, et la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance¹⁵.

Cette évolution du droit des citoyens et des usagers a ouvert la porte à la mise en place d'une politique nationale, et également à de nombreuses actions d'associations du secteur social et médico-social.

Ces dispositifs reposent sur une définition de la maltraitance du Conseil de l'Europe.

Depuis 1987, la maltraitance est définie par le Conseil de l'Europe comme une « *violence caractérisée par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à sa liberté, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ».

En 1992, le Conseil de l'Europe a complété cette définition par une typologie des actes de maltraitance : violences physiques, violences psychiques ou morales, violences matérielles et financières, violences médicales ou médicamenteuses, négligences actives, négligences passives, et privation ou violation de droits.

Selon la Direction Générale de l'Action Sociale (D.G.A.S.), les cas de maltraitance en établissement sont des « événements exceptionnels, rapportés au nombre de personnes prises en charge (0,03%). Néanmoins, tout acte de maltraitance est inacceptable et doit faire l'objet d'un traitement adéquat »¹⁶.

Ce sont des associations non gouvernementales loi 1901 qui interviennent en France au profit des personnes âgées, des familles et des professionnels en matière d'information, de prévention et de lutte contre les maltraitements faites aux personnes âgées : la fédération ALMA (Allô Maltraitance des Personnes Âgées et/ou Handicapées), l'AFBAH (Association Française pour la Bienveillance des Aînés et/ou Handicapés), les petits frères des pauvres.

¹³ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

¹⁴ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n°36 du 12 février 2005, p2353.

¹⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [en ligne]. Journal officiel n°55 du 6 mars 2007.

¹⁶ MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007, *Plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007*.

Le gouvernement français a créé le 13 mars 2007 (décret n°2007-330) un **Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés**¹⁷.

Les instructions ministérielles n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007¹⁸ ont abouti à la mise en place d'un numéro d'appel national unique : le 3977, géré par la plateforme nationale AFBAH qui offre une écoute du lundi au vendredi de 9 h à 19 h et qui transmet les signalements en vue d'une gestion de proximité aux centres d'écoute départementaux gérés par le réseau ALMA France.

B) Le code pénal

Le code pénal a également évolué vis-à-vis de la protection des personnes vulnérables, et des jurisprudences importantes ont renforcé les droits des victimes et des personnes effectuant des signalements.

Ainsi le nouveau code pénal introduit la notion de responsabilité à l'**article 434 1.2.3.**, qui oblige à dénoncer aux autorités administratives ou judiciaires des faits pour quiconque a connaissance d'un crime qu'il est possible de prévenir ou de mauvais traitements ou de privations infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

L'arrêt de la Cour de Cassation du 26 septembre 2007¹⁹, présente un intérêt majeur pour le secteur social et médico-social. Cet arrêt donne tout effet utile à l'article 48 de la loi du 2 janvier 2002²⁰ et à l'article L.313-24 du Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F.). Cette jurisprudence établit que:

- l'article L 313-24 assure une protection pleine et entière au salarié sanctionné pour avoir témoigné ou relaté des actes de maltraitance, et ce, sans qu'il ait à rapporter la preuve de la réalité des faits dénoncés,

¹⁷ MINISÈRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Décret n° 20 07-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés. JORF n°61 du 13 mars 2007 page 4756.

¹⁸ MINISÈRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. BO n°2007-4 du 15 mai 2007, 146-151.

¹⁹ Arrêt de la Cour de Cassation du 26 septembre 2007 N°1880 FS-P B, Pourvoi n°V 06-40. 039

²⁰ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2 002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

- l'invocation par l'employeur du témoignage de maltraitance corrompt l'entier licenciement,
- et que dès lors que l'article L.313-24 prévoit l'interdiction absolue d'une quelconque sanction disciplinaire du fait de signalement de maltraitances et la réintégration du salarié licencié en violation de ladite interdiction, celui-ci entend nécessairement que le licenciement est nul.
- enfin elle établit que le devoir pour les salariés, pénalement sanctionné, de dénoncer des crimes et délits dont ils ont connaissance, constitue une liberté fondamentale qui doit profiter d'une protection légale renforcée.

La protection des personnes âgées est donc assurée par la loi pénale. Tout acte de maltraitance doit être sanctionné.

Néanmoins, une différence doit être établie entre les situations de maltraitance pénales qui impliquent des crimes et délits poursuivis devant les tribunaux, et la maltraitance ordinaire qui doit être traitée selon une procédure interne à l'établissement.

Le tabou de la maltraitance se levant peu à peu, la prise de conscience des pouvoirs publics et des professionnels ont permis de mettre en place de nouveaux concepts pour tenter de prévenir ces actes.

1.1.2 La naissance du concept de bientraitance

A) L'imprégnation des différents secteurs sociaux et médico-sociaux

Le terme, et concept, de bientraitance est apparu dans les années 1970. Il naît dans un champ professionnel marqué par plusieurs concepts importants. Les principaux concepts sont repris par l'Anesm²¹ et décrits ci-dessous.

Tout d'abord apparaît la notion de **bienfaisance** en 1979 dans le rapport Belmont²². La bienfaisance y est décrite comme une « obligation » pour les professionnels de la

²¹ ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

²² The Belmont Report. *Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. Report of the National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research. Chapter C: "Basic Ethical Principles" § Beneficence*, 1979 cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

recherche, et est définie par deux règles générales : « ne faites pas de tort » et « maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles ».

Vient ensuite la notion de **bienvveillance** qui se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui.

Dans le domaine de la psychanalyse, le pédopsychiatre Donald Winnicott²³ développe la notion de **mère « suffisamment bonne »**. Nous y retrouvons l'idée d'une posture de bientraitance, qui permet de s'ajuster à une personne en particulier, à un moment donné.

Le psychologue Carl Rogers²⁴ a développé quant à lui quatre dimensions de la communication qui peuvent en particulier participer à une démarche de bientraitance :

- observer les faits en évitant les jugements de valeur,
- reconnaître ses propres sentiments, ce qui permet à l'interlocuteur de trouver plus facilement un espace pour exprimer également les siens,
- avoir conscience et exprimer ses besoins propres, ce qui facilite également la compréhension des besoins de l'autre,
- savoir formuler sa demande et indiquer à l'autre quelles actions concrètes peuvent contribuer à mon bien-être.

À travers l'ensemble de ces dimensions, c'est la faculté d'empathie et la posture de négociation qui doivent être retenues de la part du professionnel.

Le philosophe Paul Ricoeur²⁵ aborde la notion de **sollicitude**. Celle-ci consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre. Incarnée dans un geste individuel, la sollicitude répond à une fragilité momentanée ou durable par une réponse singulière, soucieuse de l'unicité de l'autre et de sa vulnérabilité. Là où il ne peut toujours parvenir à réparer la différence de situations et l'écart de possibilités, le geste de sollicitude vise en tout cas à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre.

²³ WINNICOTT D., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

²⁴ ROGERS C., 1998, *Le développement de la personne*. Paris : Dunod, cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

²⁵ RICOEUR P., 1990, *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

La notion de « **care** » traduit de l'anglais « prendre soin de » se différencie de la technique qui n'a pour objectif que de guérir. Cette notion se réfère à un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience des professionnels qui travaillent au plus près des personnes dépendantes²⁶.

L'enseignement du « care » décrit des attitudes et comportements non pas déterminés par la règle ou le droit, mais par l'adaptation des réponses à une situation donnée, toujours singulière²⁷: « la pratique du care implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre »²⁸. L'éthique du care est donc une réponse contextualisée et personnalisée.

Dans les années 1980, « L'opération Pouponnière » gérée par le comité de pilotage ministériel introduit le concept de **bientraitance**.

Ce terme renvoie au cheminement de professionnels qui souhaitent « rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance »²⁹.

J-P Toutut³⁰ détaille l'essor du concept de bientraitance dans les années 1990. Le terme de bientraitance est apparu en premier lieu dans le domaine de l'enfance. Plusieurs ministres ont ensuite repris ce terme lors de leurs travaux au ministère de la Famille : S. Royal lors de son discours du 8 décembre 2000³¹, ou encore C. Jacob dans son discours du 20 novembre 2003³².

Même si la bientraitance ne fait pas partie à proprement parler de la loi du 2 janvier 2002³³, elle y apparaît en filigrane. En effet, cette loi réaffirme l'existence des droits

²⁶ PAPERMAN P., LAUGIER S., 2006, *Le souci des autres, Éthique et politique du care*. Paris: EHESS, cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

²⁷ GILLIGAN C. *In a different Voice*. Harvard University Press, 1982, cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

²⁸ «Caring involves stepping out of one's own personal frame of reference into the other's »: Noddings, Nel. *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press, 1984, p.24, cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

²⁹ RAPOPORT D., 2006, *La bien-traitance envers l'enfant*. Paris: Belin, 2006, p. 20, cit. in ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

³⁰ TOUTUT J-P., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux – Repères et recommandations*. pp126.

³¹ ROYAL S., Discours du 8 décembre 2000 devant le Conseil supérieur du travail social ». Ministère de la famille et de l'enfance.

³² JACOB C., « Prévenir la maltraitance, promouvoir la bientraitance : une ambition européenne ». Discours du 20 novembre 2003 à la Conférence des ministres européens en charge de la famille.

³³ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°20 02-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

généraux pour les personnes accueillies tout en créant de nouveaux droits (participation directe de l'utilisateur à la conception et à la mise en œuvre du projet de vie). Elle s'appuie sur différents outils, tels que le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le C.V.S. et la charte des droits et des libertés de la personne accueillie³⁴.

Elle impulse par là même une culture nouvelle de prise en soins des résidents dans un contexte éthique. Cette culture doit transparaître dans les valeurs de l'établissement et du personnel, mais aussi dans l'organisation interne. Cela implique de créer une nouvelle logique institutionnelle.

En parallèle, il s'agit pour le directeur de définir une ligne directrice à suivre, en adaptant l'organisation du temps de travail, à la fois au rythme des résidents, mais également aux besoins des soignants pour éviter l'épuisement professionnel et le syndrome du burn-out. Le burn-out est un « syndrome qui s'exprime par un ensemble de symptômes particuliers : l'épuisement émotionnel, le désinvestissement de la relation à autrui et la diminution du sentiment d'efficacité personnelle »³⁵.

La notion de bientraitance s'est ensuite étendue à l'ensemble des populations du secteur social et médico-social, incluant les personnes âgées.

B) Le secteur des personnes âgées

Les pouvoirs publics se mobilisent petit à petit autour d'une politique de sensibilisation et de lutte contre la maltraitance.

Le **Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance** du 14 mars 2007³⁶, présenté par P. Bas, comporte dix mesures. Y figurent la création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), rendue opérationnelle dès 2007, le déclenchement de démarche qualité dans les établissements, la sensibilisation et la formation des personnels à la bientraitance, l'augmentation des effectifs et la valorisation des métiers, et enfin l'humanisation du cadre de vie.

Ce plan renforce le **Plan Solidarité Grand Age 2007-2012**³⁷ de juin 2006.

³⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie – Art. L311-4 du CASF

³⁵ BOUDOUKLA A-H., 2009, *Burn-out et traumatismes psychologiques*. Paris : Dunod, 160p.

³⁶ MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007*.

³⁷ MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, 2006, *Plan Solidarité – Grand Age*.

En 2008, dans la prolongation du plan du 14 mars 2007, la circulaire du 15 octobre 2008³⁸ renforce les missions d'inspection et de contrôle avec pour objectif de doubler le nombre des inspections dans les établissements.

De nouvelles instances sont créées pour assurer la mise en oeuvre et le suivi des actions. Le "**Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés**"³⁹ publie en décembre 2008 un guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement de personnes âgées et/ou handicapées⁴⁰.

Par la suite, une instruction ministérielle du 26 mars 2009 demande aux Préfets d'organiser la tenue d'**assises départementales de la bientraitance à destination des personnes âgées**⁴¹. Cette instruction intervient dans le cadre de l'**opération Bientraitance**, lancée le 16 octobre 2008. « Ces assises départementales de la bientraitance doivent servir de support à la sensibilisation et à la mobilisation des acteurs intervenant autour de la prise en charge des personnes âgées. Au-delà de la sensibilisation, l'objectif de ces assises est d'identifier des pistes de réflexion et les actions qui pourront être déclinées localement »⁴².

Nora Berra⁴³, Secrétaire d'Etat chargée des Aînés, a présenté le 2 décembre les résultats de l'enquête diligentée par l'inspection générale des affaires sociales suite aux cas de maltraitements révélés au sein de l'établissement « les Colombes » à Bayonne.

Au-delà du plan « Bientraitance », la ministre a présenté 10 nouvelles mesures en faveur de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

³⁸ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire n°DGAS/2A N°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 BO n°2008-11 du 15 décembre 2008, 165-167.

³⁹ MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE. Décret n° 2007-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés. JORF n°61 du 13 mars 2007 page 4756.

⁴⁰ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, COMITÉ NATIONAL DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET ADULTES. 2008, *Guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement de personnes âgées et/ou handicapées*.

⁴¹ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE. Instruction DGAS/2A n°2009-88 du 26 mars 2009 relative à l'organisation des assises départementales de la bientraitance en faveur des personnes âgées. BO n°2009-4 du 15 mai 2009, 379-380.

⁴² Ibidem.

⁴³ BERRA N., « Maltraitance des personnes âgées ». Discours du 2 décembre 2009. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique.

1.2 Le contexte des démarches de bientraitance

Ces évolutions dans le secteur des personnes âgées ont permis aux EHPAD de rompre avec leur passé et le secteur sanitaire, où les prises en charge sont centrées sur les soins.

La bientraitance est souvent vécue comme un chamboulement par les professionnels. Elle donne un sens profond et éthique à la loi du 2 janvier 2002⁴⁴, en recentrant les personnels sur l'individualisation de l'accompagnement, avec un regard différent sur les besoins de la personne âgée.

Pour saisir la portée exacte d'une démarche de bientraitance, il est nécessaire d'étudier en détail ce que cette notion recouvre.

1.2.1 La bientraitance, une définition complexe

La bientraitance étant issue d'un ensemble de concepts, il est difficile d'en dresser une définition succincte, qui n'existe d'ailleurs pas dans la littérature.

L'Anesm propose un certain nombre d'éléments de définition de la bientraitance⁴⁵.

Elle précise en premier lieu que **la bientraitance ne doit pas être opposée à la maltraitance**, car tout ce qui n'est pas bientraitant n'est pas forcément maltraitant, et qu'il est nécessaire de travailler en parallèle sur ces deux notions.

J-P Toutut rappelle en effet que la lutte contre la maltraitance est une étape préliminaire à la démarche de bientraitance⁴⁶.

La bientraitance ne s'appuie pas sur un objectif prédéfini, mais sur une démarche d'amélioration continue, avec des objectifs déterminés en fonction du moment et du contexte de l'établissement. Elle impulse une culture qui vise à promouvoir le bien-être des usagers, en s'adaptant à leurs besoins fondamentaux.

La bientraitance repose sur un ensemble de principes complémentaires.

⁴⁴ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2 002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

⁴⁵ ANESM, Juin 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

⁴⁶ TOUTUT J-P., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux – Repères et recommandations*. pp 28.

Comme le précise l'Anesm, « ces principes relèvent non pas de la pratique professionnelle proprement dite, mais des questionnements éthiques qui habitent et traversent cette pratique »⁴⁷. La bientraitance « s'inscrit dans le projet éthique indissociable de l'action sociale et médico-sociale, qui est une tentative d'articuler le plus justement possible les situations les plus singulières avec les valeurs les plus partagées – valeurs de liberté, de justice, de solidarité, de respect de la dignité. »

Elle nécessite pour les professionnels un **questionnement et une remise en question permanente**, pour apporter la meilleure réponse possible, à un besoin identifié à un moment donné.

Dans son rapport sur les résultats du questionnaire bientraitance 2009, l'Anesm apporte une définition plus circonscrite de la bientraitance.

La « bientraitance ne couvre pas l'ensemble des aspects qui concourent à la qualité de l'accompagnement en EHPAD, et in fine, à la qualité de vie des personnes accueillies. La bientraitance est l'une des dimensions essentielles de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Elle vise en priorité :

- les conditions d'exercice des professionnels, qui concourent à une relation entre la personne accueillie et les professionnels respectant ses droits, favorisant l'individualisation et la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement (médicale, psychologique, sociale) impliquant une nécessaire coordination entre les professionnels ;
- la professionnalisation et la qualification des intervenants ;
- la potentialisation des ressources internes et celles disponibles sur le territoire ;
- l'organisation (communication, documentation, système d'information) et le management. »⁴⁸

Un management éthique ne peut que faciliter l'implantation de la démarche. Selon J-P. Toutut⁴⁹, de nombreux directeurs prônent des valeurs auprès des professionnels qu'ils ne mettent pas eux-mêmes en application. Un management éthique consiste à traduire en actes ces valeurs proclamées. Il suppose de rendre l'organisation et les hommes capables de recul, de hauteur, de questionnement, d'autocritique en vertu d'un référentiel

⁴⁷ ANESM. 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.*

⁴⁸ ANESM. 2010, *Analyse nationale de l'état du développement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.*

⁴⁹ TOUTUT J-P., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux – Repères et recommandations.* pp129.

de comportement explicite ou implicite, sans que cela affecte l'autorité ou les rôles fonctionnels.

Comme le pointe J-P. Toutut⁵⁰, le directeur d'un établissement étant le garant du management et des organisations, il est le premier garant de la bientraitance.

En effet, le directeur doit adopter un positionnement respectueux des trois principes éthiques définis par l'Anesm⁵¹.

Le premier principe est celui de l'engagement. Le directeur doit donner un sens précis au projet d'établissement, et le rappeler régulièrement à l'encadrement et aux équipes. Ses convictions seront le support de la réflexion des professionnels.

Le deuxième principe est le principe de responsabilité. Le directeur représente la personne devant laquelle chaque professionnel doit répondre de ses actes.

Le troisième principe est celui de la justice. Il s'agit pour le directeur de maintenir un équilibre entre autorité et permissivité. Ce positionnement distancié permet de poser les règles et de les faire appliquer sereinement.

En adoptant ces principes, le directeur impulse leur respect par les cadres vis-à-vis des professionnels, et facilite le déploiement de la bientraitance dans son établissement.

Ces principes rejoignent la définition de J-F. Malherbe sur l'éthique comme « le travail que l'on consent à faire avec d'autres, sur le terrain, pour réduire, autant que faire se peut, l'inévitable écart entre les valeurs affichées et les pratiques effectives »⁵².

Le directeur de l'établissement étant le garant de la démarche de bientraitance, il lui appartient de définir la démarche adéquate à mettre en place au sein de l'institution.

De nombreux organismes proposent aujourd'hui des formations à la bientraitance.

Lors de mes investigations, j'ai rencontré des directeurs d'établissements ayant utilisé l'outil Mobiquial - Bientraitance⁵³ produit par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (S.F.G.G.) et la méthode Humanitude⁵⁴.

⁵⁰ TOUTUT J-P., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux – Repères et recommandations*. pp129.

⁵¹ ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance; Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*

⁵² MALHERBE JF., AUDET D., 2008, *Sujet de vie ou objet de soins ? - Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal: Fides, 471 p.

⁵³ <http://www.mobiquial.fr>

⁵⁴ <http://www.igm-formation.net>

Cette dernière ayant été appliquée dans l'établissement où j'effectuais mon stage, je la détaillerai plus particulièrement ci-dessous.

1.2.2 La démarche de bientraitance au sein des établissements d'Antrain et de St Brice

A) Le contexte des résidences concernées

Les hôpitaux d'Antrain et de St Brice sont des établissements publics de santé (ex-hôpitaux locaux) sous direction commune depuis 2004. La direction est composée d'un directeur, de deux directeurs adjoints et d'un cadre supérieur de santé. Elle a peu à peu mutualisé les services administratifs (regroupement sur le site d'Antrain en 2007), techniques et logistiques, ainsi que certains aspects de ressources humaines (notamment le groupe de pilotage de la démarche de bientraitance).

L'hôpital d'Antrain est constitué d'un service de médecine de 12 lits, d'un service de soins de suite de 7 lits, d'un service de réadaptation fonctionnelle « rééducation » de 45 places et un service de soins à domicile (S.S.I.A.D.) de 27 places. **La résidence « Village de La Loysance »**, établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), s'y ajoute avec une capacité de 145 lits d'hébergement permanent (dont 50 places ex-unité de soins de longue durée - USLD depuis le 1^{er} janvier 2010), une unité de 18 lits spécialisés pour la pathologie Alzheimer (14 lits d'hébergement permanent, 2 places d'accueil temporaire et 2 places d'accueil de nuit) et 5 places d'accueil temporaire.

L'hôpital de St Brice en Coglès est constitué d'un service de médecine de 12 lits, d'un service de soins de suite de 11 lits, et d'un EHPAD de 111 lits d'hébergement permanent et 12 lits d'hébergement temporaire.

Depuis le 15 mars 2010, soixante résidents ont emménagé au sein de **la nouvelle résidence des Hameaux du Coglais**.

Ce déménagement a été l'occasion de la mise en place d'une organisation nouvelle, au sein d'un bâtiment conçu comme un lieu de vie, et non comme un lieu de soins.

J'ai effectué mon stage de professionnalisation au sein de ces deux structures de novembre 2009 à juin 2010. J'ai ainsi pu suivre la démarche de bientraitance pendant cette période et constater les effets au niveau architectural durant les 3 mois suivant le déménagement au sein des Hameaux du Coglais.

Ces deux résidences se situent en milieu rural, à une distance de 12 kilomètres.
Le niveau moyen de dépendance (GIR⁵⁵ moyen pondéré) au sein de la résidence La Loysance est validé à 650, et celui de l'EHPAD de St Brice à 688.

L'établissement a choisi d'impulser une nouvelle dynamique au sein des EHPAD par l'intermédiaire des formations et de la méthode Humanitude.

En parallèle à cette démarche, les résidences ont l'expérience d'une approche de l'évaluation interne par l'intermédiaire de l'outil Aqualie⁵⁶.

Il s'agit d'un référentiel, sous forme de cahier des charges, créé par le Conseil Général d'Ille et Vilaine.

Ce référentiel permet de repérer les points forts et les points faibles de l'organisation et du fonctionnement des établissements. Il s'agit aussi de fixer les objectifs à atteindre afin d'améliorer la qualité du service rendu aux résidents et à leur famille.

Il répond aux exigences législatives d'évaluation interne et peut servir de base à l'évaluation externe qui devra être réalisée par un prestataire extérieur.

Concrètement, les établissements remplissent tous les ans un fichier informatique comportant 34 indicateurs. Le Conseil Général analyse les questionnaires des établissements et diffuse une synthèse des résultats. Ainsi les EHPAD peuvent comparer leurs résultats à ceux des EHPAD du département.

B) La méthode Humanitude⁵⁷

Cette méthode a été créée par Y. Gineste et R. Marescotti.

La "Philosophie de soins de l'Humanitude" basée sur les concepts de Bienveillance, de Règles de l'Art dans le soin, regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour :

- rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanité
- 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, debout, jusqu'à la fin.

⁵⁵ Groupe Iso-Ressources.

⁵⁶ <http://www.ille-et-vilaine.fr/actualites/personnes-agees-et-handicapees-ameliorer-la-qualite-des-services,97931.html>

⁵⁷ <http://www.igm-formation.net>.

La Philosophie de soin de l'Humanitude tente de répondre à une question : Qu'est ce qu'un soignant? Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne qui à des problèmes de santé, ou qui se préoccupe de sa santé, dans le but de l'aider à l'améliorer, ou la conserver, ou pour l'accompagner jusqu'à la mort. Mais jamais pour la détruire.

La formation Humanitude a pour objectifs :

- Aider l'établissement à mettre en place une culture basée sur une philosophie du soin en accord avec les désirs des clients, les évolutions des rôles des soignants, les attentes de la société.
- Etre soignant, prendre soin, base philosophique et éthique.
- Aider les soignants de l'établissement de soin à acquérir une méthodologie de soin qui situe chaque intervention d'accompagnement dans la ligne philosophique déterminée par les projets de soins.
- Améliorer la relation soignant soigné : développer une gamme de gestes sûrs et doux, condition essentielle à l'instauration d'une relation de confiance.
- Comprendre et prévenir les comportements d'agitation pathologiques⁵⁸ (C.A.P.).
- Connaître les rôles de chacun dans un programme de réduction des CAP.
- Etre en mesure d'appliquer les stratégies de prévention lors des soins de base.
- Savoir utiliser le regard, la parole, le toucher dans les soins.
- Acquérir des savoirs faire en mobilisation relationnelle vers la verticalité, pilier de l'estime et de l'image de soi et en nursing, vers une réhabilitation du schéma corporel.
- Apprendre ou améliorer des techniques de mobilisation adaptées aux différentes situations.
- Savoir évaluer l'intérêt des différentes toilettes : douceur, relationnelle, rééducative, hygiène.

La formation se déroule sur quatre jours consécutifs sur le site, avec alternance de cours théoriques et de pratiques dans les services auprès des résidents.

J'ai eu l'occasion de participer à une des sessions de formation en juin 2010. J'ai pu compléter les observations effectuées en compagnie des référents Humanitude, en échangeant avec les soignants et en observant la modification de leurs pratiques et de leurs savoirs être au court de la formation. La formation a représenté l'opportunité d'entrer en contact avec les résidents de manière différente, et pourtant indispensable pour un futur directeur, en découvrant le déroulement des toilettes.

⁵⁸ <http://www.igm-formation.net>

2 La bientraitance en EHPAD : l'expérience enrichissante des résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais

Il ne suffit pas de faire preuve de bonne volonté pour être un bon professionnel. La formation est une première étape vers la professionnalisation, nécessaire mais non suffisante. Il convient d'analyser l'ensemble des actions, au-delà des principes, qui permettent de contribuer à la bientraitance.

2.1 La mise en place de la démarche

Toute démarche doit se baser sur une méthodologie définie en amont, et intégrer les formations nécessaires au sein de l'établissement pour la mener à bien. Ainsi, conformément aux étapes classiquement rencontrées dans une démarche d'amélioration de la qualité (prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer), j'analyserai dans cette partie la planification de la démarche et sa mise en place au sein des résidences d'Antrain et de St Brice.

2.1.1 L'organisation de la démarche

La gestion de projet s'appuie en premier lieu sur un groupe projet, souvent appelé groupe de pilotage. Ce groupe doit être dirigé par un chef de projet. Il aura pour mission de définir les objectifs à atteindre, les moyens à mobiliser, et les modalités de formation et de sensibilisation des personnels.

A) Le comité de pilotage

Les orientations stratégiques de la démarche doivent être élaborées en concertation avec les parties prenantes. Elles doivent tenir compte des besoins des usagers. Elles doivent également être déclinées selon les valeurs et missions du projet d'établissement.

Dès le démarrage du projet (premières formations en mars 2007 à St Brice et en octobre 2007 à Antrain), le directeur a fait le choix de créer un groupe de pilotage pour pérenniser la démarche de bientraitance. Il a nommé un cadre de santé en tant que chef de projet (dénommé cadre coordinateur Humanitude dans l'établissement en référence à la méthode adoptée).

Ce comité de pilotage créé en octobre 2008 était initialement un comité de suivi composé de la direction, du cadre coordinateur, d'un cadre de santé, du médecin coordonnateur et d'une psychologue (avec un titulaire et un suppléant pour chacun).

Il a été élargi en avril 2009 en groupe de ressources pluridisciplinaires, avec un représentant infirmier, un représentant aide-soignant, un représentant du personnel de nuit, une aide médico-psychologique, un représentant des bénévoles, deux référents Humanitude, l'ergothérapeute et les animateurs.

Les missions de ce groupe sont d'accompagner le projet bientraitance en suscitant la réflexion des professionnels, de définir les actions à mettre en œuvre en fixant les priorités, d'établir le suivi de la démarche et de réaliser son évaluation.

Il se réunit environ une fois par trimestre, avec un ordre du jour défini à la réunion précédente.

B) Le cadre coordinateur

Le cadre coordinateur est détaché à hauteur de 80% depuis 2009.

Son rôle est d'implanter la méthodologie de soins, en réalisant un travail sur les valeurs du projet et sur les organisations.

Le cadre coordinateur essaie de répondre aux différentes questions qui se posent dans ce contexte, à savoir :

- « Comment passer d'une maison de retraite à un lieu de vie, et respecter les rythmes et les envies des usagers en continuité avec le domicile?
- Etre présent au sein des équipes pour questionner les fonctionnements et alimenter la réflexion pour faire changer les comportements. Travailler sur les organisations avec les cadres des services pour que les équipes ne se retrouvent pas en échec. »⁵⁹

C) Les référents bientraitance

Un référent Humanitude pour chaque site a également été nommé en mai 2009, après appel à candidature au sein des sites, puis entretiens de motivation avec le cadre coordinateur et le cadre supérieur de santé. Ils ont reçu une formation complémentaire à la formation de base, pendant 5 jours.

⁵⁹ Comité de pilotage Humanitude du 10 mars 2009.

Leurs missions sont :

- « Accompagner les équipes en travaillant sur les roulements.
- Axer au départ sur la manutention relationnelle.
- Renvoyer en permanence une image des bonnes attitudes (soutien).
- Guider les équipes au sein des unités dans l'application de la méthodologie.
- Prioriser la prise en soins des personnes souffrant de conduites d'agitation pathologique (CAP), la mise en place de la manutention relationnelle, la pertinence des horaires du coucher, et la mise en place d'aide à la sieste. »⁶⁰

Selon la définition de l'Institut Gineste Marescotti, les personnes souffrant de CAP sont « des personnes atteintes d'une maladie, et ne maîtrisant pas leur agitation, et qui ont besoin de pouvoir exprimer certains symptômes (la déambulation par exemple) »⁶¹.

Deux journées par mois de détachement des référents Humanitude ont été accordées par le directeur pour effectuer ces missions et faire des bilans avec le coordinateur Humanitude. Les temps de détachement se réalisent en respectant les roulements horaires afin que les référents puissent rencontrer toutes les équipes tout au long de la journée, en assurant également la continuité entre le jour et la nuit.

Selon une aide-soignante, « la présence des référents est un plus, notamment lorsque la formation est éloignée, cela permet de remettre à jour les connaissances et de les appliquer ».

Néanmoins, des questions peuvent se poser sur la légitimité hiérarchique des référents vis-à-vis de leurs collègues. Le référent à Antrain est infirmière diplômée d'Etat (I.D.E.), celui à St Brice est aide-soignante (AS). Si la position d'infirmière est plus adaptée pour apporter des conseils aux aides-soignantes, elle reste délicate lorsqu'il s'agit de modifier le déroulement d'un soin, qui ressort du rôle de l'aide-soignante. Il est d'autant plus difficile pour le référent aide-soignant d'inciter ses collègues à adopter d'autres pratiques, celles-ci lui reprochant parfois « de faire du zèle ». Néanmoins, leur fonction leur a permis de s'intégrer rapidement dans les autres unités des résidences, et les référents apportent un regard différent sur des situations rencontrées au quotidien.

⁶⁰ <http://www.igm-formation.net>

⁶¹ Ibidem.

2.1.2 Les formations et leurs impacts sur le terrain

A) Les formations

L'ensemble des professionnels des résidences d'Antrain et de St Brice ont, ou pourront bénéficier de la formation Humanitude.

Ces formations sont inscrites dans les actions d'adaptation (formation continue) du plan de formation. Elles font partie des objectifs prioritaires du plan de formation

Les deux premières sessions de formations ont eu lieu en 2007. Quatre sessions ont suivi en 2008.

Sur ces deux premières années de formation, environ 30 personnes (soit environ 50% des personnels) ont été formées à la bientraitance.

En 2009, environ 80 soignants et 50 non soignants ont été formés, tant sur l'EHPAD que sur les autres secteurs de l'établissements (SSIAD, ...)

Fin 2009, l'ensemble du personnel de l'hébergement était formé.

En 2010, le plan de formation prévoit six sessions, avec extension de la formation au secteur sanitaire, dont une session pour personnes en contrat à durée déterminée (C.D.D.) ou en contrat unique d'insertion (C.U.I.), et la formation de 2 nouveaux référents. L'ensemble du personnel des deux établissements sera formé fin 2010. Cela permet une transmission des savoirs par les « anciens » aux nouveaux arrivants (sous forme de tutorat) facilitant par la même l'intégration et la valorisation du projet bientraitance.

Le coût de la formation en 2010 est de 35 900 euros pour 42 personnes (coût de la formation et coût du traitement des personnes formées) (21000 euros hors traitement).

La formation dure trois jours et demi et alterne les enseignements théoriques et l'application des méthodes dans les unités.

La théorie porte sur le rôle et le positionnement des professionnels, la méthodologie de soins (au travers du regard, de la parole, du toucher et de la verticalité), les symptômes démentiels et les comportements d'agitation pathologique, et enfin sur les toilettes séquentielles. La mise en œuvre immédiate des nouvelles pratiques enseignées permet aux professionnels de constater rapidement des résultats positifs chez les résidents.

A l'issue de la formation, les professionnels ont déclarés « Je ne voyais que la technique, j'étais formatée », « cela m'a permis de découdre et recoudre les choses apprises à l'école d'infirmière pour mieux m'adapter aux résidents ».

B) L'impact des formations

Afin de mesurer les changements auprès des professionnels, un questionnaire d'évaluation de la formation a été auto administré en novembre 2009 auprès de 28 professionnels des deux sites (22 AS/AMP et 6 IDE). Un premier questionnaire avait été diffusé auprès des mêmes unités en novembre 2008. J'ai réalisé l'analyse des résultats afin de comparer l'évolution des pratiques entre 2008 et 2009. Cette analyse m'a permis d'étudier les impacts de la formation sur les pratiques professionnelles.

Les réponses témoignent d'une évolution satisfaisante des pratiques qui montrent des résultats positifs auprès des résidents. Le rythme de progression de la démarche est différent sur le site d'Antrain et sur celui de St Brice.

L'analyse du questionnaire se synthétise en cinq items :

– entrée en relation:

Elle permet de percevoir le changement de comportement d'un résident agité et réticent aux soins et/ou aux toilettes. Les soignants déclarent rencontrer moins de résidents avec des comportements d'agitation pathologiques⁶² (CAP). Cela montre qu'ils ont acquis les techniques d'entrée en relation et que les résidents sont plus détendus, moins rétractés pour les soins.

Si l'usager refuse la toilette, la formation Humanitude préconise le report de soins, qui consiste pour le soignant à informer l'usager qu'il reviendra un peu plus tard, lorsque l'usager sera prêt pour ce soin. Ce report de soins est respecté par la plupart des soignants.

Les professionnels ont intégré la notion de respect du domicile. Ils frappent systématiquement aux portes et attendent avant d'entrer, même chez des usagers n'ayant plus la capacité de répondre.

- manutention

Les aides à la manutention (chariot douche, lève personne, guidons et disques de transfert) sont de plus en plus utilisées, et les draps de manutention sont utilisés par un certain nombre de soignants. Néanmoins les réponses remettent en question les connaissances des soignants sur les capacités d'appui des résidents.

– respect de l'autonomie (choix et capacités) et rythme du résident

Le type de toilette est décidé en équipe lors de la toilette évaluative, mais tous les soignants ne respectent pas encore les prescriptions de la toilette évaluative et donc les capacités du résident.

Les douches sont plus nombreuses et mieux adaptées à l'autonomie des résidents.

Les aides-soignantes n'effectuent plus de « tours de changes » la nuit.

⁶² <http://www.igm-formation.net>

Les réveils forcés le matin ont été supprimés afin de respecter le sommeil des usagers.

- les repas

Les professionnels ne servent plus systématiquement le petit déjeuner avant la toilette, mais selon la demande du résident (environ la moitié des soignants s'adapte aux besoins et/ou aux souhaits du résident). De plus en plus de résidents ont également la possibilité de déjeuner en salle à manger.

- évaluation du personnel après la formation

Le questionnaire a pour objectif de recueillir les impressions du personnel quant aux changements perçus après la formation.

Il montre que si les professionnels ont identifié de nouveaux outils et de nouvelles pratiques, ils ont encore des difficultés à les adapter aux différentes situations.

En conclusion, des améliorations sont constatées dans la prise en soins des résidents. Les professionnels respectent mieux les choix du résident et le rythme de vie.

L'axe d'amélioration principal porte sur la transmission des informations, notamment des éléments de la toilette évaluative, pour permettre une homogénéisation des pratiques.

Les formations permettent donc un réel changement des pratiques et des organisations au sein de la structure, mais l'enquête montre qu'au delà des formations, les principales difficultés sont l'harmonisation des pratiques et le partage d'informations.

2.2 L'accompagnement de l'autonomie au travers du respect des droits et des rythmes des usagers

L'autonomie représente la capacité et le droit d'une personne à choisir les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle prend.

L'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées s'effectue en premier lieu au travers du respect des droits des usagers.

2.2.1 Le respect des droits des usagers

A) Connaissance et respect des droits fondamentaux

Pour que les professionnels puissent adhérer aux valeurs de la démarche de bientraitance et aborder une réflexion éthique sur leurs pratiques, une connaissance préalable des droits fondamentaux des usagers est indispensable.

L'article L 311-3 du CASF énonce les modalités d'exercice des droits des usagers au travers des outils repris ou créés par la loi du 2 janvier 2002⁶³.

- le livret d'accueil

Il est remis à chaque nouvel arrivant. Il comprend de nombreux documents d'information, dont la Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance⁶⁴.

Les professionnels ne sont quant à eux pas destinataires de cette Charte lors de leur arrivée dans l'établissement. L'enquête sur l'évaluation de la formation Humanitude montre que son affichage au sein de la résidence n'est pas suffisant pour assurer une connaissance de son contenu.

Deux fois par an les directrices adjointes assurent une session d'information sur les droits des usagers. Néanmoins, cette session étant commune à l'ensemble des professionnels de l'hôpital, la Charte des droits des personnes âgées dépendantes n'est pas explicitée en détail.

Le groupe de pilotage bientraitance a donc entrepris l'étude détaillée d'un point de la Charte lors de chacune de ses réunions. Il analyse l'existant, décline les moyens à mettre en oeuvre, et propose des actions d'amélioration.

- le contrat de séjour

Il est signé par les usagers lors de leur admission.

Les différents entretiens avec les soignants, résidents et familles, font apparaître un manque d'appropriation de cet outil. Les professionnels, en dehors de l'encadrement, n'en connaissent pas le contenu. Un résident me confie qu'il a signé un contrat de séjour, mais déclare « je ne me souviens plus de son contenu et je ne sais pas où je l'ai mis ».

- le règlement de fonctionnement

Il est donné aux usagers lors de leur admission. Il présente succinctement le projet d'établissement et le projet de vie.

Les valeurs fondamentales de la Charte des droits des personnes âgées dépendantes y sont énoncées, mais non explicitées. La Charte est annexée au règlement de fonctionnement.

L'obligation de dénoncer des faits de maltraitance est également mentionnée, mais la procédure à suivre n'y est pas formalisée.

⁶³ Loi interministérielle n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

⁶⁴ FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, 1999, Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

- le conseil de la vie sociale

Cette instance a été mise en place dans les deux établissements et se réunit régulièrement (quatre fois par an environ).

Les comptes-rendus sont diffusés aux participants, dont les représentants des usagers, mais ne sont pas diffusés aux usagers, aux professionnels ou aux familles.

Les professionnels (hormis ceux directement concernés) ne sont donc pas informés des réclamations ou demandes formulées par les usagers lors des C.V.S.

B) Personnaliser l'accueil et le projet de vie

Conformément à la loi du 2 janvier 2002⁶⁵, un projet d'accueil et d'accompagnement doit être formalisé pour tout nouvel usager. Ce projet est élaboré en concertation avec l'utilisateur et les professionnels. Il est révisé et adapté régulièrement.

Les différentes investigations, telles que les résultats du questionnaire bienveillance de l'Anesm⁶⁶, l'enquête Aqualie⁶⁷, et les entretiens, montrent que des améliorations sont à apporter à l'accueil des résidents et à la déclinaison du projet de vie en projets personnalisés.

- identification des éléments de personnalisation du projet de la personne :

Une **visite préalable de l'établissement** est réalisée pour 50% des usagers environ. Lorsque la visite n'est pas effectuée, il s'agit la plupart du temps d'un manque de disponibilité de l'utilisateur (hospitalisation ou éloignement géographique par exemple) ou de la famille. Pour les résidents hospitalisés en médecine ou en service de soins de suite – réadaptation (S.S.R.) au sein de la structure, une visite préalable est organisée par les AMP. Mais pour les personnes venant du domicile, il n'y a pas de relais organisé lorsque le cadre chargé de ces visites n'est pas disponible.

Le recueil du consentement des usagers à leur admission est réalisé dans la plupart des cas.

Un **temps d'observation pour définir un projet personnalisé** est également réalisé pour la moitié des usagers. Ce temps d'observation est effectué par les AMP à Antrain et par la psychologue à St Brice. La transmission à l'équipe soignante pourrait être

⁶⁵ Loi interministérielle n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

⁶⁶ ANESM. 2010, *Analyse nationale de l'état du développement des pratiques professionnelles concourant à la Bienveillance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.*

⁶⁷ <http://www.ille-et-vilaine.fr/actualites/personnes-agees-et-handicapees-ameliorer-la-qualite-des-services,97931.html>

améliorée car seule l'histoire de vie est parfois retranscrite sur Osiris. De plus les projets de vie sont conservés dans le bureau des AMP et la transmission des informations à l'équipe soignante n'est pas formalisée. Il n'y a pas de référent nommé pour suivre les projets personnalisés durant la suite du séjour.

Les **besoins de soins, l'évaluation des risques et des fragilités, les habitudes, centres d'intérêt et potentialités** sont évalués pour la plupart des résidents. Néanmoins, ils ne sont pas formalisés dans un support spécifique.

En ce qui concerne les **attentes de la personne et les attentes de l'entourage**, elles sont évaluées pour l'ensemble des résidents, ce qui constitue un point fort de ces structures.

- élaboration et mise en oeuvre du projet personnalisé :

Contrairement à de nombreux EHPAD⁶⁸, les résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais ne disposent pas d'un **partage formalisé des informations** sur le projet personnalisé. La **coordination des professionnels** est également à améliorer, même si elle se fait pour les toilettes (grâce à l'outil de toilettes évaluatives).

Par contre, les **projets sont élaborés avec le résident**, et sont actualisés si besoin lors des staffs, mais pas de manière systématique. Une **évaluation de l'impact et de l'appréciation du projet** par le résident est réalisée.

Le **projet personnalisé est réévalué en cas de besoin**, que ce soit pour des raisons de modifications de l'état de santé, des capacités, du comportement ou à la demande du résident ou de l'entourage.

Les professionnels sont **incités** à noter tout élément contributif au bien être ou relatif à l'amélioration de l'humeur et des potentialités de chaque résident, au travers des transmissions informatisées des infirmières et des aides-soignantes, à chaque fin de prise en soin.

Néanmoins, la transmission de ces données à l'ensemble de l'équipe et leur inscription dans le projet personnalisé sont à améliorer.

Les facteurs susceptibles de déclencher ou de majorer les troubles psychologiques ou comportementaux sont **toujours explorés en équipe**.

Les staffs constituent un moment privilégié pour la réévaluation de projet personnalisé.

⁶⁸ ANESM. 2010, *Analyse nationale de l'état du développement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale*.

2.2.2 Le respect des rythmes des usagers

Le respect des rythmes des usagers est le second élément favorisant l'autonomie des personnes âgées. En effet, l'autonomie s'exprime au travers des différentes activités de l'utilisateur, tout au long de la journée. Certains moments clés de la journée sont autant d'occasions pour l'utilisateur d'exprimer ses choix et envies ou, au contraire, de subir les contraintes institutionnelles.

A) Lever, toilette et habillage

Plusieurs changements ont été apportés au déroulement de ces activités. Les réveils « forcés » ont été supprimés. Certains résidents ont à présent le choix de faire la grasse matinée. Les résidents sont plus sollicités qu'auparavant pour choisir leurs vêtements. Mais le changement le plus profond, et le plus difficile pour les soignants, a été la mise en place des toilettes évaluatives.

Les toilettes évaluatives sont réalisées par un binôme AS/IDE. Elles consistent à évaluer les capacités du résident, et à poser des objectifs d'accompagnement adaptés à ses capacités. Une fiche individuelle synthétise les capacités de la personne (par exemple appui debout ou non), le type de toilette à effectuer en conséquent (par exemple debout ou assis au lavabo), les conditions de réalisation (avec à l'aide ou l'accompagnement d'un ou deux soignants) et les objectifs de soins (maintenir un temps d'appui même court, ou faire participer le résident pour la toilette du visage).

L'infirmière est le prescripteur de cette toilette. Elle valide les fiches de toilette évaluative dans le cadre de son rôle propre d'accompagnement aux soins d'hygiène. Ces toilettes évaluatives sont réévaluées deux fois par an.

Pour un même résident, le déroulement de la toilette est difficilement homogène par manque de transmission des informations. En effet, les fiches de toilette évaluative sont stockées dans un classeur, et le contenu est retranscrit dans le dossier informatisé où l'accessibilité est peu aisée. De plus, les éléments de l'histoire de vie qui peuvent influencer le déroulement d'une toilette ne sont pas toujours connus des soignants (or cela permet de disposer d'informations susceptibles de faire diversion lors d'une toilette anxiogène par exemple).

La toilette évaluative permet donc un travail en binôme enrichissant et une participation plus importante du résident. Mais les professionnels expriment des appréhensions relatives à la durée de ces toilettes évaluatives. En effet la durée de ces toilettes est plus longue qu'une toilette ordinaire, puisqu'un diagnostic sur l'autonomie doit être élaboré. En contre partie, la durée des toilettes suivantes est souvent raccourcie car le résident participe mieux, ou est moins réticent.

B) Les repas

Une autre problématique soulevée lors de la mise en œuvre de la démarche de bientraitance est celle de l'organisation des repas.

L'organisation des petits-déjeuners a été modifiée afin de respecter les besoins ou souhaits des usagers. Les petits-déjeuners ne sont plus servis systématiquement avant les toilettes, mais en fonction du choix du résident, ou pour assurer un meilleur confort en réalisant la toilette en premier.

Cette réorganisation est une proposition à l'initiative des aides-soignantes, ce qui prouve qu'elles ont acquis une capacité à remettre en cause leur travail, pour le centrer sur le bien-être des résidents. Les réorganisations sont d'autant mieux acceptées lorsqu'elles sont proposées par les soignants eux-mêmes.

De même, les repas du soir ont été retardés pour respecter l'amplitude maximum de 12 heures entre la fin du dîner et le début du petit-déjeuner⁶⁹.

C) Le sommeil

Le respect des rythmes de sommeil a également fait l'objet d'un travail approfondi. Avant la démarche de bientraitance, la plupart des résidents étaient mis au lit avant le dîner (soit à partir de 17 heures). Les soignants les réveillaient systématiquement la nuit pour vérifier les changes.

Aujourd'hui, les professionnels mettent au lit les résidents après le dîner dans la mesure du possible (certains usagers regardent la télévision et se couchent avec une aide à 22h30).

Les tours de change ne sont plus systématiques. Le sommeil n'est donc plus interrompu si le change n'est pas indispensable.

Les réveils forcés ont été supprimés, et les résidents se réveillent le matin selon de leurs habitudes de vie.

⁶⁹ Arrêté interministériel du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JORF n°221 du 22 septembre 2004, page 16407.

D) L'accompagnement au cours de la journée

L'autonomie des usagers est également recherchée en dehors des moments clés étudiés ci-dessus.

Les professionnels, mais également l'entourage (familles, bénévoles) doivent adapter leurs comportements en fonction des capacités de la personne.

En effet, ils font souvent spontanément des actions à la place de l'utilisateur, soit « pour aller plus vite », ou juste « pour l'aider », qu'il « ne se fatigue pas trop »⁷⁰.

C'est pourquoi les référents bien-être ont formés les bénévoles à l'aide à la marche, pour éviter que les résidents soient systématiquement transportés en fauteuil roulant.

Les familles sont également sensibilisées au développement ou au maintien de l'autonomie des personnes âgées.

La mise en place de ces actions a souvent nécessité un changement organisationnel important en lien avec la direction de l'établissement.

2.3 L'aménagement d'un environnement sécurisant et convivial

2.3.1 La sécurité des usagers

La sécurité des biens et des personnes est un besoin primordial pour les usagers.

Les entretiens avec les résidents et les familles démontrent un sentiment général de sécurité au sein des résidences.

Le principe du respect du domicile est intégré par les soignants, qui frappent systématiquement à la porte avant d'entrer.

L'encadrement est sensibilisé par la direction des ressources humaines à la stabilisation des équipes. Les remplacements s'effectuent dans la mesure du possible par des personnes ayant déjà travaillé au sein de l'unité. Lors du déménagement dans la nouvelle résidence des Hameaux du Coglais, chaque nouvelle unité comportait un mixage des soignants des anciennes unités, pour que les usagers puissent retrouver leurs repères auprès de personnes connues.

L'analyse des motifs de réclamations montre qu'il y a très peu de réclamations concernant la sécurité.

⁷⁰ Entretien référent Humanitude.

Les résultats de l'enquête Bientraitance Anesm montrent que les résidents sont libres de circuler à l'intérieur et à l'extérieur des résidences, et qu'il existe des protocoles pour le recours à la contention et pour les principaux risques identifiés par les professionnels. La gestion des événements indésirables est également mise en place.

Une réflexion est en cours au sein du comité de pilotage sur la frontière entre liberté et sécurité, notamment en ce qui concerne les résidents présentant des symptômes de démences. Aujourd'hui, les établissements d'Antrain et de St Brice privilégient la liberté de circulation. Les professionnels évaluent les risques au cas par cas lors de l'admission, puis lors des staffs, et mettent en place des moyens individualisés de surveillance. Peu de moyens collectifs ont été mis en œuvre (hormis pour les unités spécifiques d'accueil de personnes désorientées).

En ce qui concerne la protection de la personne âgée, notamment vis à vis d'actes de maltraitance, les professionnels ne sont pas formés à la reconnaissance des situations de maltraitance. Aucun protocole de signalement et de traitement des faits de maltraitance n'a été formalisé. Seule la fiche de signalement des événements indésirables constitue un outil de remontée d'informations sur des faits de maltraitance.

2.3.2 La vie sociale et l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur

La réalisation d'activités individuelles quotidiennes, à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements, est également un des objectifs de la démarche de bientraitance.

A) La vie sociale

Les activités collectives ont pour objectif « d'apporter du lien entre les résidents, qu'ils apprennent à se connaître afin de déclencher des échanges plus nombreux et fructueux. »⁷¹.

Les deux animateurs (un par résidence) sont aidés par les AMP selon un temps variable dans les deux résidences. Ces professionnels peuvent ainsi répondre aux désirs individuels de chacun des résidents, et autant que possible dans l'immédiat (par exemple accompagner une personne qui souhaite sortir, rendre visite à un membre de l'entourage...).

⁷¹ Compte-rendu du comité du groupe de pilotage

La présence des bénévoles dans ce cadre est très importante, et permet de mener à bien les projets individuels ou collectifs (tels que le déplacement pour aller voir des matchs de football à Rennes).

Malgré ces actions, la démarche de bientraitance est encore très centrée sur la toilette et les soins, et non sur l'ensemble de la journée du résident. Les personnels soignants s'impliquent peu dans la vie sociale des usagers, même si des améliorations sont constatées. Pour impliquer d'avantage les soignants, le comité de pilotage a décidé « que tous les personnels prennent connaissance de l'animation du jour, et que soit dédié à un horaire précis le rôle d'accompagnement des résidents intéressés, pour se rendre à l'animation en question »⁷².

Si des activités individuelles sont organisées chaque jour, elles ne concernent qu'une partie des usagers, faute de moyens supplémentaires pour satisfaire toutes les demandes. Néanmoins, les usagers se déclarent satisfaits car si leur projet ne peut être réalisé immédiatement, il est systématiquement programmé à une date ultérieure par l'animateur. Des activités collectives, moins consommatrices de ressources humaines, sont organisées en parallèle afin de privilégier le lien entre les résidents.

L'environnement, notamment sonore, permet de juger le respect, ou non, des habitudes et des choix des usagers.

Dans les deux résidences, des nuisances sonores provenant de postes de radios ou de téléviseurs fonctionnant en continu et avec des émissions non adaptées aux souhaits des usagers ont été constatés

Les professionnels ont été sensibilisés au respect des demandes des résidents, et ne mettent plus systématiquement les appareils en fonctionnement.

La télévision a été supprimée dans les salles à manger lors du repas, avec une grande satisfaction des usagers qui peuvent discuter dans le calme.

Aux Hameaux du Coglais, les téléviseurs ont été équipés de casque sans fil pour les résidents présentant des problèmes d'audition.

B) L'ouverture sur l'extérieur

Sur les deux sites, beaucoup d'actions ont été mises en place pour maintenir le lien avec l'extérieur. A St Brice par exemple, les résidents se rendent au club du troisième âge de la commune, permettant ainsi une continuité de la vie sociale à l'extérieur.

⁷² Comité de pilotage du 19 janvier 2010.

Toutefois, certains clubs sont réticents à recevoir certains résidents. Le regard des personnes extérieures reste un frein à l'ouverture des résidences.

Des transports sont organisés pour se rendre dans les bureaux de votes, et ainsi maintenir une vie citoyenne.

2.4 Le management de l'établissement et des ressources humaines

La bienveillance ne dépend pas que des professionnels, mais également du contexte qui influence les conditions de travail.

La direction joue un rôle important en développant un management éthique, et en veillant à prévenir l'épuisement professionnel.

De l'organisation des processus dépend la qualité de la prise en soin.

2.4.1 Organisation institutionnelle et respect des rythmes individuels

A) Adaptation des supports

- la fiche de toilette évaluative

Les toilettes évaluatives constituent un moyen clé du maintien de l'autonomie des résidents. Mais leurs mises en place présentent certaines difficultés qui ne peuvent être surmontées qu'avec l'aide de la direction.

Tout d'abord, ces toilettes évaluatives s'effectuent en binôme avec une infirmière. Prenant plus de temps qu'une toilette classique, il a fallu dégager du temps infirmier et aide-soignant pour que ces toilettes n'impactent pas la prise en soin des autres résidents. C'est un des motifs qui a orienté la direction dans le choix de détacher des référents bienveillance deux jours par semaine. Ainsi, les équipes ont une aide complémentaire ces deux jours où sont planifiés les toilettes évaluatives.

La seconde difficulté est la transmission des informations relatives à la fiche de toilette évaluative. Cette fiche ayant été créée après la mise en place du dossier informatisé, il n'y a pas d'onglets spécifiques s'y rapportant. La direction a demandé à la société développant le logiciel d'intégrer un onglet concernant les items de la fiche.

- la fiche de recueil des rythmes de sommeil

En ce qui concerne le sommeil, les soignants ont éprouvé des difficultés à concilier le respect du sommeil et le bien-être du résident.

Tout d'abord, le comité de pilotage a constaté que les professionnels ne connaissaient pas les horaires de coucher, d'endormissement et de réveil des usagers.

Pour y remédier, il a diffusé des grilles de recueil pour mieux identifier et tracer les rythmes de sommeil des usagers durant quatre jours. Lors de cette observation détaillée, les professionnels ont pris conscience qu'ils se basaient plus sur des croyances que sur des faits. Par exemple, Mme S. était connue pour être une « grande dormeuse » car elle se réveillait difficilement le matin. En réalité, les professionnels ont constaté qu'elle s'endormait très tard. De plus, l'aide-soignante venait changer la protection peu de temps après que Mme S. se soit endormi interrompant ainsi le cycle de sommeil profond, d'où une fatigue accentuée de Mme S.

B) Adaptation de l'environnement

L'environnement architectural est également un critère essentiel au bien être des usagers. Le projet de la résidence Les Hameaux du Coglais illustre parfaitement la manière dont l'organisation se met au service du projet architectural, lui-même au service du projet de vie.

Le projet de vie, centrée sur le respect des habitudes et rythmes des habitants, de leur autonomie et de leurs droits de citoyens, s'est exprimé au travers un bâtiment tourné vers la vie du résident.

Les Hameaux du Coglais sont constitués de six hameaux d'une vingtaine de chambres individuelles. Ils sont de pleins pieds, avec un accès direct à l'extérieur pour chaque logement, pour favoriser la mobilité et la vie privée des habitants.

Chaque hameau dispose d'une cuisine ouverte pour les habitants, d'une salle à manger et d'un salon.

L'intérêt est de créer un espace où chacun, au gré de ses envies, évolue de l'intimité du logement personnel, à l'espace de vie convivial du quartier, jusqu'au voisinage élargi de la rue intérieure et du restaurant.

La direction a souhaité créer un restaurant dont le décor et le fonctionnement soient identiques à un restaurant de ville. Une équipe hôtelière y assure le service du midi, permettant ainsi aux soignants de se consacrer totalement à l'aide aux repas. En outre, les usagers ont le choix de déjeuner au restaurant ou dans la salle à manger du quartier.

Dans les deux mois qui ont suivis l'ouverture du restaurant, les professionnels ont observé un plaisir nouveau des résidents à venir manger.

Lors de la cotation des GIR, le médecin coordonnateur a relevé les gains d'autonomie suivants:

6 résidents sont passés en GIR 6, dont 3 étaient en GIR 5 et 2 en GIR 4,

5 résidents sont passés en GIR 5, dont 4 étaient en GIR 4 et 1 en GIR 2 (le résident vivait auparavant chez son aidant familial qui avait pris le parti de tout faire à sa place : l'équipe l'a aidé à retrouver son autonomie),

2 résidents sont passés du GIR 3 au GIR 4,

1 résident est passé du GIR 2 au GIR 3,

5 résidents sont passés du GIR 1 au GIR 2. Cela concerne principalement les items « autonomie partielle pour les déplacements intérieurs » et « manger ».

Le médecin coordonnateur en conclut que « 19 résidents ont gagné en autonomie. Mais, il ne faut surtout pas oublier les très nombreux résidents qui étaient classés comme autonome pour l'alimentation (se servir A / manger A), mais qui, bien que « techniquement » toujours en AA pour l'alimentation, viennent manger au restaurant avec plaisir, convivialité et en plus grande quantité qu'avant. Le GIR de ces résidents ne change pas certes, mais leur qualité de vie, assurément ! »⁷³

C) Outils de transmission des informations

Le partage des informations est un enjeu capital dans une démarche de bientraitance. En effet, il est indispensable que chaque soignant dispose de la même information sur les capacités et les besoins des résidents (histoire de vie, projet individualisé, toilette évaluative, transmissions journalières...) afin de permettre une continuité et une homogénéité de leur prise en soin.

Plusieurs outils sont utilisés dans les hôpitaux d'Antrain et de St Brice: notamment le dossier informatisé et les staffs pluridisciplinaires.

Le staff pluridisciplinaire permet de réunir médecins, infirmières, aides-soignantes, assistante sociale, animateur... pour discuter d'un résident, faire le point sur une pathologie particulière, réévaluer le projet de vie...

Les staffs ont été mis en place en USLD. Donnant entière satisfaction, ils ont été élargis aux EHPAD en 2010, en intégrant une dimension sociale supplémentaire.

Le personnel a été renforcé 2 jours par semaine pour permettre le bon déroulement de ces staffs.

⁷³ Entretien médecin coordonnateur de la résidence Les Hameaux du Coglais

D) Souplesse des organisations

Le comité de pilotage sensibilise les professionnels à l'adaptation de leurs pratiques et organisations aux rythmes des résidents. Les soignants ont acquis une capacité à se questionner sur leurs pratiques. A titre d'exemple, les aides-soignants servaient systématiquement les petits-déjeuners avant les toilettes. Ils ont demandé au comité de pilotage s'ils pouvaient inverser ces tâches en fonction des besoins ou des souhaits des résidents.

Le comité de pilotage a validé cette proposition, en précisant que cette adaptation devait être réalisée dans l'intérêt de tous les résidents, et non privilégier certains en pénalisant d'autres résidents.

Enfin, il faut également prendre en compte le fait que beaucoup de résidents souhaitent être levés avant de prendre leur petit-déjeuner. En outre, le fait de servir le petit-déjeuner plus tard, soit à 7h30 au lieu de 7h, permet d'effectuer le travail en binôme et de gagner en efficacité.

E) Continuité entre les équipes de jour et les équipes de nuit

Si les professionnels adaptent leur travail pendant la durée de leur poste, ils sont réticents à modifier des activités qui impactent sur l'organisation du poste suivant. C'est notamment le cas pour les relais entre les postes de jour et ceux de nuit.

La crainte du jugement des collègues et le sentiment de travail inachevé sont les motifs les plus souvent exprimés par les professionnels : « si je n'ai pas changé tous les résidents, on va dire que c'est pour avoir moins de travail », « si les résidents ne sont pas couchés, la veilleuse aura une charge de travail plus importante »⁷⁴.

2.4.2 Adaptation de la gestion des ressources humaines aux besoins des usagers

En premier lieu, une volonté forte de la direction a permis de **mobiliser des moyens importants** sur la démarche Humanitude, au travers notamment, mais pas uniquement, le temps de détachement des référents Humanitude. Le coût total des détachements dans le cadre de la démarche est de 30 168 euros, hors primes.

Mais la démarche de bientraitance repose avant toute chose sur les professionnels qui interviennent au quotidien auprès des usagers.

Afin de multiplier les approches professionnelles, la direction a souhaité **diversifier les compétences**. Elle a recruté des AMP, des ergothérapeutes, des psychologues et un

⁷⁴ Entretien référents Humanitude.

diététicien (certains de ces professionnels étant mutualisés avec le secteur sanitaire de l'hôpital).

Le taux d'encadrement AS/AMP correspond au taux cible de 0,21 du Conseil Général d'Ille et Vilaine (pour rappel, le GMP est de 650 à Antrain et de 688 à St Brice, et le PMP respectivement de 171 et 168).

Ce ratio est à nuancer au regard du **pourcentage de personnel en contrats à durée déterminée**. Ces personnes représentent 38% des effectifs globaux à l'hôpital d'Antrain⁷⁵. Ce chiffre croît à hauteur de 42% pour les effectifs soignants, dont 88% sont des contrats de remplacement (les 12% complémentaires étant des CDD permanents).

La part élevée de CDD de remplacement impacte sur la stabilité des équipes et sur la qualité des transmissions d'information. Ces professionnels sont sensibilisés à la méthode Humanitude mais ils ne bénéficient pas de la formation.

Cette situation, induite par des difficultés de recrutement et de nombreux congés maternité en 2009, ne facilite pas la diffusion des valeurs et pratiques de bientraitance.

En parallèle aux moyens humains, la direction a également souhaité travailler sur les conditions de travail, s'appuyant sur le postulat qu'un personnel bientraitant est avant tout un personnel bien traité.

Les **moyens matériels** ont été renforcés car ils participent au bien être des professionnels en tant que moyens de prévention des accidents du travail (lombalgies...). La disponibilité de ces moyens est suivie par le **groupe de prévention des risques professionnels**, issu du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Les professionnels ont à leur disposition des tapis de transfert, des guidons ou disques de transferts, des lèves personnes et des verticalisateurs pour faciliter la manutention des résidents. En outre, les fauteuils coquille ont été supprimés pour ne pas induire de contention injustifiée (sauf s'ils font l'objet d'une prescription médicale). Enfin, des douches au lit ont été acquises récemment.

En parallèle, des formations manutention sont organisées en interne deux fois par an. Depuis fin 2009, les référents Humanitude ont intégré le noyau de formateurs à la manutention internes, pour combiner le bien-être des professionnels avec celui des personnes âgées.

Grâce à ces moyens humains et matériels, l'enquête « Evaluation formation Humanitude » auprès des professionnels montre que de plus en plus de personnes se déplacent seules et que les contentions sont rares et justifiées. Ces constats ont été confirmés en avril 2010 par la diminution du GMP à la résidence Les Hameaux du Coglais.

⁷⁵ Bilan social 2009 de l'hôpital d'Antrain.

En outre, les professionnels ont été **recentrés sur leur coeur de métier**, avec notamment un repositionnement des infirmières. Leur rôle propre leur a été rappelé, et elles ont pu être allégées de certaines tâches chronophages. En l'occurrence, une préparatrice en pharmacie a été recrutée dans le cadre de la mise en place d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) commune aux hôpitaux d'Antrain et St Brice. Ainsi, les infirmières de St Brice ne préparent plus les piluliers. Des personnes en poste aménagé aident les IDE ou les AS pour effectuer des tâches pouvant être déléguées.

Aux Hameaux du Coglais, la nouvelle organisation a fait l'objet d'une révision complète des **fiches de poste**.

Six horaires ont été définis, dont un horaire de coupe quotidien et un horaire bihebdomadaire (afin qu'un soignant se détache pour les staffs). Les horaires coupés permettent de mettre à disposition un effectif soignant plus important aux moments clés de la journée (levés/couchés, repas).

Le nombre de postes le week-end a été augmenté pour éviter des écarts trop importants avec la semaine. Selon l'enquête Aqualie 2010, durant le week-end les professionnels consacrent 18% de temps en moins aux toilettes et 85% de temps en moins à l'entretien des chambres. Le temps consacré aux repas est identique.

Enfin, les professionnels sont régulièrement **sensibilisés et informés** de la démarche de bientraitance. Par exemple, le cadre de santé coordinateur intervient pour donner les valeurs clés d'Humanitude lors des deux journées d'accueil annuelles des **remplaçants**, ainsi qu'auprès des **nouveaux personnels** lors d'une réunion d'information.

En dehors de ces réunions, les collègues et les référents Humanitude sont chargés de transmettre les informations. Les professionnels expriment une difficulté à « toujours ré expliquer à l'autre, cela demande beaucoup d'énergie ».

Les expériences des résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais montrent que l'humanisme des professionnels et les relations directes aux usagers ne sont qu'un niveau de la démarche de bientraitance.

Le directeur doit manager la diffusion d'une culture de bientraitance au niveau institutionnel, au travers de moyens, de règles et d'objectifs appropriés.

3 Les préconisations après deux ans de déploiement de la démarche

L'ensemble des actions menées au sein des résidences (formations, comité de pilotage, changement des pratiques et des organisations) conduit à un constat plutôt positif du déploiement de la démarche de bientraitance.

Ces éléments ont concouru à l'instauration d'un climat de confiance au sein des établissements, à une valorisation du travail des professionnels, et enfin à l'amélioration des conditions de travail (et donc du bien être des professionnels).

Néanmoins les investigations montrent que la démarche présente certaines lacunes.

Les préalables à une démarche de bientraitance ne sont pas remplis (prévention de la maltraitance en particulier), les valeurs ne sont pas formalisées au sein d'un document, et les obligations de la loi du 2 janvier 2002 ne sont pas toutes mises en œuvres. Si 60% des projets de vie sont formalisés⁷⁶ à Antrain, aucun ne l'est à St Brice).

Ce bilan en demi-teinte de l'expérience des résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais amène à préciser les points de vigilance particuliers et les préconisations sur lesquels un directeur peut s'appuyer pour mettre en œuvre une démarche de bientraitance.

3.1 Instaurer un cadre propice au management de la démarche

Comme le préconise J-M. Miramon, il est indispensable que « l'élaboration du projet passe par quatre étapes »⁷⁷ : les préalables au projet (définir le cadre d'intervention), l'autodiagnostic du dispositif (analyse de l'existant), le dispositif d'élaboration du projet et la rédaction du projet.

Cette démarche permet de formaliser les objectifs et les souhaits de l'établissement. En effet, il est indispensable de définir l'état d'esprit que le projet doit insuffler.

⁷⁶ Entretien AMP.

⁷⁷ MIRAMON J-M., 2009, « Projet, gestion, stratégie » in MIRAMON J-M. *Manager le changement*. pp70-71.

3.1.1 Constituer un groupe de pilotage

Si la direction des établissements d'Antrain et de St Brice a bien mis en place un chef de projet et un comité de pilotage, la première réunion du comité de pilotage Humanitude a eu lieu en avril 2009, alors que les formations ont débuté en mars 2007.

Il n'y a donc pas eu de réflexion institutionnelle, en dehors des réunions de l'équipe de direction, sur la mise en place du projet bienveillance.

Les formations Humanitude ont constitué le point de départ à diverses actions, telles que la constitution du groupe projet, la nomination du cadre coordinateur, ou la mise en place de référents Humanitude. Toute action d'amélioration est décidée lors des comités de pilotage, sans qu'un plan d'actions soit défini et planifié au préalable.

Suite à la décision d'étendre la démarche de bienveillance au secteur sanitaire, le comité de pilotage va « évoluer dans ses missions et sa composition. Deux groupes seront créés : un groupe restreint de pilotage responsable des grands axes et de l'évaluation ; un groupe opérationnel pour mettre en place les axes sur le terrain »⁷⁸.

Pour ma part, il me semble qu'il aurait été intéressant de limiter dès le début de la démarche le rôle du comité de pilotage à la définition de la politique de bienveillance et la planification des objectifs.

Un ou plusieurs groupes de travail auraient alors pu se consacrer à certaines thématiques prioritaires, qui présentent aujourd'hui des lacunes dans leur déploiement.

Il s'agit principalement de la prévention de la maltraitance (nécessité de rédiger un protocole de déclaration et de traitement des actes de maltraitance), de la mise en œuvre des projets individualisés (rédaction, supports, transmission aux équipes), de la rédaction d'une Charte récapitulant les valeurs et savoirs être que le comité de pilotage veut transmettre, et enfin l'évaluation des pratiques de bienveillance.

Il est donc impératif, après avoir désigné le **chef de projet**, de créer un **groupe de pilotage**, de réaliser une analyse de l'existant, de définir la culture et les valeurs que l'établissement veut impulser.

Ensuite, ce groupe de pilotage doit définir les **objectifs à atteindre**, selon un **planning** précis de mises en œuvre des actions. Il doit alors rédiger le **plan d'actions**, assorti des **indicateurs** de mesure de la réalisation des actions.

⁷⁸ Projet d'établissement des établissements d'Antrain et de St Brice 2010-2014.

3.1.2 Adapter les objectifs au contexte et aux moyens de l'établissement

Lors de mon stage, j'ai pu constaté que de nombreuses actions avaient été mises en place : temps de détachement pour le cadre coordinateur et les référents Humanitude, changement des organisations, choix architecturaux, mise en place des toilettes évaluatives, respect des cycles de sommeil, matériels de manutention adaptés...

Pour y parvenir la direction a mobilisé des moyens importants autour de la démarche.

Néanmoins, la majorité des EHPAD hors secteur sanitaire ne dispose pas des moyens similaires pour mettre en place leur démarche. Ils doivent alors ajuster leurs ambitions aux moyens disponibles.

La directrice de l'EHPAD Y⁷⁹ a tout d'abord constitué un groupe pluridisciplinaire qui a effectué l'analyse de l'existant grâce à l'outil Mobiqua – Bientraitance⁸⁰. Le groupe a ensuite défini un plan d'actions se déroulant de 2007 à mars 2009. Un travail spécifique sur les organisations a été effectué sur une période de 18 mois. Les autres axes du plan d'actions ont mobilisé de petits groupes de travail auxquels ont participé 14 agents au total.

De plus, si de nombreuses actions sont mises en place en parallèle, et sur une longue durée (ou sans date de fin au projet), il est à craindre que le personnel se démobilise ou se décourage.

Ainsi, il semble donc que la réalisation de microprojets se révèle plus efficiente à long terme.

Comme le conclut J-R. LOUBAT « soit la démarche s'avère très simple et très facilement gérable, au risque d'être simplificatrice et de présenter un [faible] intérêt [...], soit la démarche se veut plus exhaustive, plus utile et plus productive, et elle nécessite un ensemble plus important de procédures et de compétences pour être gérable »⁸¹.

⁷⁹ Entretien Directrice d'EHPAD Y

⁸⁰ <http://www.mobiqua.fr>

⁸¹ LOUBAT J-R., 2009, « Mettre en place une démarche qualité » in LOUBAT J-R. *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. Pp49.

3.2 Sensibiliser et former les professionnels

3.2.1 Choisir une formation adaptée

La formation doit être choisie en fonction des besoins et de la culture de l'établissement.

Le directeur des hôpitaux d'Antrain et de St Brice a choisi la formation Humanitude pour mettre en place la bientraitance. A l'EHPAD X, la méthode Humanitude a été combinée à la méthode Carpe Diem⁸². Quant à l'EHPAD Y, la directrice a choisi de travailler avec l'outil Mobiqua-Bientraitance⁸³.

De nombreux organismes, certains plus connus et médiatisés que d'autres, proposent des formations ou outils pour mettre en place la bientraitance. Pour choisir un prestataire, les établissements doivent établir un cahier des charges qui intègre la culture, les valeurs de l'institution, l'état des lieux (problèmes de maltraitance, de burn-out, changement organisationnel, personnels sous-qualifiés...), le budget alloué, ou encore la volonté de créer un groupe de travail et des référents attitrés ou non.

En résumé, il me semble important d'avoir réfléchi en amont à la démarche projet que l'établissement va déployer, et aux moyens d'accompagnement alloués à la démarche pour **choisir la formation la mieux adaptée à l'établissement**.

3.2.2 Favoriser l'acquisition des compétences

La formation des professionnels à la démarche de bientraitance est la troisième mesure du plan bientraitance⁸⁴.

Force est de constater que si les formations sont indispensables, elles ne sont pas suffisantes pour promouvoir la bientraitance.

⁸² POIRIER N., « Les prises en charge innovantes des personnes âgées » in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 18 novembre 2009, Rennes: EHESP.

⁸³ <http://www.mobiqua.fr>

⁸⁴ MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007*.

En effet, comme pour toute formation, si l'agent n'a pas l'opportunité d'appliquer dès son retour dans le service les nouveaux concepts, méthodes ou techniques enseignés, il conserve ses anciennes habitudes.

De plus, les formations à la bientraitance présentent une difficulté supplémentaire à un changement des pratiques: elles n'enseignent pas uniquement de nouveaux savoir-faire, mais également des nouveaux savoirs être. Or, la remise en question du comportement demande un certain temps, variable d'une personne à une autre. Confronté à ce problème (sentiment que « tous les agents ne montent pas à la même vitesse dans le train »⁸⁵), le groupe de pilotage a sollicité la psychologue de l'établissement qui a explicité la notion de savoirs.

La psychologue introduit la différence entre les savoirs (acquis en formation, dans les livres...), et les connaissances (dont les expériences personnelles de chacun).

Un même savoir se construit différemment d'une personne à une autre, et sera assimilé ensuite en connaissance. Les facteurs psychologiques influencent les stades d'élaboration des savoirs (la motivation est l'un des facteurs).

De ce fait, il est important de partager les points de vue de chacun (connaissances) sans se limiter aux savoirs.

Les professionnels qui s'adaptent moins vite à la démarche de bientraitance ne doivent donc pas être jugés, mais être accompagnés dans cette réflexion en leur laissant du temps pour assimiler un nouveau savoir et remettre en cause certaines habitudes ancrées depuis plusieurs années.

Cette expérience montre **qu'au delà des formations, l'information et la sensibilisation régulières** sont indispensables pour accompagner les professionnels dans le changement.

Dans les résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais, les référents Humanitude ont mis en place en avril 2010 des ateliers pour sensibiliser et accompagner les professionnels. Ces ateliers permettent de rappeler le déroulement de certains gestes, certaines pratiques de manutention de la méthode Humanitude qui ne sont pas utilisés souvent, et par ce biais de dynamiser la démarche de bientraitance.

⁸⁵ Comité de pilotage Humanitude du 19 janvier 2010.

3.3 Impliquer les professionnels et communiquer autour de la démarche

3.3.1 Accompagner les professionnels dans le changement

La démarche de bientraitance doit reposer sur l'ensemble des professionnels, et pas uniquement sur quelques personnes.

En effet, même si le projet repose sur le chef de projet et le groupe de pilotage, il est indispensable que les professionnels se sentent concernés et impliqués dans la démarche. Il s'agit aussi bien des médecins, infirmières, aides-soignantes, que des personnels sociaux, médico-sociaux, administratifs, logistiques... qui entourent les personnes âgées.

L'implication du médecin est un facteur primordial pour fédérer les équipes. Sans son adhésion à la démarche, il est probable que les professionnels se heurteront régulièrement à des prescriptions non respectueuses des valeurs définies par l'établissement. Le cas des contentions est fréquemment posé dans les établissements, lorsque le médecin en prescrit trop systématiquement, ou qu'il refuse de les prescrire.

A contrario, tant dans les résidences de mon lieu de stage, que dans les deux EHPAD visités, les médecins coordonnateurs sont impliqués dans la démarche, et participent à la formation et à la sensibilisation des équipes. Le médecin permet d'enrichir les questionnements éthiques au travers de son regard médical. A l'hôpital d'Antrain, le médecin coordonnateur ayant une formation de géronto-psychologue, il informe les soignants sur les comportements et les besoins des personnes souffrant de symptômes démentiels.

Les professionnels doivent prendre conscience que les bonnes intentions envers les résidents ne suffisent pas, mais qu'ils doivent connaître et appliquer les principes et actions d'une politique de bientraitance.

De cette manière, ils pourront partager des valeurs communes, donner le même sens à leurs actions et évoluer vers une démarche de pratiques éthiques.

Dans les établissements d'Antrain et de St Brice, les professionnels sont impliqués dans la démarche à des degrés différents.

Pour renforcer le déploiement de la démarche, le groupe de pilotage a décidé de doubler le nombre de référents Humanitude. Ces nouveaux référents seront formés à l'automne 2010.

Il me semble nécessaire de s'interroger sur le bénéfice d'une telle mesure, au regard du coût financier que cela représente. De plus, cela ne va-t-il pas induire une barrière entre les « spécialistes de la démarche » et les autres professionnels?

En outre, les référents Humanitude sont aujourd'hui essentiellement garants du bon déroulement des soins. Or il est important de diffuser la démarche à tous les aspects de l'accompagnement des personnes âgées, toute la journée, à toutes les activités.

En effet, les soignants participent peu à la vie sociale.

Le rapport de la mission « Vie sociale des personnes âgées »⁸⁶ propose que 10% du temps du personnel soit consacré à l'accompagnement de la vie sociale, et ce « pour tous les personnels des établissements, sans exception »⁸⁷. Cela permet de donner du sens à l'accompagnement des résidents, pour des professionnels qui ont parfois le sentiment d'accomplir des tâches répétitives, sans pouvoir prendre le temps d'échanger avec les personnes. L'objectif premier d'une démarche de bientraitance est bien de se recentrer sur la vie des personnes âgées, et non sur les soins.

Le directeur doit donc être capable de mobiliser l'ensemble des professionnels autour du projet, et **définir les moyens qui permettront à chaque personnel d'être impliqué** dans la démarche.

Dernier élément qui me semble indispensable pour l'implication des soignants : **mettre en place des référents des projets individuels** qui seront chargés d'un suivi régulier et personnalisé. En effet, les A.M.P. remplissent actuellement ce rôle mais uniquement lors de la période d'intégration du résident dans l'établissement, sans relais par la suite.

La transmission des projets de vie aux autres professionnels pourrait être améliorée. En effet, les projets de vie sont conservés dans le bureau des AMP et seule l'histoire de vie est parfois retranscrite sur le dossier informatisé.

⁸⁶ HERVY B., 2003, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées* – Rapport de la mission « Vie sociale des personnes âgées ». p110.

⁸⁷ Ibidem.

3.3.2 Fédérer les professionnels autour de valeurs institutionnelles

A) Communiquer sur la démarche et ses valeurs

La première hypothèse consistait à penser que les regards des professionnels sur les personnes âgées et les métiers qui les entourent pouvait fausser le débat éthique. Mais au vu des observations et entretiens effectués, je dirai que cette représentation ne fausse pas que le débat éthique, mais l'accompagnement quotidien de la personne âgée.

En effet, les regards sont la plupart du temps empreints de bienveillance et de sollicitude envers le résident. Si la bienveillance ne s'oppose pas à ces principes, elle inclut également le respect des choix des résidents, ce qui contribue à promouvoir leur autonomie.

En outre, l'attente des familles envers l'établissement est souvent centrée sur le soin, renforçant la culture sanitaire des professionnels présents.

Ainsi, « l'écoute et le dialogue avec la personne âgée et sa famille dans des temps dissociés peuvent favoriser la reconnaissance des intérêts parfois contradictoires de chacun »⁸⁸. L'utilisateur et sa famille doivent être accompagnés dans la démarche par les professionnels et une communication institutionnelle spécifique doit être mise en œuvre.

Une première limite à cette communication émane du fait que, tout comme pour les professionnels, un temps d'assimilation des nouvelles modalités d'accompagnement doit être respecté.

De plus, si les familles sont informées de la démarche lorsque les premières actions sont déjà mises en place, des conflits peuvent surgir entre les professionnels et l'entourage qui n'ont pas la même vision des besoins de la personne âgée.

A la résidence La Loysance, lorsque les soignants ont mis en place les toilettes évaluatives pour évaluer le niveau d'autonomie des résidents et le type de toilette adaptée, ils ont été confrontés à l'opposition de familles ou de résidents. Certains soignants⁸⁹ témoignent de paroles blessantes de familles, qui insinuent que les soignants sont rémunérés pour effectuer la toilette.

⁸⁸ AMYOT J-J., VILLEZ A., 2001, « Rétablir les droits » in AMYOT J-J., VILLEZ A. *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. pp. 86.

⁸⁹ Entretien référent Humanitude.

Un second facteur limitant dans les établissements d'Antrain et St Brice est la portée de la communication mise en place.

Les entretiens avec les résidents et les familles montrent que peu d'entre eux connaissent la démarche de bientraitance en dépit de réunions d'information. Ce qui est plus regrettable, c'est qu'ils ne sont pas non plus au courant des actions concrètes réalisées, sauf si le résident est directement concerné.

Il est donc impératif non seulement **d'informer les familles et les usagers dès le lancement du projet**, mais également de les **impliquer au sein du comité de pilotage**.

Par la suite, des **réunions d'information** auprès des familles doivent avoir lieu régulièrement.

De même, **lors de la visite d'admission**, la personne qui reçoit l'utilisateur et la famille doit expliquer la démarche, au travers de la présentation du livret d'accueil par exemple, ou de la Charte bientraitance lorsqu'elle est formalisée.

B) Favoriser les outils de communication entre les professionnels

Il est essentiel que « les dirigeants, l'encadrement médical et paramédical [communiquent] avec les équipes pour fédérer, valoriser, développer les cultures qualité, gestion des risques, rappeler les règles »⁹⁰.

Dans les établissements d'Antrain et de St Brice, les staffs pluri professionnels constituent un outil de partage, mais ne permettent pas d'aborder l'ensemble des difficultés. En outre, la présence de la hiérarchie peut être un frein à la liberté de parole.

Le projet d'établissement prévoit l'accompagnement des professionnels au travers d'un groupe de parole animé par un psychologue, qui serait proposé à une fréquence définie aux professionnels.

Certains hôpitaux ont mis en place des cellules d'écoute sur l'épuisement du personnel, avec un numéro d'appel dédié et confidentiel⁹¹.

D'autres espaces de parole doivent être mis en oeuvre. Il peut s'agir :

– de groupes de parole

« Mis en place en général pour répondre à un problème ou une souffrance d'équipe, le groupe de parole est l'outil indispensable pour libérer la parole infirmière. Il est à l'initiative

⁹⁰ LAMBERDIERE F., SIMON-MARZAIS M., GARO M.A. et al., 2009, « Le management au coeur de la culture de la bientraitance ». *Revue de l'infirmière*, N°155, pp. 24.

⁹¹ Ibidem.

du cadre et prend fin lorsqu'il est estimé que la problématique est résolue. Il est animé par un psychologue, si possible extérieur au service »⁹².

- de groupes d'analyse des pratiques

« Ils permettent de parler de la pratique quotidienne pour mieux s'en distancer. A partir d'une situation de travail racontée par l'un des membres, le groupe étudie la pratique soignante concernée puis émet des avis distanciés et personnels sur la situation présentée.⁹³ »

- de staffs éthiques

« Selon les recommandations de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonneti⁹⁴, le staff éthique doit avoir lieu lorsque le patient soulève un questionnement d'ordre éthique »⁹⁵.

Quel que soit l'outil choisi, le directeur doit **privilégier la mise en place de nouveaux espaces de réflexion** pour faciliter le questionnement sur les pratiques.

3.4 Mettre en valeur les ressources professionnelles

Lors du recrutement, il est important de **définir exactement le besoin** en personnel : formations, compétences, expériences, motivations, perspectives. Ce besoin doit être traduit au sein d'un profil de poste détaillé, qui sera le support de l'échange entre le recruteur et le recruté.

Le recrutement est également un moment privilégié pour cerner le regard du soignant envers les personnes âgées, « ses aptitudes, ses fragilités »⁹⁶.

L'établissement peut également enrichir ses sources de recrutement de différentes manières : accueils de stagiaires, annonces dans les écoles de formation, annonces en permanence dans les structures dédiées de recrutement tel que le pôle emploi. Ainsi, il se constitue un réseau de professionnels potentiellement intéressés par une future embauche.

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2005 (rectificatif paru au Journal officiel n° 116 du 20 mai 2005, 8732.)

⁹⁵ LEMOINE-BERNINI D., SECONDI A., 2009, « La parole infirmière, un ingrédient essentiel à la bientraitance », p26.

⁹⁶ ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance; Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.*

La question du pourcentage de titulaires, de contractuels, d'emplois aidés ou d'intérimaires est également prégnante pour le directeur. La politique de ressources humaines fixant ces orientations impactera directement sur la rotation des professionnels et les moyens de remplacement, et donc sur la qualité et la continuité des soins auprès des résidents.

Enfin, il convient de ne pas oublier de vérifier le casier judiciaire de la personne recrutée⁹⁷.

Conformément aux recommandations de l'Anesm sur l'accompagnement à la prise de poste⁹⁸, l'intégration doit être organisée et formalisée au sein d'une procédure.

Néanmoins, il est souvent difficile pour les établissements, notamment pour les petits EHPAD, de mobiliser les professionnels lors de réunions d'intégration (sur une demi-journée ou une journée).

De même, le travail en binôme est conseillé les premiers jours, mais souvent inapplicable au vu de l'absentéisme et de la problématique de réalisation des plannings. Les personnes recrutées viennent le plus souvent combler l'effectif en urgence, et ne peuvent pas faire le relais de manière anticipée avec les autres soignants.

Enfin, les procédures d'intégration sont variables selon la catégorie de professionnels concernés. Les emplois aidés et les contractuels de court terme (remplacement) n'en bénéficient pas, ou après la prise de poste, alors qu'ils en ont d'avantage besoin que les titulaires qui ont déjà acquis une expérience.

Quoi qu'il en soit, l'encadrement doit **repérer les difficultés particulières, orienter les professionnels vers la formation continue et rappeler régulièrement les objectifs de travail.**

3.5 Instaurer un management éthique de l'encadrement

La démarche de bientraitance doit être soutenue au quotidien par les responsables.

En effet, le management est un élément essentiel dans la mise en oeuvre d'une dynamique de bientraitance. L'ensemble du personnel doit participer à la démarche, et doit donc être encadré correctement pour s'impliquer efficacement.

⁹⁷ MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007*. p13.

⁹⁸ ANESM. 2008, *Mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*.

L'Anesm préconise de « veiller à une présence régulière de l'encadrement auprès des professionnels. Cette présence donne d'abord l'occasion d'observer les pratiques quotidiennes, de conforter les bonnes pratiques et d'apporter des correctifs lorsque celles-ci ne sont pas conformes au respect de la personne. Elle donne aussi la possibilité d'apporter un soutien dans la résolution des difficultés quotidiennes que les professionnels peuvent rencontrer afin de minimiser les risques de conflits ou d'épuisement »⁹⁹.

Un article de la Revue de l'infirmière¹⁰⁰ reprend ces recommandations et les décline en repères fondamentaux: principe éthique de l'engagement de l'encadrement, principe éthique de la responsabilité du cadre (cohérence entre le dire et le faire), exercice de l'autorité (savant mélange entre autorité et adaptation des règles), et exemplarité.

Dans les résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais, les cadres sont présents auprès des équipes, mais ne sont pas reconnus comme les garants de la bientraitance, puisque ce sont le cadre coordinateur et les référents Humanitude qui exercent cette mission.

Cette situation (présence d'un référent qui ne fait pas partie de l'encadrement de proximité) est parfois vécue difficilement par les professionnels et par les référents eux-mêmes¹⁰¹ (et de manière plus prononcée pour le référent aide-soignante).

En effet, il est parfois délicat pour le référent d'établir un rapport d'autorité face à un professionnel réticent à la démarche, notamment lorsqu'il s'agit d'un collègue du même service. Il serait nécessaire qu'il puisse être relayé par le cadre du service, soit dès la survenue du problème, soit lors d'entrevues régulières pour faire le point sur les difficultés de mise en oeuvre de la démarche.

De plus, les cadres pourraient être responsables du **management d'un dispositif d'analyse des difficultés et problèmes rencontrés**, et compléter ainsi les temps de détachement des référents. Cela permet une mise à distance sur les pratiques constatées par ces derniers.

L'encadrement joue également un rôle important dans la prévention de l'épuisement professionnel, critère de risque à la survenue des actes de maltraitance.

Il doit **développer des temps de « parole, les échanges et la communication »**¹⁰² dans l'institution.

⁹⁹ ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance; Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. pp28.

¹⁰⁰ LAMBERDIERE F., SIMON-MARZAIS M., GARO M.A. et al., 2009, « Le management au coeur de la culture de la bientraitance ». *Revue de l'infirmière*, N°155, pp. 22-24.

¹⁰¹ Entretiens référents Humanitude.

Enfin, l'encadrement doit **exercer l'autorité de manière à respecter « un savant dosage entre excès d'autorité et capacité à adapter les règles »**.

En effet, la bientraitance suppose d'aménager sans cesse, selon les besoins des usagers, les rythmes des professionnels. L'encadrement doit donc aussi donner un cadre d'organisation suffisamment flexible pour que les professionnels évoluent en confiance, tout en connaissant leurs marges de manœuvre pour la prise d'initiative.

3.6 Évaluer l'impact de la démarche de bientraitance

Evaluer le niveau de bientraitance d'un établissement n'est pas chose aisée de prime abord. Il est possible de le mesurer grâce à « des indicateurs de structure (conformité à un cadre réglementaire, à des références professionnelles, à des références internes), des indicateurs de processus (organisation, niveau de mise en œuvre) et des indicateurs de résultats (effets atteints au niveau des usagers) »¹⁰³.

D'autres outils peuvent compléter cette auto-évaluation.

3.6.1 L'enquête Anesm

Les E.H.P.A.D. ont été soumis, pour la première fois en 2009, à un questionnaire d'autoévaluation de leurs pratiques de bientraitance¹⁰⁴ conçu sur la base des recommandations de l'Anesm¹⁰⁵.

Ce questionnaire a pour objectif de réaliser un diagnostic des difficultés inhérentes au déploiement de la démarche et des actions réalisées, et identifier celles à mettre en œuvre.

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation basé sur des aspects de structure et de processus.

Ce questionnaire a été renseigné au sein de la résidence La Loysance. J'ai effectué une analyse comparée avec les résultats nationaux afin d'identifier les actions restant à mettre en œuvre (voir Annexe III).

¹⁰² LAMBERDIERE F., SIMON-MARZAIS M., GARO M.A. et al., 2009, « Le management au coeur de la culture de la bientraitance ». *Revue de l'infirmière*, N°155, pp. 24.

¹⁰³ ANESM. 2010, *Analyse nationale de l'état du développement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale*, p5.

¹⁰⁴ ANESM. 2010, *Questionnaire d'auto-évaluation - Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement*.

¹⁰⁵ ANESM, Juin 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*

Au niveau national, 5 148 questionnaires ont été reçus, sur un total de 8 000 E.H.P.A.D., et 5 081 se sont avérés exploitables (taux de retour de 76%).

Le rapport de l'Anesm¹⁰⁶ présente l'avancement des démarches de promotion de la bientraitance, faisant ressortir des points forts et des axes d'amélioration. :

- les points forts sont : l'évaluation initiale des besoins de soins, le développement de partenariat pour la continuité des soins, le développement d'offres dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la mise en œuvre de protocoles ou de procédures de réduction des risques ;
- les axes d'amélioration sont : l'individualisation de la prise en charge avec le processus d'admission et l'élaboration du projet personnalisé, le développement des pratiques d'évaluation en continu.

Des recommandations nationales ont été émises :

- promouvoir l'effectivité des C.V.S.,
- améliorer l'individualisation des accompagnements,
- promouvoir la création de P.A.S.A. (Pôle d'activités et de soins adaptés)
- développer les formations Alzheimer et Bientraitance,
- mettre en place des protocoles ou procédures pour la gestion des faits de maltraitance,
- accompagner les nouveaux personnels lors de leur prise de poste.

Il est indispensable pour les établissements de **prendre en compte les enquêtes nationales, s'approprier les recommandations qui en découlent, au regard de leur propre analyse, et s'en inspirer pour formuler leur nouveau plan d'action.**

3.6.2 Les autres outils d'évaluation

D'autres outils peuvent être utilisés pour compléter cette enquête, dont la démarche qualité et les enquêtes auprès des usagers et/ou des professionnels.

A) L'évaluation interne et les référentiels de pratique

Les démarches d'amélioration continue au sein du secteur social et médico-social sont promues par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

¹⁰⁶ ANESM. 2010, *Analyse nationale de l'état du développement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.*

En premier lieu, les conventions tripartites comportent un volet destiné à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans la prise en charge de l'usager.

En second lieu, la loi du 2 janvier 2002¹⁰⁷ instaure une procédure obligatoire et périodique d'évaluation interne et externe de l'activité et de la qualité des prestations délivrées en établissement¹⁰⁸.

L'évaluation interne doit se baser sur un référentiel énonçant les normes et exigences auxquelles l'établissement doit répondre. Les établissements ont le choix de s'appuyer sur un référentiel existant ou de créer leur propre référentiel. Néanmoins, J-R. Loubat déconseille fortement de se lancer dans la construction d'un référentiel propre à l'établissement car « il s'agit d'un travail immense [...] d'une tâche très pointue et très technique »¹⁰⁹.

Le référentiel Aqualie construit par le Conseil Général d'Ille et Vilaine est un « outil permettant de repérer les points forts et les points faibles de l'organisation et du fonctionnement des établissements. Il s'agit aussi de fixer les objectifs à atteindre afin d'améliorer la qualité du service rendu aux résidents et à leur famille »¹¹⁰.

Il présente l'avantage pour les EHPAD du département de ne pas avoir été contraints de construire leur propre référentiel.

Si les résidences d'Antrain et de St Brice remplissent annuellement le référentiel Aqualie, les professionnels ne sont pas encore entrés dans une véritable réflexion de la conduite de leur évaluation interne. Les résultats ne sont pas analysés et communiqués institutionnellement. Ils ne servent pas à fixer des objectifs qualité ou de bienveillance.

Il semble donc important que les établissements utilisent les données disponibles en interne pour **définir et suivre des indicateurs qualité quantitatifs et qualitatifs** concernant la bienveillance.

¹⁰⁷ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

¹⁰⁸ Art. L311-3 à L311-9 et L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

¹⁰⁹ LOUBAT J-R., 2009, « Mettre en place une démarche qualité » in LOUBAT J-R. *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. pp62.

¹¹⁰ <http://www.ille-et-vilaine.fr/actualites/personnes-agees-et-handicapees-ameliorer-la-qualite-des-services,97931.html>

B) Les enquêtes auprès des usagers et/ou des professionnels

Les enquêtes auprès des usagers sont indispensables pour connaître la qualité perçue par les usagers.

Celles auprès des professionnels permettent de connaître leur ressenti sur la qualité produite.

Même si ces enquêtes sont subjectives, elles mesurent le résultat des processus et des moyens mobilisés, et leurs résultats constituent un indicateur de performance du management par processus pour le directeur.

L'enquête effectuée auprès des professionnels d'Antrain et de St Brice sur leurs pratiques dans le cadre de la bientraitance a permis d'orienter le comité de pilotage vers de nouvelles actions à mener.

Il me semble néanmoins que s'appuyer sur ce seul outil ne permet pas d'avoir une vision exhaustive de la qualité de l'accompagnement des usagers.

Les enquêtes de satisfaction auprès des usagers et des professionnels doivent être menées à intervalle régulier, auprès d'un échantillon représentatif et homogène d'une période à une autre. Les questionnaires doivent permettre d'identifier les principaux dysfonctionnements et les axes d'amélioration. **Les résultats doivent pouvoir être comparés aux indicateurs sur la qualité produite.**

Pour conclure sur le thème de l'évaluation, je citerai un dernier élément pouvant servir d'indicateur dans le cadre d'une démarche de bientraitance : le GMP.

De nombreux directeurs d'EHPAD s'interrogent aujourd'hui sur l'impact de la bientraitance sur le GMP. En effet, celui-ci ne prend pas en compte la mobilisation des professionnels et l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

La baisse du niveau de dépendance des usagers¹¹¹ peut conduire à une baisse des moyens susceptibles d'être alloués aux EHPAD. A ce jour, le département d'Ille et Vilaine a fait le choix de ne pas impacter les baisses de cotation sur les moyens financiers.

Néanmoins, cet élément renforce la nécessité pour les directeurs d'évaluer précisément leur démarche de bientraitance afin de la valoriser au mieux auprès des autorités.

¹¹¹ Voir les résultats GMP de la résidence des Hameaux du Coglais (paragraphe 2.4.1.).

Conclusion

Lors de la première rencontre avec mon maître de stage, j'ai découvert un projet d'établissement et un projet de vie centrés sur la méthode Humanitude. J'ai rencontré par la suite des professionnels enthousiasmés et mobilisés par la démarche. Ayant travaillé plus de sept ans dans un centre hospitalier, j'avais été confronté à la problématique de la maltraitance, et à la difficulté de faire changer les pratiques et les mentalités (concernant les contentions par exemple). J'étais intimement convaincue que la direction avait un rôle majeur à jouer dans la dynamique du changement.

La direction des établissements d'Antrain et de St Brice étant fortement engagée dans la démarche de bientraitance, je souhaitais étudier l'impact de son management dans la promotion de la bientraitance au sein de ses résidences.

Cette thématique est au centre des préoccupations d'un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, puisqu'elle recouvre la responsabilité juridique, administrative et éthique.

La responsabilité juridique du directeur est en effet engagée lors de la survenue d'actes de maltraitance, et celui-ci devra justifier des mesures de prévention, de signalement et d'accompagnement mises en œuvre.

Au travers de la loi du 2 janvier 2002¹¹², le directeur a l'obligation de mettre en place les outils permettant le respect des droits des patients (dont le projet individualisé).

Enfin, dans un contexte d'évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité de la prise en charge, le directeur se doit d'impulser une culture nouvelle de prise en soins des usagers.

Durant les mois de stage au sein des résidences La Loysance et Les Hameaux du Coglais les difficultés de mise en œuvre des actions de bientraitance et les critiques de certains professionnels m'ont démontré que les convictions seules du directeur ne suffisent pas. Le management participatif et le comité de pilotage facilitent la mise en place de la démarche, mais ils doivent être accompagnés d'un cadre organisationnel défini.

¹¹² MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.

Le choix de la méthode de mise en œuvre de la démarche varie selon les directeurs (Humanitude¹¹³, Mobiquai-Bienveillance¹¹⁴, Carpe-Diem¹¹⁵...) mais **certains facteurs de réussite sont incontournables.**

En effet, une telle démarche nécessite tout d'abord un engagement institutionnel du directeur et de son équipe d'encadrement. Un chef de projet doit être désigné et un groupe de travail pluri professionnel doit être constitué. Des formateurs relais (ou référents) doivent être désignés.

Ensuite, les professionnels doivent être sensibilisés à la bienveillance, formés, accompagnés dans la mise en œuvre des actions. Des communications, interne et externe (vis-à-vis des familles), doivent être entreprises.

En outre, le directeur doit instaurer un management éthique se traduisant par un engagement de l'encadrement, un exercice de l'autorité qui concilie autorité et adaptation des règles.

Enfin, la démarche doit être évaluée, en mesurant l'efficacité des processus, des moyens mis en œuvre et des résultats.

La direction des établissements d'Antrain et de St Brice a eu pour ambition d'entrer dans la démarche en impulsant de nombreux changements en parallèle, avec un seul groupe de pilotage pour définir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer ces actions.

D'autres directeurs font le choix de créer des groupes de travail spécifiques aux thématiques abordées, et de manière planifiée sur une période prédéfinie.

Dans le premier cas, les préoccupations sont centrées sur l'utilisateur, et le directeur impose un changement rapide pour une meilleure prise en charge des usagers

Dans le second cas, ce sont les professionnels qui impulsent le changement. Cette méthodologie est souvent plus longue à mettre en place plus frustrante pour la direction, mais plus acceptable et réalisable pour les professionnels.

Le management éthique que le directeur met en place crée un environnement propice à la promotion de l'éthique professionnelle, et donc à la bienveillance.

¹¹³ <http://www.igm-formation.net>

¹¹⁴ <http://www.mobiquai.fr>

¹¹⁵ POIRIER N., « Les prises en charge innovantes des personnes âgées » in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 18 novembre 2009, Rennes: EHESP.

La pratique de l'éthique n'est pas uniquement la conformité à un certains nombres de valeurs, c'est aussi une volonté permanente de remise en question sur la manière d'être et d'agir.

La bientraitance ne se décrète pas, il faut que l'ensemble des partenaires s'en saisisse. Le personnel doit être un acteur de la bientraitance, avec une participation réelle, et non pas un simple rôle d'application. Cette bientraitance doit traverser l'ensemble de la prise en charge, toute la journée, toute l'année, dans toutes les activités.

Sources et Bibliographie

Ouvrages

- AMYOT J-J., VILLEZ A., 2001, « Rétablir les droits » in AMYOT J-J., VILLEZ A. *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. Paris: Dunod, 216p.
- BOUDOUKLA A-H., 2009, *Burn-out et traumatismes psychologiques*. Paris : Dunod, 160p.
- GABEL M., JÉSU F., MANCIAUX M. (éd.), 2000, *Bientraitances – Mieux traiter familles et professionnels*. Paris: Fleurus, 454p.
- GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude - Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Armand Colin, 320p.
- LOUBAT J-R., 2009, « Mettre en place une démarche qualité » in LOUBAT J-R. *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 188p.
- MALHERBE JF., AUDET D., 2008, *Sujet de vie ou objet de soins ? - Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal: Fides, 471 p.
- MANOUKIAN A., 2007, *Les soignants et les personnes âgées*. 4^e édition, Rueil-Malmaison: Lamarre, 205p.
- MIRAMON J-M., 2009, « Projet, gestion, stratégie » in MIRAMON J-M. *Manager le changement*. 3^{ème} édition, Rennes : EHESP, 150p.
- TOUTUT J-P., 2007, *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux – Repères et recommandations*. Paris : Seli Arslan, 159p.

Mémoires

CASTALDI E., 2003, *Le respect du droit à l'intimité des personnes âgées à l'épreuve de la vie en collectivité ? Un défi pour les établissements*. Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social, EHESP, 85p.

Etudes, rapports et plans

- ANESM. 2008, *Mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*.. Paris: Anesm. [visité le 3 septembre 2010], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_adaptation_emploi.pdf
- ANESM, 2008, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance; Recommandations de bonnes pratiques professionnelles [en ligne]*, Saint Denis: Anesm, 52p. [visité le 3 septembre 2009]. Disponible sur Internet: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf
- ANESM, 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* [en ligne]. Saint Denis: Anesm, [visité le 3 septembre 2009]. Disponible sur Internet: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
- ANESM. 2009, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles* [en ligne]. Paris : Anesm. [visité le 3 septembre 2010], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf
- ANESM. 2010, *Analyse nationale de l'état du développement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale*. Paris: Anesm. [visité le 3 septembre 2010], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bientraitance_rapport_national_anesm.pdf

- ANESM. 2010, *Questionnaire d'auto-évaluation - Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement*. Paris: Anesm. [visité le 3 septembre 2010], disponible sur internet :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire_bientraitance_anesm_150409.pdf

- DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, COMITE NATIONAL DE VIGILANCE CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES ET ADULTES. 2008, *Guide de la gestion des risques de maltraitance en établissement de personnes âgées et/ou handicapées*, [visité le 3 septembre 2010], disponible sur internet :
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_gestion_des_risquesDomicile_final.pdf

- FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, 1999, *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* [en ligne]. PARIS: MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, [visité le 3 septembre 2009]. Disponible sur Internet:
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf

- HERVY B., 2003, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées – Rapport de la mission « Vie sociale des personnes âgées »*. Rennes: EHESP, 159p.

- MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, 2006, *Plan Solidarité – Grand Age*. [visité le 3 septembre 2010], disponible sur internet :
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,409/plan-solidarite-grand-age-2007,5796.html>

- MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007*. [visité le 3 septembre 2010], disponible sur internet :
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf

- TNS Sofres. 2009, *Les français et le grand âgé – Cinquième vague du baromètre*. Paris: TNS Sofres. [visité le 6 septembre 2010], disponible sur internet : http://www.tns-sofres.com/_assets/files/2009.05.19-grand-age.pdf

Articles de périodiques

- LAMBERDIERE F., SIMON-MARZAIS M., GARO M.A. et al., 2009, « Le management au coeur de la culture de la bientraitance ». *Revue de l'infirmière*, N°155, pp. 22-24.
- LEMOINE-BERNINI D., SECONDI A., 2009, « La parole infirmière, un ingrédient essentiel à la bientraitance ». *Revue de l'infirmière*, N°155, pp. 25-26.

Ordonnances – Lois – Décrets – Circulaires – Avis du Conseil d'Etat

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002, p 124.
- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2005 (rectificatif paru au Journal officiel n° 116 du 20 mai 2005, 8732.)
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [en ligne]. Journal officiel n°55 du 6 mars 2007 [visité le 2 septembre 2009], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E6A1C0290F7789885BA09CCFE841DD19.tpdjo03v_3?cidTexte=LEGITEXT000006055601&dateTexte=20100909
- MINISTÈRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Décret n° 2007-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés. JORF n°61 du 13 mars 2007 page 4756.

- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JORF n°221 du 22 septembre 2004, page 16407.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Arrêté interministériel du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie – Art. L311-4 du CASF
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGAS/2A N°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. BO n°2008-11 du 15 décembre 2008, 165-167.
- MINISÈRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. BO n°2007-4 du 15 mai 2007, 146-151.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE. Instruction DGAS/2A n°2009-88 du 26 mars 2009 relative à l'organisation des assises départementales de la bientraitance en faveur des personnes âgées. BO n°2009-4 du 15 mai 2009, 379-380.

Conférences et discours

- BERRA N., « Maltraitance des personnes âgées ». Discours du 2 décembre 2009. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique.
- GINESTE Y., MARESCOTTI R., « Méthodologie de soin Gineste - Marescotti : milieu de vie et prendre soin », Journée d'étude, 3 mai 2010, Rennes.
- JACOB C., « Prévenir la maltraitance, promouvoir la bientraitance : une ambition européenne ». Discours du 20 novembre 2003 à la Conférence des ministres européens en charge de la famille.

- POIRIER N., « Les prises en charge innovantes des personnes âgées » in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 18 novembre 2009, Rennes: EHESP.
- ROYAL S., « Discours du 8 décembre 2000 devant le Conseil supérieur du travail social ». Ministère de la famille et de l'enfance.

Sites internet

- <http://www.afbah.org>
- <http://www.igm-formation.net>
- <http://www.ille-et-vilaine.fr/actualites/personnes-agees-et-handicapees-ameliorer-la-qualite-des-services,97931.html>
- <http://www.mobiqua.fr>

Liste des annexes

Annexe I : liste des entretiens réalisés

Annexe II : questionnaire d'entretiens auprès des usagers

Annexe III : analyse comparée des résultats 2009 de l'hôpital d'Antrain du questionnaire Bientraitance ANESM au regard des résultats nationaux

Annexe I

Liste des entretiens

Entretien n°1 : Cadre de santé de l'EHPAD X

Entretien n°2 : Directrice de l'EHPAD Y

Entretien n°3 : Cadre coordinateur Humanitude au sein des hôpitaux d'Antrain et de St Brice

Entretien n°4 : Référents Humanitude

Entretien n°5 : Médecin coordonnateur de la résidence Les Hameaux du Coglais

Entretien n°6 : Psychologue de la résidence Les Hameaux du Coglais

Entretien n°7 : Aides médico-psychologiques de la résidence Village de La Loysance

Entretien n°8 : Résident de la résidence Village de La Loysance

Entretien n°9 : Résident de la résidence Village de La Loysance

Entretien n°10 : Résident de la résidence Les Hameaux du Coglais

Entretien n°11 : Résident de la résidence Les Hameaux du Coglais

Entretien n°12 : Fille de résident de la résidence Village de La Loysance

Annexe II

Guide d'entretien auprès des résidents

Rappel des thèmes de travail :

- organisation et règles de l'institution : quelles perceptions ? quels changements ?
- les professionnels : quelles perceptions ? quels changements ?

Unité :

I) Présentation du résident

Pourriez-vous me dire depuis combien de temps vous vivez dans cette maison de retraite ? (*Situer le résident dans le temps par rapport à l'appropriation du service de la démarche Humanitude*)

II) La liberté de choix

Pouvez-vous me décrire le déroulement de vos journées ? (Mesurer la liberté des rythmes de vie et modes de vie) Relance : À quelle heure vous levez-vous ? Aimerez-vous être levé plus tôt/tard ? Vous demande-t-on votre avis ? A quelle heure mangez-vous le midi et le soir ? Ces horaires vous conviennent-ils ? Les résidents ont-ils déjà demandé à les modifier (en CVS par exemple) ? Pouvez-vous vous couchez à l'heure que vous souhaitez ?

Lors de votre accueil, avez-vous pu expliquer vos habitudes de vie ? (Personnaliser l'accueil et accompagner l'intégration) Relance : Y a-t-il eu une rencontre préalable à domicile ou au sein de la résidence avant votre entrée ? Après votre entrée, vous a-t-on rencontré pour savoir si tout allait bien ?

Vous a-t-on expliqué le fonctionnement du service ? (Accueillir l'utilisateur)

Relance : horaires, activités...

Vous demande-t-on vos préférences ou pensez-vous que les agents décident pour vous ce qui vous convient le mieux ? (Entendre la parole de l'utilisateur et respecter sa légitimité)

Relance : Pensez-vous que les professionnels favorisent votre autonomie ? Avez-vous un exemple ?

Comment participez-vous à la vie collective ? (Développer les possibilités de relations réciproques) ex : aider à ranger un espace collectif...

Pouvez-vous exprimer des refus de participer à des activités, des soins... ?

(Etre attentif au refus et à la non adhésion)

Si l'on vous refuse quelque chose, est-ce qu'on vous explique la raison ?

(Apporter une réponse appropriée)

III) L'accompagnement de l'autonomie

Vous a-t-on informé de vos droits, et des obligations des professionnels ?

(Informé) Relance : vous a-t-on expliqué le contrat de séjour et le règlement intérieur ? La Charte des personnes âgées dépendantes ?

Pensez-vous que les activités proposées respectent le rythme des résidents ?

(Prendre en compte le rythme de l'utilisateur) Relance : est-ce que les cycles de sommeil, d'appétit, temps de la toilette sont connus et respectés dans l'organisation du travail ? Les professionnels frappent-ils à la porte de votre chambre, attendent-ils votre réponse avant d'entrer ?

IV) La communication individuelle et collective

Pensez-vous que les locaux permettent de communiquer facilement ? (Créer un environnement propice)

Relance : y a-t-il des espaces intimes pour discuter ? Les locaux sont-ils calmes (ex lors des repas). A qui pouvez-vous transmettre les demandes (cadre ? animateur ? CVS ?)

V) Un projet d'accueil et d'accompagnement défini et évalué

Avez-vous élaboré un projet personnalisé avec les professionnels ? (Fixer des objectifs précis dans le cadre du projet personnalisé) Relance : Savez-vous à quelles activités vous allez participer ? Quelles sorties ?

VI) Le respect de la singularité, fondement de l'intervention

Pensez-vous que les professionnels soient bien formés à l'accompagnement de personnes âgées ? (Apporter une réponse adaptée) Relance : sont-ils patients, à votre écoute ? S'adaptent-ils à vos besoins ?

VII) La sécurité physique

Vous sentez-vous en sécurité ? (Assurer la protection et le bien-être physique) Relance : Pensez-vous que la douleur soit bien soulagée ?

Trouvez-vous qu'il y ait une rotation du personnel trop fréquente ? (Articulation entre les professionnels) Relance : En quoi cela vous pose-t-il problème ? Pensez-vous que les nouveaux professionnels soient bien informés des habitudes des résidents et du service ?

Etes-vous informé des changements importants dans la résidence ? Relance : Etes-vous informés des changements d'horaires, de fonctionnement, départs et arrivés de professionnels ?

VIII) Un cadre institutionnel stable

Pensez-vous que les règles et la loi soient respectées, aussi bien par les professionnels que les résidents ? (Respect du droit) Relance : Y a-t-il un rappel des règles si quelqu'un commet un acte de violence par exemple, ou de vols ?

IX) Travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'utilisateur avec ses proches

Trouvez-vous que l'établissement favorise les liens avec votre entourage ?

(Créer des lieux ou des occasions) Relance : Y a-t-il des lieux où vous pouvez recevoir votre entourage ? Pouvez-vous organiser des fêtes d'anniversaire par exemple ?

X) La promotion de l'expression et de l'échange des perspectives

Les comptes-rendus du CVS sont-ils diffusés aux participants ? Les autres résidents ont-ils une information sur le compte-rendu du CVS ?

Les résidents peuvent-ils s'exprimer de manière anonyme et écrite ?

(Encourager la participation aux échanges) Relance : existe-t-il des boîtes aux lettres ou une personne à qui ils peuvent transmettre leurs souhaits ?

XI) Humanitude

Avez-vous entendu parler des formations Humanitude pour les professionnels ?

Pensez-vous que l'accompagnement des résidents se soit amélioré ces 2 dernières années ? Relance : pour la mobilisation, les toilettes...

Les soignants vous expliquent-ils mieux ce qu'ils font faire ?

Pensez-vous que les soignants s'adaptent mieux à votre rythme, par exemple en vous laissant vous lever ou vous coucher plus tard ?

Annexe III

Analyse comparée des résultats 2009 de l'hôpital d'Antrain du questionnaire Bienveillance ANESM au regard des résultats nationaux

NB : Les résultats d'Antrain intègrent l'USLD.

1. Données structurelles :

L'**âge moyen** correspond aux autres EHPAD (84 ans)

Le **GMP moyen** est plus faible : 631 en EHPAD et 699 en USLD pour Antrain, 666 au niveau national.

Le **ratio « ETP total/nombre de places »** est identique (0,63 pour Antrain et 0,61 national)

Le **% de turnover du personnel** est très faible : 0,95 au lieu de 6,7 national.

Le faible % de turnover du personnel est un point très positif. On constate également que la démarche Humanitude s'intègre mieux dans ces unités (plus de personnes formées, qui connaissent bien les résidents).

Le **% de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées** est légèrement plus élevé à Antrain (53% pour 43% national) alors que le **% de résidents accueillis en unité dédiée** est plus faible (11% au lieu de 20% national).

Soit l'unité dédiée a des critères d'entrée trop restrictifs, soit elle doit être complétée par une autre unité en aval de cette prise en charge.

2. Identification des éléments de personnalisation du projet de la personne :

a) le processus d'admission

Antrain réalise une **visite préalable de l'établissement** dans 30 à 60% des cas, comme 16% d'EHPAD. (49% des EHPAD le font pour 60 à 100% des résidents.)

Le recueil de l'accord des résidents sur leur entrée est réalisé à plus de 90% comme 42% des EHPAD.

Un **temps d'observation pour définir un projet personnalisé** existe pour 30 à 60% des résidents comme 12% des EHPAD. (65% des EHPAD le font pour 60 à 100% des résidents.)

Pour les résidents hospitalisés en médecine ou en SSR, une visite préalable est organisée par les AMP.

La visite préalable pour les personnes venant du domicile est à systématiser. Un relais lorsque le cadre n'est pas disponible est à prévoir (AMP? Référente Humanitude? IDE référente?)

Il existe un temps d'observation (3 semaines en moyenne) pour définir un projet de vie. Néanmoins la transmission à l'équipe pourrait être améliorée. En effet, seule l'histoire de vie est parfois retranscrite sur Osiris. De plus les projets de vie sont conservés dans le bureau des AMP et la transmission des informations à l'équipe se fait petit à petit car il n'y a pas de temps ni de personne référente pour transmettre ces informations.

Seul le staff peut permettre de discuter du projet de vie.

L'enquête Aqualie confirme ces axes de travail.

b) l'évaluation des besoins et attentes de la personne et de son entourage

Les **besoins de soins, l'évaluation des risques et des fragilités** et les **habitudes, centres d'intérêt et potentialités** sont évalués pour 60 à 90% des résidents à Antrain, alors qu'ils le sont pour plus de 90% des résidents pour la majorité des autres EHPAD.

En ce qui concerne les **attentes de la personne et les attentes de l'entourage**, Antrain les évalue pour plus de 90% des résidents, comme 40% des EHPAD.

Si les attentes de la personne et de l'entourage sont bien recueillies, il reste à améliorer le recueil des besoins de soins, l'évaluation des risques et des fragilités et les habitudes, centres d'intérêt et potentialités.

3. Elaboration et mise en oeuvre du projet personnalisé :

a) les modalités d'élaboration et d'évaluation du projet

Contrairement à la majorité des EHPAD, Antrain ne dispose pas d'un **partage formalisé des informations** sur le projet personnalisé. La **coordination des professionnels** est également à améliorer, même si elle se fait pour les toilettes (grâce à l'outil de toilettes évaluatives).

Par contre, les **projets sont élaborés avec le résident**, comme 38% des EHPAD.

Ils sont actualisés si besoin lors des staffs, mais pas de manière systématique. Une **évaluation de l'impact et de l'appréciation du projet** par le résident est réalisée comme dans la majorité des EHPAD.

Tout comme pour l'évaluation initiale, le point à améliorer est le partage des informations (support commun, accessible à tous et tout le temps, avec des temps de transmission sur le projet du résident).

b) les origines de la réévaluation du projet

Le **projet personnalisé est réévalué en cas de besoin**, que ce soit pour des raisons de modifications de l'état de santé, des capacités, du comportement, à la demande du résident ou de l'entourage. La majorité des EHPAD effectuent la réévaluation du projet.

c) la documentation du projet personnalisé

Les professionnels d'Antrain sont **toujours incités** à noter tout élément contributif au bien être ou relatif à l'amélioration de l'humeur et des potentialités de chaque résident, comme dans 2 EHPAD sur 3.

La transmission de ces données à l'ensemble de l'équipe (accessibilité) et leur inscription dans le projet personnalisée sont à améliorer.

d) l'analyse des facteurs déclenchant ou majorant les troubles psychologiques ou comportementaux

Les facteurs susceptibles de déclencher ou de majorer les troubles psychologiques ou comportementaux sont **toujours explorés en équipe**, comme dans la moitié des EHPAD.

Les formations Humanitude sont un facteur facilitant ces pratiques lors des staffs.

4. Mise en oeuvre des mesures de protection: équilibre entre autonomie, indépendance et sécurité :

a) la liberté de circuler

L'ensemble des résidents est libre de circuler à l'intérieur de l'EHPAD, comme dans 71% des EHPAD.

60 à 90% des résidents sont libres de circuler à l'extérieur de l'EHPAD, comme dans 35% des EHPAD.

b) les risques procédurés

Il existe des protocoles pour les principaux risques identifiés par les professionnels, la gestion des évènements indésirables et le recours à la contention (comme 80% en moyenne des EHPAD).

Néanmoins, contrairement à 60% des EHPAD, il n'existe pas de protocole concernant le traitement des faits de maltraitance.

Les démarches de bientraitance collectives n'empêchant pas les actes de maltraitance individuelle, un protocole de traitement des faits de maltraitance doit être élaboré et connu de l'ensemble des professionnels.

5. Participation collective

Comme 74% des EHPAD, le recueil des plaintes et suggestions des résidents est effectué de manière systématique. La place de l'entourage est favorisée comme dans 64% des EHPAD.

En revanche, le CVS ne permet pas une expression réelle des résidents de manière systématique, contrairement à 51% des EHPAD.

De même, il n'y pas fait systématiquement une analyse en équipe de l'expression des résidents dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes (systématique dans 37% des EHPAD).

Enfin, il n'y a pas d'évaluation de l'impact des modes d'expression collective des résidents en termes de changement introduit dans l'établissement (alors que 39% des EHPAD réalisent souvent une évaluation).

Les propositions du CVS pourraient faire l'objet d'un retour auprès des résidents en expliquant ce qui a été mis en oeuvre, ou les raisons de ce qui n'est pas réalisé.

Un indicateur pourrait permettre de mesurer la proportion d'actions réalisées au vu des propositions faites par les résidents.

6. Gestion des ressources humaines et ouverture de l'établissement vers l'extérieur

Au regard des formations réalisées de 2007 à 2009, plus de 90% des professionnels en EHPAD sont formés à la bientraitance (dont certains sensibilisés lors des journées d'accueil et par la référente Humanitude), comme 24% des EHPAD.

Il n'y a pas de formation sur la maltraitance.

Moins de 30% des professionnels sont formés sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, alors que 32% des EHPAD ont formés de 60 à 90% des professionnels.

De 30 à 60% des professionnels sont formés à la douleur et la fin de vie (sur l'ensemble de l'établissement), comme dans 31% des EHPAD.

L'impact des formations est parfois évalué par les professionnels, **jamais évalué par la direction et auprès des résidents**. (35% des EHPAD réalisent souvent une évaluation par la direction, 40% souvent par les professionnels, et 38% parfois auprès des résidents).

Il n'y a **pas d'actualisation des connaissances à partir d'une veille relative aux productions de l'Anesm et aux publications internationales**, alors que 40% des EHPAD l'effectuent parfois.

Même si la formation Humanitude aborde certains points des formations sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (notamment caractéristiques de la maladie et conséquences), elle ne détaille pas l'ensemble des techniques de communication et les modalités de personnalisation du projet de la personne). Sachant que 53% des résidents sont concernés, il semble indispensable que des formations sur ce sujet soit renforcées.

Des modalités d'évaluation des formations et d'actualisation des connaissances doivent être développées.

7. Organisation de l'établissement

a) Organisation et gestion des ressources humaines

L'**organisation** de l'établissement favorise toujours le partage, la formalisation et la transmission des informations au quotidien, comme dans 68% des EHPAD.

Il existe souvent des **réunions d'équipe de direction** (37% des EHPAD), une **identification et mise à profit des ressources des professionnels** (44% des EHPAD), et un **accompagnement des nouveaux membres du personnel dans la prise de poste** (53% des EHPAD le font systématiquement).

Une procédure doit préciser les modalités d'accompagnement des nouveaux personnel (voir recommandations « mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées)/Anesm).

b) Continuité des soins

La **continuité des soins** est assurée le jour, la nuit, le week-end et l'été, comme dans la quasi totalité des EHPAD.

c) Activités quotidiennes

30 à 60% des résidents bénéficient chaque jour d'une **activité individuelle** définie dans le cadre du projet personnalisé (alors que moins de 30% des résidents en bénéficient dans 41% des EHPAD).