



HAL
open science

Comment pouvons-nous promouvoir un suivi organisationnel de la bientraitance ?

Claude Ravaux

► **To cite this version:**

Claude Ravaux. Comment pouvons-nous promouvoir un suivi organisationnel de la bientraitance ?.
Gestion et management. 2014. dumas-01108190

HAL Id: dumas-01108190

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01108190>

Submitted on 3 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Université de Reims Champagne-Ardenne
UFR Faculté des Sciences Economiques, Sociales et de Gestion

Master 2 mention Administration Economique et Sociale

Spécialité Interventions Sanitaires et Sociales

Parcours A.E.S.S.S

Mémoire de recherche professionnel

**« Comment pouvons-nous promouvoir
un suivi organisationnel de la Bienveillance ? »**

Mr. Claude RAVAUX

Sous la direction de :

Monsieur Franck DURAND

9 Septembre 2014

Université de Reims Champagne-Ardenne
UFR Faculté des Sciences Economiques, Sociales et de Gestion

Master 2 mention Administration Economique et Sociale

Spécialité Interventions Sanitaires et Sociales

Parcours A.E.S.S.S

Mémoire de recherche professionnel

**« Comment pouvons-nous promouvoir
un suivi organisationnel de la Bienveillance ? »**

Mr. Claude RAVAUX

Sous la direction de :

Monsieur Franck DURAND

Septembre 2014

*Il y a des regards qui font fondre
le sentiment de dignité comme neige au soleil.*

Éric FIAT

Remerciements

Mes remerciements s'adressent d'abord à M. Franck Durand qui a accepté de diriger ce mémoire. Je le remercie pour sa disponibilité en dépit de ses responsabilités en tant que professeur des Universités.

Un grand merci à tous les membres de l'équipe professionnelle de l'EPHAD « les Clos de Saint-Martin d'Ablois » qui pendant ces 10 années ont mis en œuvre, par leur professionnalisme et l'expression de leurs valeurs, un accompagnement de qualité au service des personnes âgées dépendantes. Ils ont su maintenir cette qualité, du mieux possible, malgré mes absences depuis plusieurs années (double direction et études universitaires).

Un grand merci à tous les acteurs du secteur qui, depuis 10 ans, m'ont permis de disposer d'un vécu, d'une réalité riche à analyser et à décrypter.

Un énorme merci à ma compagne qui m'a encouragé, et supporté mon indisponibilité, pendant ces 2 années d'études.

Enfin, j'exprime ma gratitude à toutes les personnes rencontrées lors des recherches que j'ai effectuées et qui ont accepté de répondre à mes interrogations avec gentillesse.

SOMMAIRE :

SOMMAIRE :	5
INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : LA BIENTRAITANCE, MISE EN ŒUVRE D'UNE ÉTHIQUE DE LA RESPONSABILITÉ, VIGILANCE D'ORDRE PRUDENTIEL	16
Chapitre 1 De la lutte contre les actes de maltraitance en EHPAD à la Bientraitance en EHPAD	17
I – De la loi du 30 juin 1975 à la Loi du 2 janvier 2002 une longue prise de conscience	17
I – 1 De l'hospice à la maison de retraite.....	17
I – 2 De la maison de retraite médicalisée à l'EHPAD.....	18
I – 3 L'EHPAD en 2014	21
II – La définition de la maltraitance et de la bientraitance.....	25
II – 1 la maltraitance : une notion floue, des réalités incontournables.....	25
II – 1 a Violence et maltraitance	25
II – 1 b Maltraitance institutionnelle	26
II – 1 c Maltraitance et dépendance	27
II – 1 d Maltraitance des personnes âgées	28
II – 2 La Bientraitance	30
II – 2 a la bienfaisance et la bientraitance	30
II – 2 b Bientraitance : traiter bien et traiter mal	31
II – 2 c Bientraitance : une nouvelle mode du prendre-soin.	32
II – 2 d Bientraitance : une éthique, une démarche positive et une mémoire du risque..	34
III – la démarche qualité	36
III – 1 L'évaluation interne	37
III – 2 L'évaluation externe.....	40
Chapitre 2 Les acteurs et les outils de la bientraitance	41
I - les différents acteurs de la bientraitance	41
I – 1 Le résident et sa famille.	41
I - 1 a Nombre de personnes accueillies.	41
I – 1 b L'âge des résidents.....	42
I – 1 c La durée moyenne des séjours.	43
I – 1 d La dépendance des résidents.....	44
I – 1 e Les attentes des résidents et des familles.....	45
I – 2 Les professionnels de terrain.....	46

I – 2 a	Les personnels au contact quotidien avec les résidents.	46
I – 2 b	l’encadrement.....	48
I – 2 c	l’organisme gestionnaire	50
I – 3	Les professionnels intervenants libéraux.....	50
I – 4	Les tutelles.....	51
I – 4 a	Le Conseil Général et la dépendance.....	51
I – 4 b	la Caisse Primaire d’Assurance Maladie — l’ARS et le soin	52
II – les outils.....		54
II – 1	Les recommandations	54
II – 2	Les protocoles.....	56
II – 3	Les Projets d’Accompagnement Personnalisés	56
Partie 2	DIFFICILE BIENTRAITANCE L’EHPAD PEUT-ELLE AUX BESOINS INDIVIDUELS ?	58
Chapitre 1	La mise en œuvre de la bientraitance repose sur une diversité de professionnels et de niveau de formation.....	59
I – la formation des professionnels.....		59
I – 1	L’apprentissage du métier.....	60
I – 1 a	la profession d’infirmier	60
I – 1 b	la profession d’aide-soignant.....	62
I – 2	La place de la bientraitance dans les enseignements.....	64
I – 3	la perception de la bientraitance par des nouveaux diplômés	66
I – 4	la formation continue.....	67
II - Pluridisciplinarité, autonomie et travail d’équipe.....		68
III – Les limites de l’organisation du travail.		70
III – 1	Une répartition des tâches génère des automatismes.	70
III – 2	L’acculturation des pratiques nécessaire à la bientraitance.	72
III – 3	La responsabilité de chaque acteur et la responsabilité collective.	74
IV - La place de l’encadrement		75
Chapitre 2	La bientraitance a-t-elle un coût financier ?.....	78
I – Existe-t-il un seuil en dessous duquel la maltraitance devient inéluctable ?		78
I – 1	L’évaluation gériatrique de l’autonomie et la charge en soins.....	78
I – 2	Les ratios d’encadrements par profession nécessaire à l’accompagnement.....	82
I – 3	La rémunération des personnels, facteur de motivation ?	86
I – 4	Les absences et la politique de remplacement.	88
II – Les impératifs de gestion sont-ils un frein à la bientraitance ?		89

II – 1	Les contraintes budgétaires imposées par les tutelles	89
II – 2	Les contraintes financières imposées par l'organisme gestionnaire.....	92
III –	Maintenir la bientraitance en EHPAD.....	95
Conclusion	101
Bibliographie :	104
Liste des annexes	108
A 1 :	Procédure de signalement de la maltraitance	109
A 2 :	Texte introductif au référentiel Evaluation interne.....	121
A 3 :	Résultat enquête de satisfaction 2009 « les Clos de Saint-Martin »	130
A 4 :	Résultat enquête de satisfaction 2 013 « les Clos de Saint-Martin »	132
A 5 :	les 8 618 gestes techniques quotidiens	134
A 6 :	La Grille AGGIR	135
A 8 :	focus formation AS et IDE	137
A 9 :	Etablissements enquêtés – grille d'entretien du directeur et données statistiques .	141
A Epernay, le 15 août 2014	144

INTRODUCTION

Après avoir fait des études de comptabilité, d'économie et de gestion, apporter des réponses concrètes au bien-être des personnes vulnérables est le fil conducteur de ma carrière professionnelle. Professionnel dans le secteur « social » depuis plus de trente ans, 10 ans dans l'animation socioculturelle, plus de 10 ans dans le tourisme social, et 10 ans en EHPAD.

Le secteur des personnes âgées entre actuellement dans une nouvelle ère. Aujourd'hui, les plus de cinquante ans représentent plus de 39 % de la population, et les plus de 65 ans sont 15 millions de consommateurs. En 2030, les plus de 65 ans seront 20 millions et la moitié de la population aura plus de 50 ans. Les cheveux gris deviennent une filière économique : *la silver économie*. Elle s'intègre dans un plan d'action du redressement productif du pays. Ainsi, alors qu'en 1970, les plus de 60 ans représentaient 18 % de la population française, au premier janvier 2013, ils représentent près de 23,8 %¹. Ce vieillissement de la population a été accompagné d'une augmentation importante de la dépendance : le nombre de personnes dépendantes en France est passé de 800 000 en 1999 à 1 200 000 en 2008², hors handicap. Cet accroissement va perdurer, car selon les estimations, le nombre de personnes âgées dépendantes sera compris entre 1,7 million et 2,2 millions en 2040. Dans ce contexte, la prise en charge de la dépendance est devenue aujourd'hui un enjeu crucial.

Premièrement, les personnes âgées souhaitent rester à domicile malgré leur état de dépendance grandissant. Deuxièmement, le maintien à domicile s'inscrit dans une démarche de maîtrise des coûts, il est moins onéreux que le placement en institution. Troisièmement, sur le plan économique, l'accompagnement vers le grand âge tant à domicile qu'en institution est perçu comme un « gisement d'emplois » qu'il faut développer. Il recouvre des activités largement protégées des effets potentiellement dommageables de la mondialisation, tels que les délocalisations. Quatrièmement, le secteur des personnes âgées se structure depuis la loi de 2002-2, les maisons de retraite devenues EHPAD³ se médicalisent de plus en plus.

La Silver économie se présente comme un grand marché à structurer. Les consommateurs de plus 50 ans d'aujourd'hui disposent d'un pouvoir d'achat confortable et supérieur tant à leurs aînés au même âge qu'à leurs enfants quand ils auront le même âge. A l'initiative de

¹ INSEE « Population par sexes et groupes d'âge quinquennaux »

² DRESS-INSEE 2008

³ EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées dépendantes, dénomination officielle des Maisons de Retraite médicalisée depuis la loi du 24 janvier 1997.

2 ministres (Arnaud Montebourg – Economie & redressement productif – et Michèle Delaunay – personnes âgées et autonomie –), cette filière « grisonnante » se fixe 6 axes dès maintenant⁴ :

- Créer un grand marché de la Silver économie : incitation à l'adaptation des logements pour prévenir la perte de mobilité en facilitant l'accès aux produits et aux financements.
- Favoriser une offre innovante et compétitive : structurer la filière sur un plan organisationnel et financier pour les marchés français et internationaux.
- Exporter les produits de la silver économie.
- Professionnaliser les acteurs. Former les acteurs aux besoins et attentes des publics séniors.
- Communiquer positivement sur les « âgés » et le bien vieillir auprès du grand public.
- Créer des innovations majeures dans les produits adaptés aux besoins des « âgés ».

Cette filière se structure aujourd'hui grâce en partie aux acquis, aux expérimentations des professionnels de l'aide à domicile et des EHPAD. En effet, l'évolution des matériels d'aide tant dans leur design que dans leurs fonctionnalités a été menée avec les professionnels d'aujourd'hui. Le chemin est long, il y a encore beaucoup de travail dans la conception des produits d'aide à l'autonomie, leur ergonomie, leur design et leur évolution et leur polyvalence. Beaucoup de chemin reste à accomplir dans la structuration de la professionnalisation des métiers du grand âge.

Ces professionnels du grand âge ont expérimenté et mis en œuvre des techniques, des concepts, des organisations. Ils ont fait émerger des réponses nouvelles à l'accompagnement des personnes vulnérables atteintes de telles ou telles pathologies et notamment des démences : Approches non médicamenteuse, espaces Snoezelen, jardins thérapeutique, parcours d'équilibre, humanité⁵, méthode de Validation de Naomi Feil⁶, bientraitance....

⁴ Contrat de filière, silver économie, 12 décembre 2013 p 20-22

⁵ Humanité : Techniques et savoir-faire précis qui donnent les éléments nécessaires pour prendre en soin les grandes pathologies de la vieillesse. Techniques élaborées par Yves Gineste et Rosette Marescoti. L'Humanité est devenue une marque et un formidable marché de formation.

⁶ Méthode de Validation de Naomi Feil = La méthode – aussi appelée Validation affective, ou thérapie par empathie – a pour objectif principal de maintenir la communication avec les grands vieillards désorientés afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité tout en reconnaissant, dans leur comportement, la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu et d'être entendus. La méthode de validation affective est devenue une marque et un formidable marché de formation.

Depuis 10 ans, je dirige le même EHPAD, et j'ai été amené à 2 reprises à diriger, en même temps, un second établissement d'avril 2008 à octobre 2008 et d'octobre 2009 à octobre 2010. Cet établissement était confronté à plusieurs problèmes, notamment une plainte pour maltraitance en 2007 dont les injonctions des tutelles n'étaient pas encore mises en œuvre en avril 2008 et deux inspections pour harcèlement moral et sexuel de la précédente direction, l'une en avril 2007 et l'autre était annoncé fin avril 2008. Cette expérience m'a conduit à plusieurs constats et interrogations.

Un premier constat concernant cet établissement en difficulté : un management déviant, malgré la bonne volonté des professionnels, ne peut pas générer une dynamique de bientraitance et bien souvent conduit à l'acte grave et intentionnel. De plus, le changement de manager ne suffit pas pour instaurer une nouvelle dynamique.

Un second constat concernant l'établissement que je dirige depuis 10 ans : une dynamique de bientraitance peut sembler exister. Elle peut sembler être ressentie par les équipes, par les résidents, par leurs proches, par l'organisme gestionnaire et les tutelles. Et sans changement de direction, sans turn-over important des équipes, sans évolution importante de la dépendance, cette dynamique peut perdre de son efficacité voire disparaître très vite. C'est ce second constat qui me conduit à ce travail de recherche. En effet, toute la littérature sur le thème de la bientraitance y compris les recommandations des agences d'Etat, porte sur la mise en œuvre de la bientraitance. Il existe peu de publications et d'analyse sur le suivi et le maintien de cette bientraitance.

Une fois instaurée, ou plus exactement une fois le sentiment acquis qu'une dynamique de bientraitance est instaurée dans l'établissement :

- Pouvons-nous être « certifiés » bien traitants ?
- Pouvons-nous croire que cette « bientraitance » sera pérenne, quoi qu'il arrive ?
- Quels suivis, quelles organisations pour maintenir une dynamique de bientraitance ?

La bientraitance est une thématique récente. Mais est-ce une mode, un alibi, une évidence, une protection « administrativo-juridique », un marché pour la formation continue ?

Que faire de cette notion apparemment floue, qu'est la bientraitance ?

Comment pouvons-nous promouvoir un suivi organisationnel de la Bientraitance ?

Face à ces constats et ce questionnement, mon cheminement s'est structuré en deux phases.

Dans une première phase.

Il s'agit, tout d'abord, de comprendre l'évolution de ces cinquante dernières années : d'une prise de conscience des actes de maltraitance à l'encontre des personnes vulnérables placées en institution, à l'affirmation d'un nouveau concept, la bientraitance, dans l'accomplissement des soins et de l'accompagnement des personnes vulnérables vivant à domicile ou en établissement médicosocial.

Pour les personnes âgées, cette évolution s'est matérialisée par la transformation des hospices, gérés par des congrégations religieuses en des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Les modalités de gestion et de financement des institutions ont été bouleversées et les intervenants se sont professionnalisés. L'affirmation d'une protection des usagers devient une réalité. Le législateur impose de définir et de lutter contre les maltraitements et d'instaurer une démarche qualité.

Pendant de longues années, la maltraitance fut définie au regard de ces conséquences et bien souvent limitée à des actes de violence physique. Depuis les années 1980, de nombreux travaux ont permis de clarifier, d'identifier toutes les formes de maltraitance, tant sur leurs causes que sur les conséquences. Les actes de maltraitements ne sont pas uniquement des actes de violence physique. Les institutions ne protègent pas des actes de maltraitance. Les situations de dépendance et de vulnérabilité exposent de façon importante les personnes aux risques de maltraitance. Le grand âge, la dépendance liée à celui-ci et l'entrée en institution sont souvent ressentis comme une violence.

Ces travaux ont conduit à l'émergence du concept de bientraitance. Très vite utilisé par l'ensemble des professionnels et des acteurs du secteur médicosocial, ce concept souffre de définitions et représentations multiples et variées : une forme moderne de la bienfaisance, le contraire de mal traiter, une mode, une démarche positive. Ce concept a permis l'instauration d'une démarche qualité.

Cette démarche qualité est aujourd'hui une obligation légale, codifiée et organisée dans le temps par les tutelles. Cette codification définit deux types d'évaluation des pratiques au regard de référentiel, l'une interne à l'établissement tous les cinq ans, l'autre par un organisme externe tous les 7 ans.

Cette évolution du secteur médicosocial et mon expérience me conduisent à plusieurs hypothèses de travail qu'il est nécessaire de vérifier :

- Les attentes des différents acteurs sont parfois opposées et contradictoires.
- Les représentations du bien et du mal sont différentes selon les acteurs et leurs histoires, les définitions ne sont pas partagées par tous.
- L'utilisation du concept de bientraitance n'est pas le même pour tous les acteurs.
- L'utilisation des outils peut être contre-productive.

Pour chacun des acteurs, le résident et sa famille, les professionnels de terrains, les intervenants libéraux et au regard d'études statistiques nationales et de données relatives à mon établissement, nous avons déterminé le profil et les attentes de chacun d'eux. Les tutelles ont un double rôle : accorder et contrôler une partie des financements de l'établissement et contrôler et juger de la conformité de la qualité réalisée. Rôles pour le moins contradictoires, la qualité dépendant pour une part importante des moyens accordés.

Pour mener cette qualité, nous avons trois niveaux d'outils : les recommandations gouvernementales, les protocoles, les projets personnalisés de chaque résident.

Pour cette étude, nous avons visité l'ensemble des outils mis à notre disposition par les agences gouvernementales. Pas moins de 17 publications depuis 2008 pour aider, guider les EHPAD dans leur démarche de qualité vis-à-vis des résidents dans le cadre des obligations imposées par le législateur en 2002.

Les protocoles sont établis sur chaque établissement, en fonction de problématiques spécifiques. Sur l'établissement, ils sont force de loi : le collaborateur, qui n'applique pas un protocole, peut être sanctionné. Par contre le protocole est-il la réponse à tous les problèmes que doit résoudre l'encadrement ? Le protocole est-il l'outil pertinent pour mener la bientraitance ?

Les Projets personnalisés sont établis pour chaque résident de l'établissement. Ces projets précisent et ils formalisent tout l'accompagnement nécessaire pour le résident : les souhaits et les capacités, les besoins d'aides, les habitudes de vie. Bien sûr, ce document doit être, surtout en EHPAD, révisé, amendé très régulièrement. Ces projets sont établis en équipes pluridisciplinaires, impliquant tous les acteurs du quotidien de l'EHPAD, de la femme de ménage au directeur. Ils sont sûrement le socle de la bientraitance.

Dans une seconde phase.

Après avoir constaté que les attentes, les représentations, l'utilisation des outils étaient différentes pour chacun des acteurs, la maison de retraite peut-elle répondre à tous ces besoins individuels, comment maintenir la bientraitance ?

Selon sa taille, l'établissement fonctionne avec une équipe de professionnels⁷ de plus ou moins cinquante collaborateurs. Une diversité de professionnels qui doit œuvrer ensemble à cette bientraitance avec des niveaux de formations et des cultures professionnelles bien différentes. Certains n'ont aucune formation (et en échec scolaire) et d'autres, moins nombreux, sont titulaires d'un doctorat.

Les professionnels soignants⁸ sont obligatoirement formés et titulaires d'un diplôme d'Aide-soignant ou Infirmier selon le cas. Ces compétences acquises en formations doivent permettre à chaque collaborateur d'être dans une dynamique bien traitante dans l'exercice de leur métier. Nous étudierons comment les formations d'aide-soignant et d'infirmier intègrent les recommandations des agences gouvernementales, comment elles sont perçues par les jeunes diplômés, et enfin comment la formation continue peut être un levier ou non pour la bientraitance.

Une étude sur un panel de 7 établissements (630 lits) comparés aux données statistiques nationales et un focus « formation » avec 4 jeunes diplômés (Aide-soignant et Infirmier) nous permettra de vérifier les hypothèses suivantes :

- Les formations initiales sont principalement techniques.
- Les organisations du travail répondent bien souvent, en priorité, à l'application des lois sociales par le pouvoir hiérarchique, en affectant de façon précise une succession de tâches à chaque poste de travail.
- La maltraitance devient inéluctable si les effectifs sont insuffisants au regard des besoins.
- La bientraitance peut être freinée si les décisions financières (des tutelles et de l'organisme gestionnaire) ne sont pas en cohérence avec le projet.

⁷ Nous appellerons « équipe professionnelle » l'ensemble des salariés œuvrant dans l'EHPAD : cuisinier, lingères, soignants, administratifs, vie sociale, hébergement ; employés par EHPAD ou par un sous-traitant

⁸ Nous appellerons « soignants » les professionnels suivant les Aides-soignants, les infirmiers, le médecin coordonnateur

L'organisation du travail est un mal nécessaire à toutes entreprises. Mal nécessaire, car toute formalisation crée des automatismes et des corporatismes. En EHPAD, chaque jour, à chaque moment de la journée, nous devons nous adapter à la dépendance, à la vulnérabilité de chaque personne âgée afin qu'elle demeure dans la dignité. De plus, ces adaptations perpétuelles doivent se faire en interactions entre tous les professionnels et tous les domaines de compétences. Certaines de ces actions doivent légalement et donc obligatoirement être exécutées par les infirmières (profession régie par un décret de compétences). Nous étudierons comment ces organisations peuvent conduire ou non à une dynamique de bientraitance.

En cette période de crise économique, la question des moyens est souvent posée. Les professionnels revendiquent souvent des postes supplémentaires pour éviter la maltraitance. Les financeurs affirment que la bientraitance peut se faire à moyen constant. Il paraît nécessaire de définir comment établir les moyens, alors que la dépendance et les besoins liés aux pathologies sont en augmentation permanente. La maltraitance devient-elle inéluctable en dessous d'un certain seuil financier ?

L'évaluation gérontologique et de la charge en soins sont les indicateurs de la charge de travail et les outils de détermination de dotations financières par les tutelles. En période de réduction des budgets de l'Etat, ces indicateurs doivent être les moins élevés possible pour les tutelles. De ces indicateurs et des dotations qui en découlent, l'établissement sera tenu par les tutelles à recruter un effectif soignant précis à un coût moyen précis. Embaucher un nombre de postes nettement inférieur à la dotation mettrait en cause de façon très grave le gestionnaire, en cas de plainte pour acte de maltraitance. En embaucher plus sera toujours possible, mais les tutelles refuseront de prendre en charge les dépassements de budget alloué. Les autorités de tutelles établissent les coûts moyens des postes en se référant non pas aux salaires fixés par la convention collective de l'établissement, mais sur le coût moyen de la fonction publique. Alors qu'à ancienneté égale les salaires nets de la fonction publique sont supérieurs aux autres conventions collectives, le coût salarial lui est supérieur dans le secteur privé (associatif ou commercial) dû à un différentiel de charges sociales salariales et patronales en faveur de la fonction publique. Ces écarts limitent la création de postes ou contraignent la politique de remplacement. Cette politique de remplacement des absences de toutes sortes devient un levier de réduction de la masse salariale dans le secteur. Notre secteur

professionnel a un taux d'absentéisme⁹ (24 jours par an et par salarié en CDI) supérieur à la moyenne nationale (14 jours par an et par salarié) et il est en progression constante. Si plusieurs de ces facteurs se produisent simultanément, il y aura un déficit de moyens financiers conduisant à la multiplication d'actes de maltraitances, ce qui est relativement rare.

En effet, un manque de moyens alloués par les tutelles conduisant inéluctablement à la maltraitance est peu probable ou limité dans le temps. Par contre, les impératifs de gestion sont-ils un frein à la bientraitance ?

La lutte contre les déficits publics dans laquelle sont engagées les deux tutelles et le besoin de sécurisation des procédures de l'accompagnement des résidents compliquent la gestion de l'établissement. Il est de plus en plus fréquent de mener des procédures contradictoires lors de l'élaboration des budgets et des comptes administratifs¹⁰. Les autorités émettent très fréquemment des enquêtes afin de vérifier si telles ou telles directives sont bien mises en œuvre. Ces procédures sont chronophages et nous détournent du management nécessaire à la bientraitance.

Les organismes gestionnaires selon leurs statuts imposent plus ou moins de contraintes économiques ou de gestions. Le secteur associatif semble partiellement protégé, tandis que les secteurs publics et privés commerciaux semblent, aux regards de l'enquête, subir des contraintes de plus en plus importantes et angoissantes pour les managers.

Face à tous ces constats et analyses, le maintien de la bientraitance impose de connaître et d'intervenir sur une multitude de variables en évolution perpétuelle et en interactions les unes avec les autres.

⁹ Alma Consulting communiqué de presse du 4/09/2012.

¹⁰ Les Comptes administratifs, appelés également comptes d'emploi, sont le compte-rendu qualitatif, quantitatif et financier des objectifs réalisés pendant l'année écoulée, justification des fonds publics reçus et de leurs utilisations détaillées.

PARTIE 1 :

LA BIENTRAITANCE,

MISE EN ŒUVRE D'UNE ÉTHIQUE

DE LA RESPONSABILITÉ,

VIGILANCE D'ORDRE PRUDENTIEL.

Chapitre 1

De la lutte contre les actes de maltraitance en EHPAD à la Bientraitance en EHPAD

I – De la loi du 30 juin 1975 à la Loi du 2 janvier 2002 une longue prise de conscience

I – 1 De l’hospice à la maison de retraite

L'accueil des personnes âgées dépendantes en institution est passé en quinze siècles de l'accueil des indigents à l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Mais c'est dans le dernier quart du XXe siècle que cet accueil s'est structuré, réglementé et professionnalisé.

L'industrialisation et l'urbanisation ont profondément modifié la cellule familiale. Le développement du travail des femmes et l'individualisme croissant de chaque génération modifient les comportements quant au grand-âge. Le logement urbain ne permet plus la cohabitation de plusieurs générations. Les hospices, héritiers de la tradition asilaire, ont accueilli, jusque dans les années 60, au même titre que les indigents, les personnes âgées devenues dépendantes physiquement ou économiquement.

Le logement rural permettait bien souvent la cohabitation de trois générations, toutefois ce logement rural disposait peu de confort, corvée de bois pour la cuisson et le chauffage, isolement des commerces et des services en hiver. Dans ce type d'habitat, un couple (ou personne seule) âgé sans dépendance physique notable ne pouvait y vivre seul dans les périodes hivernales.

Une première réponse à cette problématique dans les zones où le tourisme se développait fut les « Maisons familiales de vacances ». Ces maisons ont été créées par le mouvement de l'éducation populaire du tourisme social et familial, des caisses nationales de retraite ou des mouvements confessionnels. Elles accueillèrent les familles pendant les congés payés, et elles ont répondu à ce besoin des personnes âgées, tout en s'assurant un fonctionnement économique sur des périodes bien plus longues que les seuls congés payés. Beaucoup de ces maisons sont aujourd'hui restées dans le mouvement du tourisme social et familial ou tout simplement elles ont cessé toute activité. D'autres sont devenues petit à petit des Maisons de

retraite, tout en conservant ce fonctionnement de pension de famille. Bien sûr, seules les personnes âgées bien portantes, sans perte d'autonomie notoire et surtout sans besoins de soin, pouvaient séjourner dans ces établissements. Tel fut le cas du château de Saint-Martin d'Ablois (51), établissement de villégiature et de vacances de la caisse nationale des professions libérales au départ, il est devenu très rapidement une maison de retraite de la même caisse.

Ces établissements sociaux, maisons de retraite, vont petit à petit être confrontés au vieillissement du public accueilli et à l'augmentation de la dépendance.

D'un autre côté, l'accueil des personnes âgées les plus dépendantes se poursuivait dans les hospices, avec les indigents, les infirmes et les malades incurables. Les dortoirs de 8 lits et plus constituaient souvent les conditions d'accueil.

Une première prise de conscience concernant les hospices voit le jour fin des années 1960. Le VIIe plan (1976 – 1980) prévoit l'humanisation de ces structures. La suppression des chambres de plus de 4 lits, était prévu un délai de 5 ans. Ce fut totalement effectif par la loi 91-748 du 31/07/1991 fixant la suppression des hospices pour le 31 juillet 1996.

Parallèlement, le législateur va apporter des clarifications importantes. La loi sanitaire du 31 décembre 1970 confie à l'hôpital un rôle exclusivement sanitaire.

I – 2 De la maison de retraite médicalisée à l'EHPAD

En 1975, le profil des pensionnaires des maisons de retraite évolue, bien que ce soit toujours les mêmes personnes âgées. En effet avec les années, la baisse de la motricité et des capacités cognitives rendent les pensionnaires de plus en plus dépendants. « Ces établissements s'étaient donné pour vocation de n'héberger que des personnes valides, leur maintien dans les lieux en cas de perte d'autonomie n'était pas à l'ordre du jour. Ce sont les faits qui ont apporté un démenti le plus cinglant à ce postulat, car si les personnes affichaient au moment de leur admission une certaine validité, leur santé après quelques années de séjour pouvait se dégrader et les incapacités fonctionnelles faisaient leur apparition »¹¹

C'est par rapport à ce constat qu'une approche partielle de la médicalisation des établissements se met en place. La création de sections de cure médicale est inscrite dans la loi et un décret de 1977 limitera à la section cure médicale à 25 % de la capacité totale.

¹¹ VILLEZ Alain, EHPAD la crise des modèles, Gérontologie et société 2007/4 N° 123 p 172

Cette loi de 1975, dite « loi sociale », a seulement créé le début de la médicalisation des maisons de retraite. Son ambition était de définir et d'organiser le champ des institutions sociales et médicosociales, composé d'une multitude d'associations, de fondations. Cette organisation devait s'appuyer sur une large concertation afin d'établir des constats partagés, d'élaborer des schémas départementaux déterminant les priorités locales, et de fixer les modalités d'évaluation de ces schémas. De plus, cette loi a imposé une autorisation administrative pour toutes créations de places, services nouveaux ou extension de projet. De ce fait, les porteurs de projet sociaux et médicosociaux, qu'ils soient associatifs ou non, restaient les promoteurs du développement du secteur en organisant l'offre de service sur le territoire, l'administration vérifiant la conformité avec le schéma départemental.

Malgré la création de 25 % de la capacité des maisons de retraite en section de cures médicales, la sous-médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées reste un réel problème. La réforme de l'hospitalisation publique et privée de 1996 (ordonnance du 24/04/96 N° 96-436) redonne au secteur sanitaire l'autorisation de gérer des établissements sanitaires et sociaux. Ces deux modes de gestions d'accueil de personnes âgées cohabitent sur un même territoire. Leurs offres de services sont bien souvent similaires comme peuvent en témoigner les procédures d'admission qui reposent bien souvent sur la gestion d'une liste d'attente et de place disponible et non l'état de santé de la personne. Or, les financements des structures gérées par des entités hospitalières et les financements des structures médicosociales sont très différents, générant une source d'inégalité.

La loi de juin 1975 posait déjà les prémises d'une rationalisation du secteur : mieux tout en dépensant moins. C'est le but des schémas départementaux d'évaluer les besoins et d'organiser les actions dans l'espace et le temps. C'est-à-dire une volonté d'ajuster de l'offre et de la demande centrée sur les besoins des bénéficiaires, créant une évolution certaine du secteur médicosocial. La décentralisation initiée dans les années 1980 va renforcer les pouvoirs des Conseils Généraux en matière de gestion des projets d'action sociale, du handicap et des personnes âgées.

Le bénéficiaire, la personne âgée dans notre étude, devient par cette loi le centre de la préoccupation. L'autonomie, les choix, le consentement et la participation citoyenne posent le cadre des prestations qui lui seront proposées, de façon personnalisée et adaptée à ses besoins et attentes.

« De manière plus large, nous pouvons dire que le secteur social et médicosocial est entré dans sa “ deuxième phase historique de professionnalisation ”, c’est-à-dire celle d’une véritable organisation de ses processus de service (après une première phase d’institutionnalisation par le biais de conventions et statuts professionnels), l’extrayant du volontariat idéologique des décennies précédentes et d’une généalogie, fondée sur l’auto légitimité, ce que j’appelle dans mon premier ouvrage l’hospitalisme compassionnel »¹²

L’offre de service va se structurer tout en conservant des modèles ancrés dans leurs références historiques, Alain Villez nous cite cinq grands modèles.

- Un modèle familial du type pension de famille : Il est souvent géré par des personnes privées. Ce sont des établissements de petite taille, d’une trentaine de résidents, sans agrément particulier et ils sont dirigés par une maîtresse de maison, voire par une infirmière. Recréer un climat familial est une préoccupation très forte. Ce type d’hébergement a donné naissance aux maisons de retraite privées à but commercial.
- Un modèle hospitalier : Héritier de la tradition des hospices puis des hôpitaux. La logique du soin curatif et technique y est dominante et elle structure les relations entre les équipes de travail, la personne âgée et la famille. Le soin est au cœur du fonctionnement, nécessitant ordre, et hygiène. L’entourage n’est perçu que comme un ersatz de la vie antérieure du patient. Ces établissements ont une direction bicéphale : l’une médicale, l’autre administrative. Ce modèle est bien souvent géré par des établissements publics hospitaliers ou territoriaux.
- Un modèle hôtelier : créé par le secteur privé commercial (grande chaîne hôtelière ou promoteur immobilier), il vise une clientèle refusant l’image d’assistantat des maisons de retraite traditionnelles (hospitalières). La qualité de l’offre d’hébergement y est mise en avant, sans nier pour autant l’accompagnement de la perte d’autonomie, les espaces privatifs sont clairement identifiés. Les gestionnaires prônent l’individualisation des soins et donc une organisation de ceux-ci en fonction des habitudes de vie de chaque résident
- Un modèle équivalent-domicile : Ces hébergements sont souvent créés par les Centres Communaux d’Action Sociale (CCAS) et/ou gérés par des associations. Ils ont pour vocation de pallier un habitat qui ne se trouve plus adapté aux petites pertes d’autonomie liées à l’âge. Ce sont les foyers-logements (en zone urbaine) et les

¹² LOUBAT Jean-René, Rénovation de la loi de 1975 et relation de service, Empan 2002 /1 N° 45 p 49

Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées (en zones rurales). Ce sont de véritables petits appartements (ou maisonnettes) avec kitchenette, salle de séjour, et chambre avec salle de bain. La personne âgée, locataire rarement propriétaire, y apporte ses meubles. Bien souvent, des services collectifs sont proposés : restauration, plat à emporter, animations et entretien du linge. Tous ces services sont bien souvent payants.

- Un modèle résidence-service : Ce concept est largement inspiré du modèle précédent. Il est promu par le secteur marchand à but lucratif. Souvent lié à des opérations de défiscalisation, le logement est la propriété soit de la personne âgée soit d'investisseur privé. Ces résidences proposent une multitude de services payants. Il s'adresse à une clientèle aisée, refusant l'image d'assistantat, du modèle précédent.

I – 3 L'EHPAD en 2014

La réforme de la tarification de 1997 en instaurant un nouveau standard d'hébergement, l'EHPAD, a repris un peu de chaque modèle ci-dessus. En effet, la chambre du résident est un lieu privatif (domicile), le résident est invité à meubler et décorer cet espace privatif. Les prestations d'accompagnement sont individualisées (hôtelier et résidence-service), et les soins doivent être exécutés (hospitalier). La médicalisation reste de ce fait le paradigme central de la « prise en charge » des personnes âgées en établissements.

Cette réforme, outre l'instauration du standard « EHPAD », poursuit deux autres objectifs ; l'un est d'affecter aux établissements des moyens financiers en fonction du niveau de dépendance des personnes accueillies et l'autre de moderniser la gestion budgétaire et financière des structures. Trois axes de travail sous-tendent cette réforme, la signature d'une convention tripartite, la réforme de la tarification proprement dite, et la mise en place d'une démarche qualité.

Le point de départ de la réforme est la signature d'une convention entre l'établissement, l'État, le Conseil Général. Bien sûr, il faut que l'établissement ait reçu au préalable une autorisation de fonctionnement des deux tutelles (autorisation de 15 ans). Cette convention est signée pour 5 ans, c'est le plan d'action contractuel de l'établissement pour cette période. Toutefois, l'élaboration d'avenants annuels est possible, en cas de variation, soit du taux d'occupation, soit du niveau de dépendance de l'établissement.

De plus, la réforme de la tarification introduit un changement important dans la structuration des budgets. Les sources de financement se diversifient sous l'effet des lois de décentralisation. En effet, le Département étant désormais responsable de la politique sociale en faveur des personnes âgées, il finance la dépendance. L'État continue d'assurer le financement des soins, par le biais des Caisses Primaires d'Assurance Maladie. L'EHPAD se retrouve donc avec 3 sources de financements définies en 3 sections, Hébergement (le résident), la Dépendance (Conseil Général), le soin (ARS¹³). Le secteur passe donc d'un financement binaire, résident + État à un financement ternaire, résident + État + Conseil Général. Dans ce nouveau cadre, les charges sont rattachées à des règles précises. Certaines charges, notamment celles du personnel ont un cofinancement. Les agents de service hôtelier — ASH — sont financés à 30 % par la dépendance et à 70 % par l'hébergement, les Aides-soignantes sont financées à 70 % par le soin et 30 % par la dépendance.

Le soin est financé par une dotation versée en douzième. La dépendance est versée selon la modalité de chaque département par un mécanisme appelé Aide Personnalisée à l'Autonomie – APA —. Cette aide est versée aux personnes âgées vivant à domicile ou en institution, si elles en ont besoin pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Cette aide est versée à chaque personne âgée en fonction de ses besoins après évaluation de son autonomie et de ses revenus. En établissement, chaque département établit ses règles soit par une dotation globale directement à l'établissement, soit par un système complexe d'individualisation selon le revenu de chaque résident et une dotation globale. Dans tous les cas, un ticket modérateur reste dû par le résident.

Pour chacun des EHPAD, tous les ans, le Conseil Général et l'ARS fixent de façon claire les effectifs salariés de l'EHPAD et la traduction monétaire de ces postes alloués. Bien sûr, chaque établissement en fonction de ces statuts (privé commercial, associatif, ou public) peut créer des postes supplémentaires afin de mener leurs objectifs contractuels. Ces postes supplémentaires seront financés par des recettes de la section hébergement ou sur des dispositifs spécifiques liés aux politiques de l'emploi. Dans le budget d'un EHPAD privé où les recettes d'hébergement sont élevées, les sections soins et dépendance représentent plus ou moins 30 % du budget total.

¹³ ARS : Agence Régionale de Santé, déconcentration des services du ministère de la Santé, elles remplacent les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales [DRASS] et les DDASS [directions départementales].

Enfin, la démarche qualité est impérative dans cette convention. Chaque année lors de la présentation des budgets prévisionnels – en octobre — il est nécessaire d’actualiser les objectifs inscrits à la convention et d’en préciser les conditions de réalisation dans l’année à venir. Tout comme chaque année, lors de la présentation des comptes administratifs (ou comptes d’emploi) en avril, le compte-rendu qualitatif de la réalisation des objectifs de l’année écoulée doit être détaillé et argumenté. Cette démarche qualité sera largement précisée dans la loi 2002-2

Cette loi du 2 janvier 2002, dite loi 2002-2, concrétise la professionnalisation du secteur médicosocial. La contractualisation avec la personne âgée devient la règle. Martine Aubry, Ministre chargée de ce dossier en 2000 dans son propos présentant le projet de loi, l’énonce, comme le premier objectif principal.

« **Affirmation et promotion des droits des bénéficiaires et de leur entourage.** Création d’une charte de la personne accueillie, d’un règlement intérieur dans chaque établissement, de contrat individuel garnissant l’adaptation de la prise en charge, de modalité de recours, d’un projet d’établissement basé sur un projet de vie, d’animation et de maintien de la vie sociale, rénovation des Conseils de la Vie sociale (CVS) ».

C’est bien ce premier objectif qui va conduire des bouleversements et toute une série de « recommandations » dans l’accueil des personnes vulnérables et les pratiques professionnelles. Les trois autres objectifs concernent plus l’organisation du secteur médicosocial, en élargissant le champ d’intervention, et améliorant les procédures, et en organisant la coordination des décideurs et des acteurs.

Bouleversement important, la personne accueillie n’est plus un usager, un objet de soins, mais un citoyen-acteur de sa « prise en charge ».

Cette référence à la citoyenneté n’est pas neutre, c’est la base même d’un système démocratique, reconnaissant à chaque personne, aussi dépendante soit-elle, l’appartenance à la communauté.

Elle impose à chaque structure une insertion dans la société civile ordinaire et rompt avec la logique du « placement » en tant que mise à l’écart en attendant une réparation physique ou sociale. Elle impose une évaluation des besoins et des attentes de chaque bénéficiaire, et l’élaboration de projet d’accompagnement personnalisé, en accord avec le bénéficiaire lui-même et/ou ses représentants. Cela rompt avec les habitudes d’un certain nombre de

professionnels, le « sachant » qui organise les réponses de façon standardisée, car lui seul connaît la problématique générique et lui seul connaît le remède. Ces projets personnalisés doivent définir les objectifs et les prestations qui vont conduire à leurs réalisations. Nous sommes bien dans une relation de service avec une demande émanant du bénéficiaire et une offre de service personnalisé proposé par la structure médicosociale. En d'autres termes : une relation de clients à fournisseur.

Cette évaluation des besoins et cette offre de service sont selon la loi des documents écrits et contractuels. Ces écrits deviennent donc opposables au fournisseur de prestations médicosociales. Le premier document est le contrat de séjour décrivant les modalités d'hébergement et de prestations, d'évaluation des besoins et de leur actualisation et bien sûr des tarifs correspondants. Le second est le projet d'accompagnement personnalisé fixant les objectifs et les délais le cas échéant. Cet écrit est donc la base de la mise en œuvre concertée du projet.

L'affirmation des droits du bénéficiaire repose sur des principes éthiques et d'accès à l'information, l'article 4 de la loi les précise :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité § 1.
- La confidentialité des informations le concernant §4.
- L'accès à toutes les informations ou à tous les documents relatifs à sa prise charge sauf disposition législative contraire §5.

En cas de non-respect de ces principes, l'autorité publique, le Préfet, peut ordonner la fermeture totale ou partielle de l'établissement.

Pour donner toute la transparence nécessaire à ces principes éthiques, un règlement de fonctionnement doit être élaboré dans chaque établissement et mis en œuvre après consultation du CVS. Cette transparence est imposée dès le premier contact avec le futur bénéficiaire, un livret d'accueil doit être fourni décrivant les prestations possibles et une procédure d'accueil doit être formelle dans l'établissement.

Conscient que jamais rien n'est acquis définitivement d'une part et que d'autre part les conditions de vie sont en perpétuelle évolution, le législateur a inscrit dans l'article 15 du chapitre 2 l'obligation pour tous les établissements et services de procéder à l'évaluation des prestations qu'ils délivrent au regard notamment des procédures de références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par un Conseil national de

l'évaluation sociale et médicosociale. Ce conseil a été transformé en 2007 en Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux – ANESM —. Cette démarche qualité est étudiée dans le point III de ce chapitre.

« Il apparaît plus juste d'indiquer que la reconnaissance de ces droits permet surtout une information essentielle aux usagers qui peuvent opter pour un choix éclairé, ou encore d'échanger sur d'éventuelles difficultés rencontrées avec des personnes pouvant leur venir en aide. En outre, n'oublions pas qu'elle permet une lutte continue contre la maltraitance »¹⁴

II – La définition de la maltraitance et de la bientraitance

II – 1 la maltraitance : une notion floue, des réalités incontournables

II – 1 a Violence et maltraitance

Ce n'est qu'en 1889 qu'une loi traite pour la première fois d'enfants maltraités. Près d'un siècle plus tard, fin des années 1980, le vocable « maltraitance » apparaît. Maltraité serait donc « traiter mal ». Être violent. Exercer une force brutale contre une autre personne pour obtenir quelque chose de lui. Par contre, une même action pourra avoir un sens différent selon le contexte. Priver une personne de sa liberté d'aller et venir sera une juste sanction pour un criminel mis en prison, et une violence faite à une personne âgée démente et déambulant sous haute dose de benzodiazépine¹⁵, voire confinée et attachée à son fauteuil roulant. De même qu'il y a quelques années, l'infirmière soignait une plaie nécrosée sans qu'il y ait eu au préalable une prescription et l'administration d'un traitement antidouleur, aujourd'hui cela serait impensable et inacceptable. Que dire alors de la fessée correctrice dans l'éducation des enfants ? Le débat est toujours ouvert et cette étude n'est pas le lieu pour le développer.

La maltraitance implique toujours une souffrance réelle pour celui qui en est la victime, par contre l'auteur de la maltraitance n'a pas toujours conscience de son acte. Dans le cadre de

¹⁴ ISPENIAN Ingrid, la loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance des droits aux usagers, *Gérontologie et société* 2005/4 N° 115 p 62

¹⁵ Traitement de l'anxiété, du sommeil et de l'agitation. Médicaments largement prescrits pour les personnes âgées à domicile et en EHPAD. Toutefois, les autorités sanitaires demandent que leurs prescriptions doivent être limitées en quantité et en durée. En effet, la durée de vie du médicament dans l'organisme est très longue et les effets sur le comportement sur la personne ne sont pas neutres ; endormissement, état amorphe (certains disent familièrement « grabataires » ou « légume »). Le risque de chute devient très important générant de fait l'aggravation de la perte d'autonomie.

cette étude, cette violence est exercée envers des populations particulières, plus généralement les enfants, les personnes handicapées, et notamment les personnes âgées dépendantes. Donc « la maltraitance désigne une violence exercée par une personne plus autonome physiquement et psychologiquement plus forte, sur une personne vulnérable et qui dépend d'elle dans des dimensions essentielles de sa vie... La maltraitance suppose d'une manière ou d'une autre une forme de prise d'otage et un abus de pouvoir ou d'autorité. »¹⁶

II – 1 b Maltraitance institutionnelle

Stanislaw Tomkiewicz¹⁷ affirme dans ses travaux sur les enfants dès 1982 : « toute institution secrète de la violence, c'est quasi naturel ». Une préoccupation centrale apparaît ; définir quels sont les actes ou les comportements tolérables ou non dans l'institution. Cela ne pourra se faire qu'au regard des missions de l'institution et du droit et de son évolution. De fait, la définition de ces actes ne peut être exhaustive et elle sera nécessairement évolutive dans le temps. Bien souvent, cette violence institutionnelle est définie par les conséquences, pour la personne qui la subit, en termes de souffrance ou d'entraves à son bien-être ou à son développement. Cette violence recouvre donc un champ très large comprenant aussi bien des actions que des omissions.

Pour assurer la réalisation de ses objectifs, l'institution va construire son propre fonctionnement, dans le respect du droit, ses règles, ses modes de régulation, son organisation, tous ces éléments sont nécessaires et incontournables. Lorsque ces éléments deviennent l'intérêt principal des professionnels, au détriment de la réalisation des missions pour chaque personne accueillie, la maltraitance devient rapidement une réalité.

En effet, sous prétexte de fonctionnement du service ou d'un alourdissement de la tâche de travail, il devient très facile : de laisser une personne au lit toute la journée, de poser une contention pour ne pas avoir à surveiller la déambulation (ou pire encore de bloquer la personne devant une table), de reporter un soin, de ne pas installer la personne à une activité qui lui plaît. Il est aisé de se retrancher derrière des concepts sécuritaires ou de protection de la personne vulnérable. L'institution doit protéger la personne accueillie. Du concept de protection de la personne et à la mise en place systématique de la recherche du risque « zéro », la frontière est tenue. Certains professionnels peuvent limiter fortement la liberté

¹⁶ CASAGRANDE Alice, [2 012], Ce que la maltraitance nous enseigne difficile bienveillance, Ed Dunod, P 5

¹⁷ STANISLAW TOMKIEWICZ : psychiatre et psychothérapeute 1925 — 2 003

même de la personne en justifiant très ouvertement et sereinement que « ce n'est que pour la protéger »¹⁸.

Par contre, les violences en institution peuvent recouvrir le passage à l'acte isolé commis entre résidents, ou plus grave, l'acte isolé d'un professionnel déviant. À priori, le fonctionnement de l'institution ne peut pas être mis en cause dans ces deux cas. Il s'avère impossible de déceler un personnel déviant malgré toute la bonne volonté et toutes techniques de recrutement aussi sophistiquées soient elles. Les prêtres, les éducateurs, les enseignants pédophiles seraient découverts avant qu'ils n'agissent. Dans le cas de violence entre résidents, nous sommes là face à des démences et des troubles sévères du comportement, et de façon plus générale à la dépendance, avec son côté imprévisible, et peut-être improbable.

II – 1 c Maltraitance et dépendance

La dépendance signifie la nécessité pour un être humain de recourir à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de vie quotidienne. Elle s'appuie forcément sur des constats médicaux qui vont déterminer administrativement des catégories d'aide par la puissance publique. Ces constats décrivent un état chronique et irréversible et ils formalisent les incapacités fonctionnelles et le degré d'autonomie de la personne.

Ce manque de capacité à accomplir les actes de la vie quotidienne constitue en lui-même une véritable violence : se sentir diminué, vulnérable, différent de ses congénères. La personne âgée n'est plus capable d'effectuer la plupart des gestes de la vie quotidienne et elle dépend d'une tierce personne ou d'une institution pour qu'ils soient réalisés. Elle ressent une douleur psychique, une honte s'exprimant par un refus pouvant conduire à la violence contre elle-même et envers les aidants, nous le verrons plus loin dans cet exposé. À cette violence ressentie par la personne vulnérable se greffe le risque de maltraitance des aidants. La maltraitance ne peut exister que dans des situations de dépendance liées à une perte ou un manque d'autonomie. On ne parle jamais dans le cadre des conflits conjugaux de « maltraitance aux femmes », le législateur parle bien de « violence aux femmes ».

La maltraitance est bien une réalité qui prend sa source dans la dépendance à autrui. C'est dans ce contexte que le Conseil de l'Europe en 1987 définit la maltraitance :

¹⁸ D'où les interrogations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté dans son rapport d'activités de 2012.

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

Le Conseil de l'Europe a complété cette définition en 1992 par une typologie des actes de maltraitance :

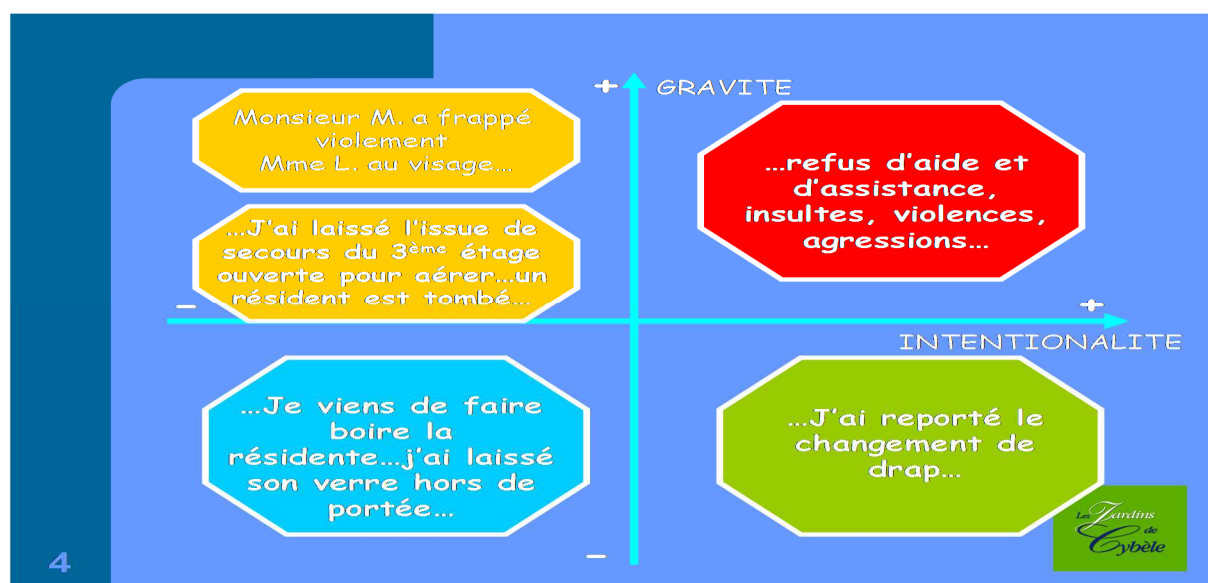
- Violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont l'euthanasie).
- Violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération,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

II – 1 d Maltraitance des personnes âgées

Vieillir : c'est être plus fragile donc avoir une probable perte d'autonomie à terme. Alors, vivre de plus en plus longtemps est une chance, l'espérance de vie en bonne santé ne fait que croître. Par contre, cette perte d'autonomie est une angoisse de toutes les personnes vieillissantes. En 10 années de direction d'EHPAD, j'ai vu 350 personnes de plus ou moins 85 ans faire leur entrée en institution. À peine, une dizaine avait fait le choix délibéré d'entrer en institution, pour rompre une solitude. La quasi-totalité n'avait jamais émis le projet de finir sa vie en maison de retraite et la grande majorité d'entre elles avait exprimé sa volonté de rester, quoiqu'il arrive, au domicile. Parfois, la personne âgée avait exigé de ses proches la formulation de la promesse de ne jamais les conduire dans une maison de retraite. Et ce sont

les proches qui, confrontés à une aggravation de la dépendance soit physique soit cognitive, « placent » leurs parents. Nous avons vu précédemment que la perte de l'autonomie représente une violence. Une deuxième violence se produit à l'entrée en institution, la perte de son domicile, non pas des murs et des briques qui le composent, mais bien de preuves matérielles des souvenirs accumulés pendant des décennies. Souvenirs bons et souvenir de douleurs, n'est-ce pas cela qui constitue l'histoire d'un individu ? Une autre blessure est celle de la famille qui se retrouve à prendre des décisions pour leur ascendant. Une inversion de rôle qui peut conduire à des maladresses, à des mensonges et/ou au non-respect d'une promesse. Bien souvent, la personne âgée ressent son entrée en EHPAD comme un abandon, une privation de liberté et/ou une trahison.

C'est dans ce contexte que la personne âgée vit en institution les derniers mois ou années de sa vie. Ses troubles, sa souffrance rendent la personne âgée encore plus dépendante des professionnels. Les soins corporels, l'accompagnement affectif (inéluçtable) induisent un investissement des plus intimes des soignants. La vulnérabilité du résident va le rendre encore moins partie prenante de sa propre vie. Nous savons que toutes institutions secrètent de la violence, violence au sens de maltraitance, définie par le Conseil de l'Europe. En EHPAD, les actes de maltraitance seront la plupart du temps sans gravité, plus ou moins intentionnels, et rarement intentionnels et graves. Au sein du groupe de l'EHPAD que je dirige, dans la « procédure de signalement de la maltraitance »¹⁹ nous avons bâti un schéma regroupant quatre situations possibles de maltraitance, selon la gravité et l'intentionnalité.



¹⁹ Voir annexe 1

Un des facteurs de risque le plus important en institutions est la multiplication des décisions générant des actes de maltraitance non graves. Ces décisions arrivent quand la personne âgée est résumée à ses symptômes, et par conséquent déshumanisée dans sa représentation aux professionnels. La prise en charge peut se figer en actes de gardiennage ou de routine. Le risque de production de violence devient majeur, le discours des professionnels se construit autour de l'impuissance des actions entreprises, de l'absence de sens et de toutes sensations voire de sentiments. Attacher une personne, la peigner violemment, effectuer un soin sur une escarre sans administrer d'antalgique deviendra un acte normal.

II – 2 La Bientraitance

Plusieurs questions se posent à nous. La bientraitance est-ce le terme moderne pour désigner la bienfaisance ? La bientraitance est-ce « traiter bien », le contraire de « traiter mal » ? La bientraitance est-ce une nouvelle mode du « prendre soin » ou une bonne conscience des professionnels de la santé et du médicosocial ? La bientraitance est-ce une éthique, une démarche positive et une mémoire du risque ?

II – 2 a la bienfaisance et la bientraitance

La bienfaisance définit une action accomplie pour le bien d'autrui, action toujours volontaire et parfois bénévole. Dans cette relation de bienfaisance, l'auteur de l'action marque son emprise sur le receveur, il y a un être supérieur qui peut donner et un être inférieur qui ne peut que recevoir. Les activités soignantes et médicales sont une illustration typique de la bienfaisance. À une époque encore pas si lointaine, les activités soignantes étaient accomplies par des religieuses, la notion de bénévolat était évidente. Dans les activités soignantes, la bienfaisance est le fait de diagnostiquer, prescrire et administrer des soins afin de maximiser le bien, et le plus souvent en EHPAD de minimiser le mal. Cité dans les « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; bientraitance et repères pour la mise en œuvre »²⁰, le rapport Belmont de 1979 précise que cette notion de bienfaisance impose la recherche d'un équilibre entre ce qui produit une amélioration de la santé et ce qui générera une détérioration de l'état de la personne.

Cette recherche du « mieux possible » et ce volontariat de l'action pour autrui en situation de dépendance caractérisent seulement la bienfaisance. Le volontariat et la volonté de faire le bien peuvent conduire à des abus de précaution, de protection et à une infantilisation, si le

²⁰ ANESM juin 2008

bien faisant n'a pas tout le savoir nécessaire à la situation. La bienfaisance ne protège pas des actes de maltraitements. Par contre, la bienfaisance affirme le concept de singularité de la personne dépendante. Ce qui est vrai pour Mme X ne le sera pas nécessairement pour Mme Y.

II – 2 b *Bienveillance : traiter bien et traiter mal*

La dépendance est en elle-même une violence, l'entrée en EHPAD est également une violence, et parfois une trahison de l'entourage. La difficulté pour les professionnels est de bien traiter une personne en situation de souffrance dépendante de plusieurs inconnus qui lui sont imposés par l'institution pour les actes les plus intimes de la vie quotidienne.

Le résident vit son entrée en institution comme une maltraitance. Ce ressenti ne pourra pas être aboli. Les professionnels doivent avoir conscience de cette violence sous peine qu'aucun soin, aucun accompagnement ne soient possibles ou efficaces.

Bien traiter renvoie à cette notion du bien, du bonheur. « Si tous les hommes cherchent à être heureux, les formes qu'ils donnent à leur quête sont souvent diverses et contradictoires ».²¹

Chaque jour, nous constatons que cette conception du bien n'est pas unique. Ce qui est bien pour le soignant ne l'est pas forcément pour le résident. Le résident rêve de vivre à son domicile avec la visite de ses proches et si ce rêve est impossible, il exprime le souhait de rejoindre son conjoint décédé. Le soignant accomplit une tâche, une mission, des soins, pour qu'il existe le moins de souffrance – faire le bien — ses rêves sont à l'extérieur de l'institution. Toutefois, le soignant et plus largement le professionnel a sa vision du bien en fonction de son histoire, sa culture, ses valeurs.

Faire le bien, bien que nécessaire, n'est pas suffisant. Le respect de la personne en tant qu'« être » est un préalable. Cela s'appelle la dignité. Quand il n'y a plus de respect dans le regard de l'autre, nous perdons la conscience de notre dignité. Si le regard du professionnel ne voit pas les capacités restantes du résident, si le soignant ne sollicite pas ces capacités et ne valorise pas le résident qui les met en œuvre alors le résident perd la conscience de sa dignité, et accroît sa dépendance.

Benoit Pain nous met en garde sur la signification que l'on doit donner à la dignité en gériatrie. Deux significations s'opposent, une attitude de respect de la personne d'une part ou

²¹ PAIN Benoît [2010], « Les incertitudes de la bienveillance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démentée ? », Esprit, N° 2010/7 p 158

« certaines vies diminuées ne valent pas d'être vécues en raison du regard des autres » d'autre part.

Notre rôle de professionnel est d'accompagner la personne âgée dans la compensation de ses pertes d'autonomie. Nous ne pouvons croire qu'il existe un seul modèle standardisé de la dignité qui nous amènerait tous à mourir en bonne santé. Par conséquent, il est inimaginable de penser qu'être malade ou vieillir serait déchoir et que déchoir serait être indigne.

II – 2 c *Bientraitance : une nouvelle mode du prendre-soin.*

La bientraitance fait l'objet d'une littérature importante, un petit test sur un moteur de recherche internet nous annonce 400 000 sites qui traitent de la bientraitance et 168 000 sites qui proposent des formations sur ce thème.

Tous les professionnels se déclarent spontanément et intrinsèquement bien traitants. Ils entourent. Ils diagnostiquent. Ils prescrivent. Ils donnent des soins. Ils accompagnent. Ils savent ce qui est bien pour la personne âgée. Ils sont « le sachant ». Nous pourrions tous, individuellement, nous déclarer bien traitants et désigner l'autre (la famille, les soignants, les tutelles) comme le maltraitant.

La bientraitance autoproclamée renvoie souvent à l'ignorance, voire l'incompétence, et surtout un défaut d'humilité et de questionnement sur les pratiques. La compétence c'est aussi avoir conscience de ses limites. La qualification, les diplômes, permettent d'acquérir la compétence. Plus nous serions diplômées, plus nous serions compétents et plus nous serions bien traitants. Je ne le pense pas. Les diplômes ne sont jamais un brevet d'humilité, le savoir donne des certitudes et pas systématiquement la conscience de ses limites.

« Il y a deux façons d'envisager le pouvoir des soignants. Le pouvoir étant la capacité technique de faire, d'accomplir, savoir diagnostiquer — savoir quels traitements conviennent, savoir prodiguer tel soin, etc. — capacité doublée d'une reconnaissance par la société de cette compétence. De deux choses l'une : ou ce pouvoir devient l'instrument de se sentir tout-puissant au point de se croire doté d'un droit de bientraitance ; ou bien ce pouvoir est l'expression d'un sens des responsabilités, d'une acceptation des devoirs attachés à un métier – l'art médical — qui prend en charge autrui²² »

²² . PAIN Benoît [2 010], « Les incertitudes de la bientraitance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ? », Esprit, N° 2010/7 p 162.

L'expérience m'a prouvé, encore très récemment, que la possession d'une quantité de diplômes pouvait générer un sentiment de puissance, de connaissances, de détention de secret (médical), de se sentir incontournable pour toutes décisions, mais ne prendre aucune responsabilité et n'assumer aucun devoir dans la prise en charge d'autrui, et ceci tout en signant un protocole de signalement de la maltraitance et désignant d'autres collaborateurs comme maltraitants.

Se prétendre un professionnel bien traitant semble être une obligation dans nos professions, voire une exigence de nos autorités de tutelle. Il me semble important de se poser la question « que signifie être un professionnel bien traitant ». Au cours de ces 10 années d'expérience hors le fait de se croire doté d'un « droit de bientraitance », j'ai constaté trois bonnes raisons pour prétendre être bien traitant.

Pour les premiers. Être un professionnel bien traitant c'est d'appliquer scrupuleusement les règles déontologiques de sa profession, les protocoles établis avec une rigueur technique absolue, les bonnes pratiques²³ éditées par les autorités de tutelles. C'est assurer la traçabilité de tous ces actes et par conséquent d'avoir les éléments de preuve de sa bientraitance.

Pour les seconds. Être un professionnel bien traitant c'est se centrer sur la personne vulnérable, agir en fonction des capacités et des besoins au moment de la prise en soin. Et par conséquent à chaque instant de l'accompagnement, évaluer à nouveau les capacités et donc adapter son action professionnelle. Dans ce cas, des règles de déontologie et les protocoles de bonnes pratiques pourront ne pas être appliqués systématiquement. Bien sûr, ce professionnel va aussi assurer la traçabilité de ses actes, et peut-être aussi l'évolution constatée chez la personne âgée. Cette traçabilité prouvera également sa bientraitance.

Pour les derniers, être un professionnel bien traitant c'est d'avoir le sentiment et parfois la certitude de n'être jamais maltraitant. Pour ce professionnel, la maltraitance ne peut être que l'acte intentionnel et grave. Il n'agit toujours que pour le bien de la personne, selon ses

²³ Bonnes pratiques professionnelles dans les soins = selon la Haute Autorité de Santé, elles sont « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». À ne pas confondre avec les Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM dont le but est d'éclairer le lecteur sur le contexte et les problématiques ; de décrire les enjeux, les buts à atteindre et les effets attendus pour les personnes accompagnées ou accueillies ; d'énoncer les déclinaisons concrètes des recommandations précisant les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces buts ; de donner des exemples des expériences développées localement ; de recenser les points de vigilances et d'attirer l'attention du lecteur sur des problématiques importantes ou des pratiques spécifiques, et enfin de donner les repères juridiques rappelant le cadre de la loi.

propres valeurs. Il transmet tous les symptômes qu'il constate. Rarement absent, il est toujours disponible pour l'institution, il répond présent à chaque demande de remplacement émanant de sa hiérarchie. Par ailleurs, il n'a jamais été sanctionné pour maltraitance et il dit toujours « bonjour, Monsieur, ou Madame X », jamais il n'utilise le prénom de la personne et il frappe toujours avant d'entrer dans une chambre.

Qui peut affirmer n'avoir jamais omis une étape décrite dans un protocole, avoir toujours sollicité les potentialités de la personne, ou n'avoir jamais oublié de frapper avant d'entrer dans la chambre d'un résident ? Aucun d'entre nous.

Alors il est plus que nécessaire que la bientraitance ait une définition acceptée par tous et une lecture de son application commune.

II – 2 d *Bientraitance : une éthique, une démarche positive et une mémoire du risque.*

« L'éthique correspond pour un professionnel ou une équipe à la capacité d'être en mesure de justifier ses choix et ses actions en regard des normes et d'en assumer les conséquences »²⁴. En EHPAD, l'éthique de l'équipe va être de rechercher LA bonne décision pour UN résident précis à UN moment donné. Les réponses ne sont pas préexistantes, elles sont uniques, elles s'appliquent pour une seule personne pour un moment donné. Pour des symptômes similaires, les solutions prescrites pour madame X peuvent être diamétralement opposées à celles prescrites pour madame Z, leurs contextes étant différents. Ce qui est bien pour madame X sera mal pour madame Y.

Nous comprenons que la bientraitance ne peut pas être l'opposition du bien et du mal, et par conséquent ce n'est ni une morale, ni un dogme, ni une science, ni un nouveau référentiel générant des injonctions ministérielles. Tout comme éditer des protocoles de bientraitance serait mettre toutes les équipes en situation d'échecs.

La bientraitance va se décliner tel un objectif vers lequel chaque membre de l'équipe professionnelle va tendre. Nous pourrions formaliser l'objectif de la façon suivante « permettre à chaque personne âgée dépendante de vivre en se sentant le plus souvent possible en situation de dignité ».

²⁴ LAPRIE, Bruno, MIÑANA Brice [2 010], Engager une politique de bientraitance, Ed. ESF, P 47.

Une démarche positive est tout d'abord positive vis-à-vis de la personne accueillie. En effet, axer l'accompagnement de chacun sur les potentialités qui lui restent, savoir les solliciter chaque fois que cela est nécessaire, redonne à la personne âgée dépendante une partie de sa dignité. Démarche, car chaque jour il est nécessaire de s'interroger sur ses potentialités.

Démarche qui va impliquer chaque professionnel du directeur à l'agent de service en passant par le médecin coordonnateur. Nous devons tous avoir conscience que chaque personne âgée est contrainte de faire confiance à chacun d'entre nous, cette confiance implique de fait une grande responsabilité et un honneur. Chaque professionnel doit connaître et appliquer les règles de son métier, mais il doit les mettre en œuvre en interaction avec les autres professions présentes et surtout s'adapter à chaque potentialité du résident.

Accomplir correctement ses tâches vis-à-vis du résident est-ce une fin en soi ? Cela donne-t-il du sens à l'action ? Madame X levée, nourrie, *médicamentée*, lavée, pansée, habillée, coiffée, hydratée, sa vie s'arrête-t-elle ? Que se passe-t-il ? L'ennui est la première des maltraitances. C'est en donnant un sens à son action que la bientraitance prend sa source. Cela nécessite un partage total des informations concernant chaque résident par chaque professionnel. Bien sûr, ce partage impose des règles déontologiques implacables de discrétion et de confidentialité. Ce partage d'informations est d'autant plus important qu'il doit permettre à chacun d'accroître son savoir, du médecin à l'agent de service. En effet, les agents de service et les aides-soignants sont en contact quotidiennement avec le résident. Ils constatent l'évolution des potentialités que le médecin peut ignorer. Par contre, ces constats nécessitent une explication scientifique claire et compréhensible que le médecin devra apporter. Afin que le soignant de base puisse adapter son action à cette évolution. C'est donc dans cette démarche positive que la bientraitance commence à prendre naissance. L'absence de démarche positive ne peut conduire qu'à la maltraitance.

Mémoire du risque, aucun professionnel ne peut se prétendre d'être bien traitant en toute circonstance. Chaque professionnel peut avoir en souvenir des omissions, des actes de soins manqués. Ces incidents critiques sont dénommés, par nos tutelles, évènements indésirables. Ces évènements une fois tracés, descriptions des causes, des conséquences et surtout des réponses apportées par l'institution (un travail d'équipe partagé) vont constituer une bibliothèque de cas critiques et surtout une bibliothèque de solutions. Dans les cas de conséquence grave pour le résident (hospitalisation, dégradation importante de l'état général), l'établissement a l'obligation de transmettre aux autorités de tutelles l'évènement. Cette

mémoire du risque nous impose une humilité certaine, le zéro défaut n'existe pas. Il est donc déraisonnable de s'engager vis-à-vis du résident et de sa famille que l'établissement ne fera jamais d'erreur. Il est totalement irresponsable de nier ces erreurs vis-à-vis des familles, du résident, et par conséquent de l'équipe, cela revient à banaliser l'erreur, et accepter la maltraitance.

L'ANESM dans ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » pose trois éléments de définition :

« Mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, la bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive »

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. »

« Parce que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence. »

La bientraitance est l'objectif permanent, pour une équipe, de prendre soin d'accompagner, d'assister chaque personne pour qu'elle puisse vivre dépendante avec dignité.

III – la démarche qualité

Pour l'International Organisation for Standardization (ISO) la qualité se définit par « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées ». Les prestations de service fournies par le secteur médicosocial sont bien des produits. Elles sont le résultat de la transformation par l'activité humaine d'une situation A en une situation B. Cette transformation a pour but de satisfaire un ou des besoins pour la personne âgée, le client. La qualité va qualifier cette transformation, ces actions humaines, selon des critères définis connus et partagés pour éviter les préjugés.

La démarche quant à elle relève d'un choix, d'un engagement et/ou d'une contrainte législative. Elle obéit à des procédures opérationnelles déterminées. C'est un processus global qui permet de garantir un certain niveau de qualité.

La loi 2002-2 impose à tous les établissements médicosociaux d'effectuer une évaluation de la qualité telle que le définit l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles. Cette évaluation doit se réaliser en deux étapes, l'une interne et l'autre externe.

L'évaluation interne, auto-évaluation, doit être réalisée tous les 5 ans. Toutefois, une dérogation existe déjà, tous les établissements ouverts avant juillet 2009 doivent fournir les résultats d'au moins une évaluation interne au plus tard 3 ans avant le renouvellement d'autorisation qui est tous les 15 ans.

L'évaluation externe doit être réalisée tous les 7 ans par un organisme ayant une habilitation de l'ANESM.

III – 1 L'évaluation interne

Dans son guide pour les établissements sociaux et médicosociaux, l'ANESM décrit « L'évaluation interne » comme un processus global et cohérent de conduite du changement dans le but d'une amélioration continue de la qualité des prestations.

Un processus : « c'est donc un ensemble d'actions qui permet de transformer les entrées en sorties. Ces actions vont s'enchaîner. Ce sont des actions qui apportent une valeur ajoutée »²⁵. Nous partons bien d'une situation d'entrée : — une personne vulnérable ayant des difficultés dans l'accomplissement des actes de sa vie quotidienne pour obtenir une situation de sortie : — une personne vulnérable pouvant avoir une vie quotidienne et sociale. Un ensemble d'actions est nécessaire à cette transformation, actions d'aide à la toilette, à l'habillage, à la prise de médicaments, aux déplacements...

Ce sont ces actions qui font l'objet de l'évaluation. Celle-ci s'effectue au regard des procédures, des normes et des recommandations publiques d'une part et d'autre part au regard des orientations et valeurs que porte le projet émis par les instances dont relève l'établissement. Les critères de l'évaluation vont donc être construits en partie par les acteurs de l'établissement, pour aboutir à un autodiagnostic réalisé par l'ensemble des acteurs du projet.

Cette évaluation peut se faire à partir de grilles ou référentiel livré en kit dans le commerce, et donc se baser exclusivement sur les normes et recommandations publiques. Dans ce cas, la

²⁵ Cours démarche qualité Master 2 AES ISS 2012-2013 Mme Lethilleux

singularité des orientations et les valeurs portées par le projet de l'établissement ne pourront pas être intégrées dans toute leur pertinence dans ce type de kit.

L'idéal est donc de pouvoir construire son propre référentiel organisant l'évaluation en différents chapitres regroupant plusieurs thèmes. Dans chacun des thèmes, il est nécessaire d'énoncer les différentes exigences ou références pour atteindre l'objectif. Pour chaque référence, il nous faudra décrire concrètement et précisément les moyens ou critères pour satisfaire l'exigence. Ces critères pourront être accompagnés de la définition d'indicateurs permettant de vérifier la pertinence et la conformité de l'action.

Pour chaque critère, dans un travail pluridisciplinaire au sein de l'établissement, nous devons répondre à plusieurs interrogations : que faisons-nous ? / Comment le faisons-nous ? / Pourquoi le faisons-nous ? / Pourquoi comme cela ? Pour chaque réponse à ces questions, nous devons disposer d'éléments de preuve, et ce n'est qu'en fonction de toutes les réponses et surtout des éléments de preuves qu'il nous sera possible d'apprécier la réalité des actions relevant du critère.

L'appréciation se fait sur trois niveaux de satisfaction :

- 1 – Les pratiques sont formalisées, appliquées, communes à tous les professionnels, et systématiquement tracées.
- 2 – ces pratiques disposent d'éléments de preuves constants, protocoles, traçabilités.
- 3 – ces pratiques font l'objet d'évaluation régulière, et de vérification de leurs pertinences dans le temps.

La réalisation de tout ou partie de ces 3 niveaux nous permet d'établir une cotation.

L'évaluation interne à ce stade n'est qu'un exercice d'autosatisfaction ou d'autoflagellation.

Une fois les constats établis pour chaque exigence – référence —, les points forts et les points faibles seront identifiés au regard des réponses et cotations effectuées. Pour chaque point faible, l'équipe pluridisciplinaire a le devoir de proposer des actions d'amélioration en en fixant les modalités et les échéances.

Outre l'aspect réglementaire de cette évaluation interne, cette démarche peut et devrait être le point de départ de la roue de Deming de l'établissement :

- Planifier ce que nous voulons améliorer,
- faire ce que nous avons planifié,
- contrôler et évaluer ce que nous venons de faire,

- ajuster l'action.

La bientraitance, définie comme l'objectif permanent pour une équipe de prendre soin, d'accompagner et d'assister chaque personne pour qu'elle puisse vivre dépendante avec dignité, devrait être un des objectifs du processus à évaluer dans une prestation médicosociale. Toutefois, nous avons vu que la bientraitance ne pouvait pas faire l'objet de protocole, étant une éthique, une démarche et une mémoire du risque. Par conséquent, l'évaluation interne ne portera que sur la prévention, le repérage, et le traitement de la maltraitance. L'évaluation interne, cette roue de Deming en mouvement perpétuel, va être l'ancrage de cette démarche positive et l'outil de la mise en œuvre cette éthique de la bientraitance.

J'ai eu la chance d'une part de participer à l'élaboration du référentiel en établi au sein du groupe dans lequel je travaille et d'autre part de mener l'évaluation des prestations aux Clos de Saint-Martin.

La mise en œuvre s'est déroulée sur 2 années. La première a été consacrée avec les équipes du siège et les directeurs d'EHPAD à élaborer le référentiel, définition et rédaction des critères et indicateurs²⁶. La seconde année fut la mobilisation des équipes de terrains des Clos de Saint-Martin. Il nous a fallu hiérarchiser l'ordre des thèmes en fonction de leurs problématiques intrinsèques à évaluer et de la force de mobilisation que présente chaque thème. Nous avons donc abordé en premier lieu les thèmes impliquant le cœur de métier de chacun et la vie des résidents, soit :

- Accueil : l'entrée du résident/les droits et libertés du résident/la vie de la résidence.
- Bien-Etre : l'organisation des soins/le dossier de la Personne/la prévention de maltraitance.
- Bien-Vivre : l'hôtellerie/la restauration.

Cela représente sur 4 mois (mars à juin) 17 réunions de groupe d'évaluation et 4 du comité de pilotage. À la fin de cette première étape, il nous est apparu important de ne pas bloquer la roue Deming sur la phase « *contrôler et évaluer ce que nous venons de faire* ». Nous avons communiqué les constats, les points forts et les points faibles et nous avons appliqué les premières décisions d'actions. Outre une valorisation de l'investissement de chacun des membres de l'équipe, cela a crédibilisé la démarche d'amélioration continue de la qualité et développé la « démarche positive » indispensable à l'éthique de bientraitance.

²⁶ Voir annexe 2 « texte introductif au référentiel Jardins de Cybèle ».

La seconde étape d'octobre à mars nous a permis de terminer les chapitres « Bien-Etre » et « Bien-Vivre » et de traiter le chapitre « Communication ».

Le Plan d'Action Globale de l'Établissement (PAGE), synthèse de toutes les actions correctives de l'évaluation, devient la feuille de route du pilotage de l'établissement.

III – 2 L'évaluation externe.

L'évaluation externe, bien que prévue dans la loi 2002-2 tous les 7 ans, devient une réalité depuis le second semestre 2013. La loi de 2009, « Hôpital-Patients-Santé-Territoire » a fixé de nouveaux délais pour tous les établissements autorisés et ouverts avant 2009. Une évaluation interne au moins trois ans avant le reconventionnement et une évaluation externe deux ans avant. Par exemple pour les Clos de Saint-Martin, EHPAD ouvert en juin 2003, mais ayant bénéficié du transfert d'une autorisation de fonctionnement d'un précédent établissement sur Saint-Martin d'Ablois, l'évaluation interne était à transmettre aux tutelles avant décembre 2013 et l'évaluation externe avant le 31 décembre 2014. Dans une note d'information du 30 janvier 2014, l'ANESM précise que 1 125 EHPAD étaient engagés dans une démarche d'évaluation externe.

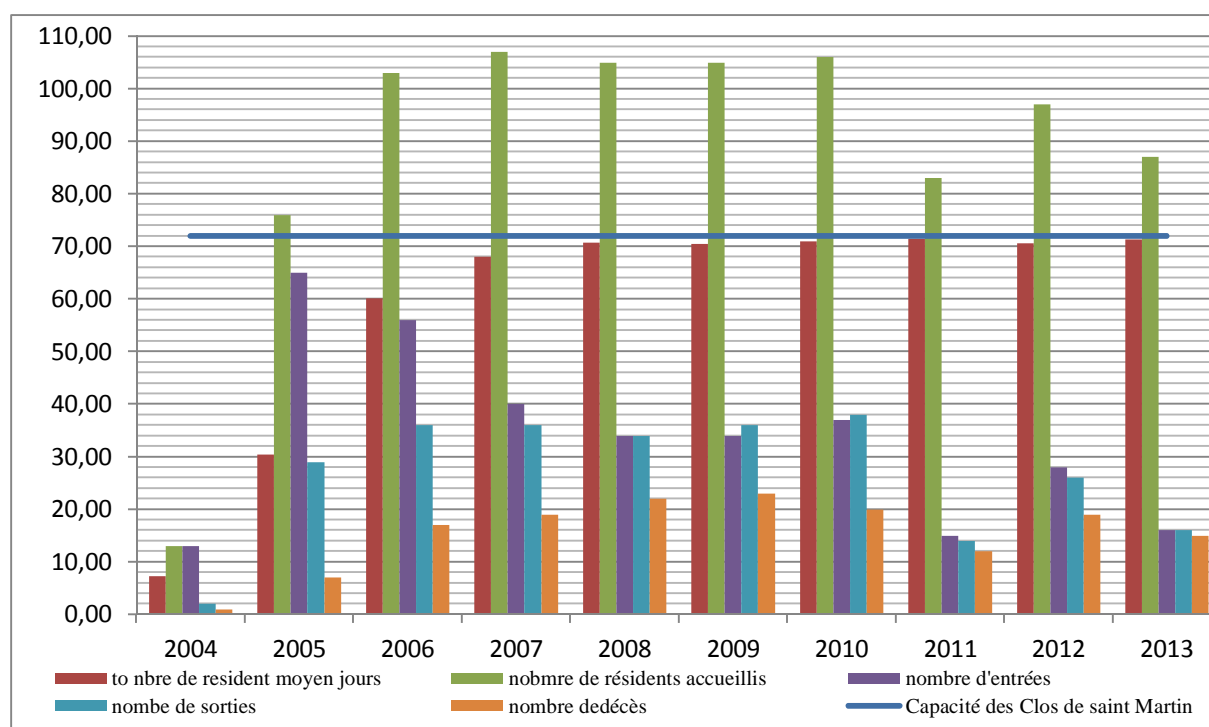
Chapitre 2 Les acteurs et les outils de la bientraitance

I - les différents acteurs de la bientraitance

I – 1 Le résident et sa famille.

Une photographie des dix années de fonctionnement des Clos de Saint-Martin nous éclaire et illustre les différents articles de presse spécialisée, au travers de l'accueil de 338 personnes âgées.

I - 1 a Nombre de personnes accueillies.



Mis à part les années d'ouverture et de montée en charge de l'établissement (2 004 et 2 006), l'établissement de 72 places accueille un peu plus de 100 personnes chaque année. Le taux de renouvellement des résidents est de 30 en moyenne annuelle, soit 41 % (des places disponibles). Les décès représentent 25 % du renouvellement, soit en moyenne 18 par an. Les années 2011 et 2013 apparaissent comme années anachroniques quant au nombre de décès respectivement 12 et 15. Rien ne l'explique à ce jour, le niveau de dépendance a augmenté sur ces années et les effectifs de personnels sont restés stables. Excepté ces années anachroniques, le taux de renouvellement se situe juste en deçà des 50 % et le taux de décès à 29 %. Dans les années quatre-vingt-dix, le taux de renouvellement était de l'ordre de 33 %.

I – 1 b L'âge des résidents.

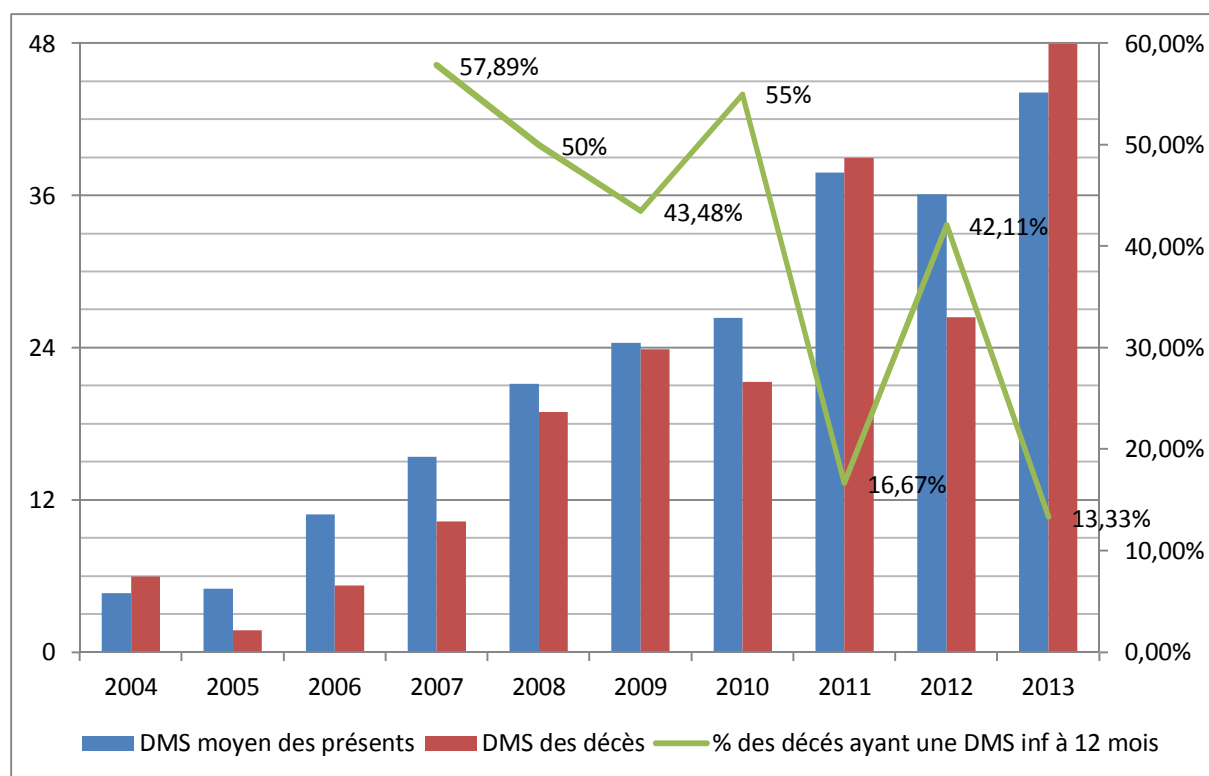


L'âge moyen des résidents augmente fortement depuis 2010. En effet, le faible taux de décès en 2011 et 2013 a pour effet direct l'augmentation de l'âge moyen des résidents présents. De 2004 à 2011, l'âge d'entrée est resté relativement stable, 85 ans. « L'observatoire des EHPAD », enquête réalisée par le cabinet KPMG en 2011 et publiée en janvier 2013 auprès d'un panel de 323 établissements, fait le même constat quant à l'âge moyen en EHPAD.

Depuis 2012, l'âge d'entrée augmente fortement, aux Clos de Saint-Martin, devenant supérieur à l'âge moyen des présents. Cela s'explique par deux faits importants :

- La politique de maintien à domicile menée depuis le début des années 2000 par les Conseils Généraux et l'augmentation de la durée de vie en bonne santé ont pour conséquences directes de retarder le plus possible l'entrée en EHPAD.
- La crise économique, le coût de séjour étant élevé pour une personne âgée (ou ses proches), bien souvent il est nécessaire de vendre une partie du patrimoine pour financer le séjour. La décision de la personne âgée et/ou de sa famille est donc retardée au maximum.

I – I c La durée moyenne des séjours.



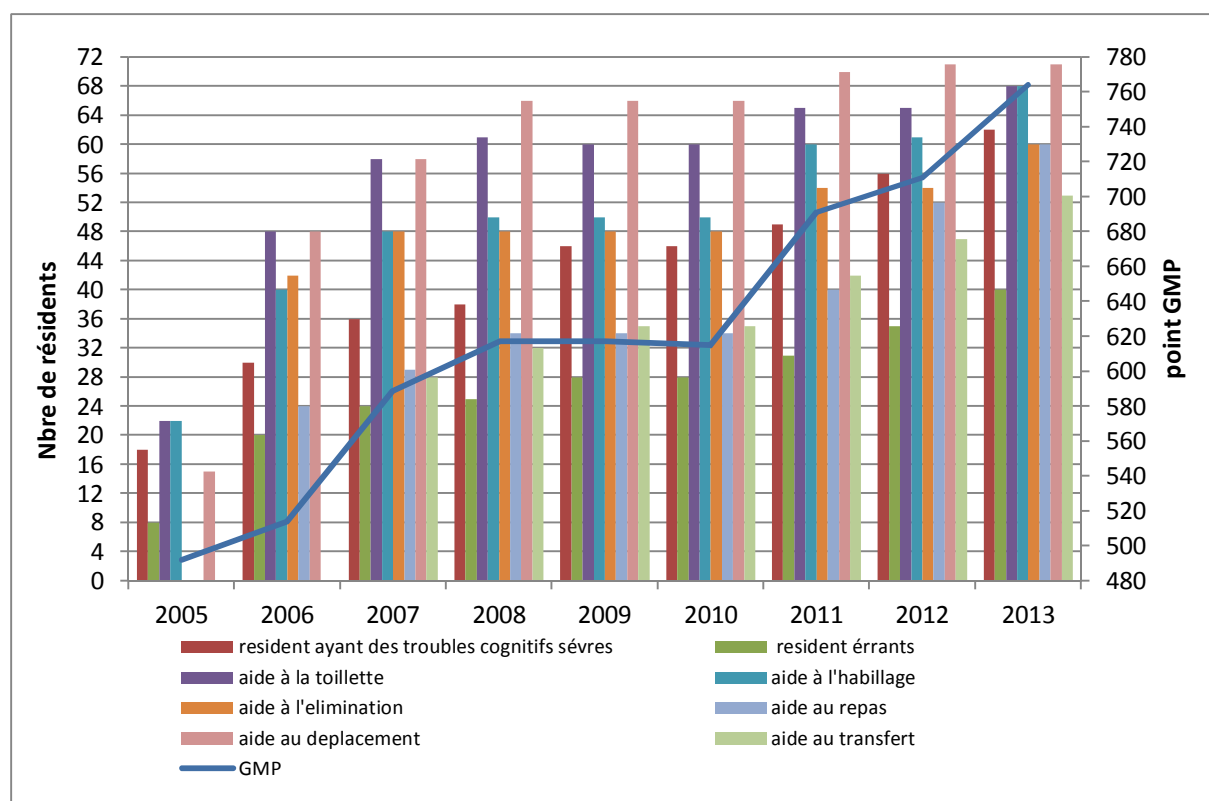
La durée moyenne des séjours (DMS)²⁷ est un reflet important de la vie de l'établissement. En 2013, elle se situe à 4 ans (48 mois), sensiblement égale aux données de « l'observatoire des EHPAD » publiées en 2014 par le cabinet KPMG.

La DMS a fortement augmenté en 2013. En effet, le taux de renouvellement en forte baisse en 2011 et 2013 et dans une moindre mesure en 2012 génère un nombre d'entrées très faibles de personnes, qui par ailleurs sont de plus en plus âgées. D'autre part, nous constatons que 40 à 50 % des décès de chaque année concernent des résidents entrés moins de 12 mois auparavant, sauf en 2011 et 2013. Le nombre de décès annuels survenant au-delà de l'année de présence est constant, 11 résidents.

- La DMS va naturellement diminuer dans les années à venir pour les 3 causes suivantes :
- l'âge d'entrée étant de plus en plus tardif,
- 1 résident sur 2 entrants décède dans l'année qui suit son entrée,
- chaque année, environ 11 résidents ayant plus d'un an de présence décèdent.

²⁷ La DMS (durée moyenne des séjours) en EHPAD s'exprime toujours en mois. Elle prend en compte l'ensemble des résidents ayant séjourné au moins une nuit dans l'établissement, du 1er janvier au 31 décembre, le nombre de journées de présence depuis le jour d'arrivée jusqu'au jour de départ (ou le 31/12)

I – 1 d La dépendance des résidents.



Premier constat, le GMP²⁸ en 9 ans est passé de 492 en 2005 à 589 en 2007, à 691 en 2011 et à 764 en 2013. « L'observatoire des EHPAD », réalisé en 2013 par le cabinet KPMG, fait apparaître un GMP supérieur à 600 pour 78 % des EHPAD, dont 39 % au-delà de 700.

- De 2 007 à 2 013 années à effectifs constants, nous pouvons constater :
- 26 résidents de plus avec des troubles cognitifs sévères, dont + 16 dits errants
- 31 résidents de plus à aider au repas.
- 25 résidents de plus à aider pour les transferts-lit/fauteuil.
- 20 résidents de plus à aider pour l'habillage

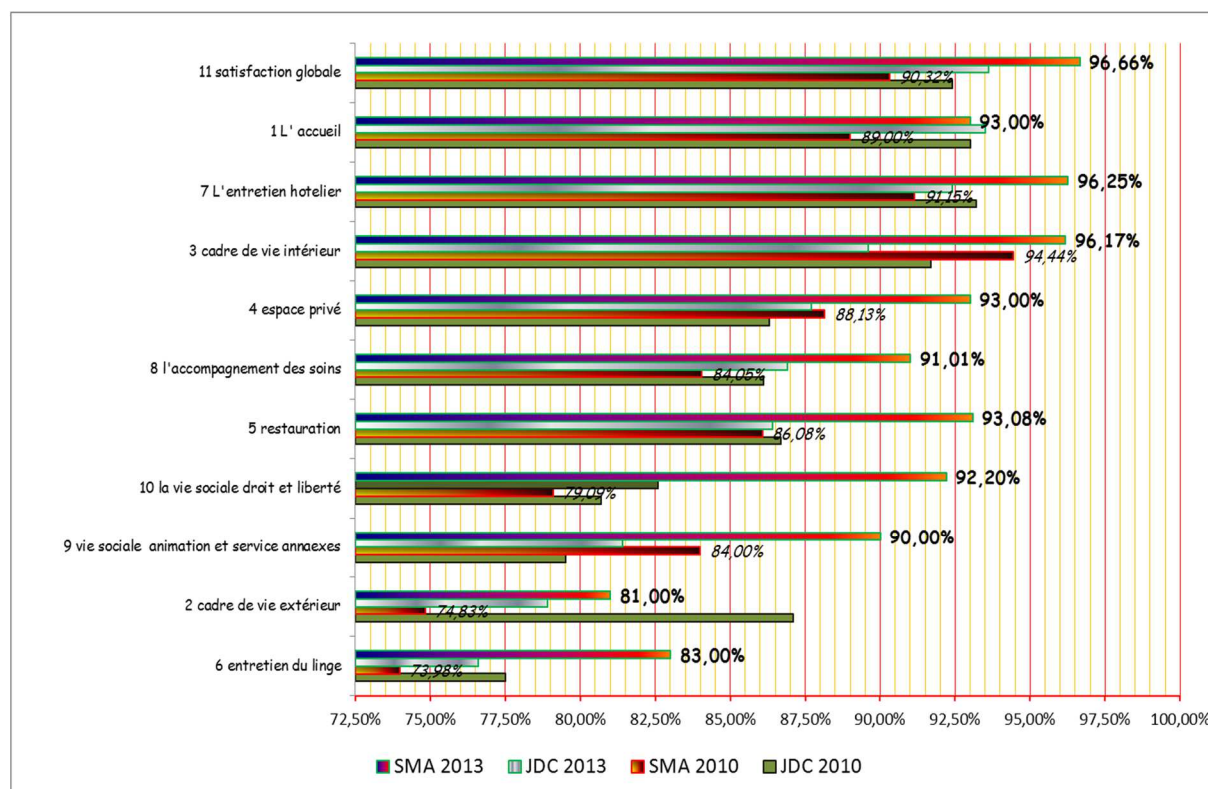
Cette évolution de la dépendance s'explique :

- d'une part le vieillissement de la population au sein de l'EHPAD
- d'autre part par l'entrée de personnes de plus en plus âgées avec une santé et une autonomie très réduite (près de la moitié d'entre eux décèdent dans les 12 mois).

²⁸ GMP : GIR Moyen Pondéré. Outils mis en place par les tutelles pour mesurer le taux de dépendance d'un établissement, c'est l'agrégat du niveau d'autonomie (et en effet miroir de dépendance) de chaque résident (appelé GIR). Un coefficient en fonction de la perte d'autonomie est affecté à chaque niveau de dépendance (GIR 1 = 1 000 – GIR 6 = 70), attribuant un nombre de points à l'établissement. Le total des points obtenus divisé par le nombre de résidents présents donne le GMP.

I – I e Les attentes des résidents et des familles.

En 2009 et en 2013, le groupe Jardins de Cybèle a réalisé une enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles. Les résultats permettent de mettre en évidence les attentes globales²⁹.



Ces résultats sont d'autant plus intéressants. Ils comparent les attentes et le niveau de satisfaction des résidents et des familles à quatre années d'intervalles pour l'établissement et pour le groupe. En 2009, les résultats du groupe concernent 33 établissements et en 2013 47 établissements.

Ces données correspondent au cumul des réponses satisfaisantes ou très satisfaisantes émises pour chaque critère évalué. Le taux de satisfaction de l'item correspond au total des réponses positives comparées au nombre total de réponses sur l'item (les documents Jardins de Cybèle donnent la moyenne des taux constatés pour chaque critère de l'item)

Les attentes des familles sont sur l'entretien du linge, le rangement des armoires, le cadre de vie intérieure et extérieure, la qualité et le délai de l'information sur l'état de santé du proche. Ces attentes correspondent à une certaine conception de la dignité. Être propre, en bonne

²⁹ Le détail des résultats est en annexe 3 pour 2009 et 4 pour 2013

santé, présentable aux autres, dans un lieu de vie agréable. Ces attentes sont aussi la recherche du maintien de l'image et/ou du souvenir qu'elles ont ou qu'ils veulent avoir et conserver de leur proche. Certes, elles connaissent mieux que nous leur proche. Parfois, la famille a été l'aidant unique dans les gestes de la vie quotidienne et notamment les plus intimes de la personne âgée avant son entrée en EHPAD. « Sans doute, les familles cherchent-elles à préserver une apparence digne à la personne aimée, mais en sous-estimant manifestement ce que cela occasionne comme travail et souffrance du point de vue de la manutention et passant même parfois outre le désir de la personne âgée »³⁰.

Les attentes des résidents sont la qualité de vie intérieure de l'établissement, la signalétique, les moyens d'alerter, les animations à l'extérieur de l'établissement. Ces attentes correspondent à une autre conception de la dignité : maintenir une vie sociale dans un cadre agréable en toute sécurité.

I – 2 Les professionnels de terrain

I – 2 a Les personnels au contact quotidien avec les résidents.

La bientraitance au quotidien repose sur la qualité, la rigueur et la fiabilité des actions de ces professionnels. La bonne exécution, au bon moment, pour chacun des résidents des gestes techniques va leur permettre de vivre dans la dépendance avec la dignité. Mais c'est bien souvent sur ces personnels au contact au quotidien des résidents que pèse la suspicion de maltraitance, ou de négligence.

Il me paraît important de valoriser quantitativement l'ensemble des gestes techniques avant même de s'interroger sur l'aspect qualitatif. J'ai demandé dans les services concernés un état des gestes quotidiens, bihebdomadaires ou hebdomadaires prescrits médicalement ou par le projet d'accompagnement personnalisé des résidents.

Un geste technique est soit prescrit, soit nécessaire au maintien de l'autonomie ou de la vie sociale de la personne dépendante. Ces gestes vont donc concerner les infirmières, les aides-soignantes, les agents de service, les lingères, les cuisinières, et l'animatrice. Ces gestes, quand ils ne sont pas accomplis ou mal accomplis, créent un préjudice, une gêne, une aggravation de l'état général. Donc un acte de la maltraitance et surtout une absence de bientraitance pour beaucoup d'observateurs.

³⁰ MOLINIER Pascale, Apprendre des aides-soignantes, Gérontologie et société 2010/2 N° 133 p 135

Cette étude auprès des différentes équipes de l'EHPAD m'a permis de dénombrer au moins 8 618 gestes techniques réalisés dans une journée aux Clos de Saint-Martin³¹. Les plans des soins et d'accompagnement personnalisé font ressortir :

- Pour les infirmiers sur prescriptions médicales : la distribution des médicaments et les soins techniques et locaux ; et sur leur rôle propre, la surveillance de l'état général, le relevé des visites des médecins et la gestion des chutes.
- Pour les aides-soignantes sur prescription des projets d'accompagnement personnalisé, les aides à la vie quotidienne : la toilette, l'habillage et la gestion de l'incontinence, l'alimentation, au transfert (se lever, s'asseoir, se coucher), la communication, la traçabilité et les surveillances particulières. En mars 2014, les Projets d'accompagnement personnalisé mettent en évidence pour un GMP à 764 les besoins d'aides suivants pour les 72 résidents :

AIDES	Nombres de résidents par type d'aide	
	TOTALE	PARTIELLE
Toilette	45	23
Habillage	37	32
Alimentation	27	33
Transfert	27	27
Déplacement	26	36
Communication	33	27
Troubles cognitifs	42	20

- Pour les agents de services : l'hygiène des locaux privés (chambres et salle de bains), l'entretien des locaux communs (circulation, salons, salles à manger, bureaux...), la mise de table, le service à table ou en chambre, la vaisselle, la distribution du goûter et du petit déjeuner.
- Pour les lingères : l'entretien du linge des résidents et l'entretien du linge de toilette.
- Pour la cuisinière : la mise en place de la production, la réalisation de textures modifiées, l'adaptation des menus en fonction des régimes prescrits, et la prise en compte des goûts et dégoûts des résidents.
- Pour la vie sociale (certains appelleront cela animation) : la distribution du courrier (lecture et écriture des réponses), l'installation et/ou la réalisation d'ateliers

³¹ Voir tableau en annexe 5

spécifiques, l'installation des résidents pour les spectacles, et des soins de bien-être et confort.

- Pour le service général : je n'aborderai là que la mission de l'agent technique de maintenance (ATM) et les petites réparations. Pour les autres missions de l'ATM ainsi que tout le secteur administratif, bien qu'elles soient indispensables au fonctionnement de l'établissement, elles n'ont que des conséquences indirectes sur l'accompagnement du résident.

Si seulement 1 % de ces gestes sont exécutés incorrectement ou non conformes aux bonnes pratiques et/ou non adaptés aux besoins et à l'état de santé du résident, nous ne commettrions chaque jour que 86 omissions ou négligences.

Pouvons-nous affirmer que nos équipes sont performantes à 99 % tous les jours ? Non, je ne pense pas. Alors c'est un minimum de 86 omissions ou négligences que nous produisons chaque jour.

I – 2 b l'encadrement

Le rôle de l'encadrement est d'avoir conscience que ces 86 négligences ou omissions quotidiennes existent. Il doit mettre en œuvre les stratégies pour limiter leurs développements et leurs conséquences. Cette stratégie ne peut pas être une chasse ou une traque aux erreurs professionnelles, dans la distribution de sanctions disciplinaires selon un barème pour chacune des erreurs, ou dans l'établissement de protocoles et de check-list de toutes les actions pouvant générer une erreur.

Nous sommes bien dans un dispositif humain (les professionnels) au service d'autres humains plus dépendants (les résidents). À ce titre, il existe donc des émotions et des convictions au même titre que les analyses et le savoir. Les professionnels sont en interactions permanentes avec les résidents et leurs proches. Le dispositif est en perpétuelle évolution (départ de résidents et turn-over du personnel).

L'encadrement va devoir sécuriser l'ensemble du dispositif, le rendre apte à faire face aux imprévus de tous les jours. Cette sécurisation s'appuie sur une dynamique de questionnement de l'action, seulement si cela est nécessaire, non pas pour se culpabiliser, mais bien dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des pratiques.

Les relations de ce dispositif sont à sécuriser par une reconnaissance institutionnelle de chacun des acteurs. Il est fréquent que les attentes des familles ne correspondent pas à la

réalité des capacités physiques et cognitives de leur proche ni aux possibilités d'offres de service de l'établissement. « Les soignants seraient parfois considérés par certaines familles comme leurs propres employés et dans un registre qui les assimile plus à de la domesticité qu'à des personnels des soins »³²

Ce dispositif est également à sécuriser dans la relation interprofessionnelle. En effet, l'éventail des qualifications est très large, de l'absence totale de diplôme au Docteur en médecine avec une spécialisation. Pascale MOLINIER nous précise « Bien que le travail des aides-soignantes soit jugé par chacun comme primordial, il reste en bas de l'échelle du travail soignant où culmine le soin médical et il n'est pas habituel de considérer, même en gériatrie où le pouvoir médical est moindre, que des travailleuses subalternes puissent être des expertes en leurs domaines et que l'on ait à apprendre d'elles ». La reconnaissance du travail et de l'expertise acquise par les personnels dits subalternes dans le travail pluridisciplinaire d'une part et d'autre part la relation de l'encadrement avec les familles sont des facteurs dynamiques de la bientraitance. Cette reconnaissance de l'expertise conforte la compétence. Compétence qui permet à chacun sereinement d'opérer la remise en cause de ces pratiques.

L'encadrement devra connaître les capacités et les besoins de chaque résident et leurs évolutions possibles, au travers d'évaluation pluridisciplinaire. Ces évaluations vont déterminer la charge de travail tant quotidienne qu'hebdomadaire, permettant l'organisation du travail des équipes à partir d'un constat partagé. Il est donc évident que cette organisation ne peut être figée. La charge de travail est en perpétuel mouvement, les effectifs de personnel sont constants sur de longues périodes. L'organisation des tâches doit apporter les moyens à chaque collaborateur de mettre en œuvre l'accompagnement de chaque résident. Cette organisation du travail est la première des responsabilités techniques de l'encadrement, et à ce titre elle doit être remise en cause au même titre que les pratiques soignantes. Les décisions techniques de l'encadrement doivent être interrogées à partir de constat partagé et donc évoluer, les soignants feront donc de même vis-à-vis de l'accompagnement de chaque résident : une sorte de pédagogie par l'exemplarité.

L'évaluation des capacités et de besoins de chaque résident permet de quantifier formellement les besoins en personnels et les financements nécessaires. Les tutelles ARS et Conseil Général pourront être sollicitées, mais aussi la clientèle, en proposant à l'autorité gestionnaire le tarif des séjours.

³² MOLINIER Pascale, Apprendre des aides-soignantes, Gérontologie et société 2010/2 N° 133 p 138.

I – 2 c *l'organisme gestionnaire*

L'organisme gestionnaire est un acteur des plus indirects dans la prise en soins de personnes âgées. Mais ses décisions ont un impact non négligeable. En effet, il est le responsable devant les tutelles, l'autorité hiérarchique de l'encadrement et de ce fait c'est l'organe qui fixe les valeurs et les objectifs de l'établissement. Selon qu'il gère un ou plusieurs services ou établissements, son rôle sera différent. Aujourd'hui dans la plupart des cas, l'organisme gestionnaire a la responsabilité de plusieurs établissements ou services. Il regroupe à la fois l'autorité de décisions et le pouvoir hiérarchique. Il organise des services communs et transversaux. Ces services sont d'ordre technique et généralement ils concernent, la maintenance des bâtiments, les achats, la comptabilité et la gestion, les ressources humaines, la qualité, et la veille juridique et les gestions des relations avec les tutelles. La qualité de ces services est primordiale dans la vie de l'EHPAD. Leurs expertises des métiers facilitent les prises de décisions sur l'établissement en lien avec la hiérarchie du groupe. Cela impose à ces services d'avoir l'expertise de leur propre métier et en plus une connaissance approfondie des pratiques professionnelles du médicosocial. Les dysfonctionnements de l'organisme gestionnaire ont un impact direct dans la vie de l'EHPAD. Un retard dans une décision peut impacter directement l'accompagnement de tel ou tel résident : par exemple l'achat d'un système de douche au lit non prévu dans le budget, mais devenu nécessaire par l'arrivée d'un nouveau résident ou l'augmentation de la dépendance de ceux déjà présents.

I – 3 Les professionnels intervenants libéraux.

Chaque résident garde ou choisit son médecin traitant, son kinésithérapeute. Les résidents ont en moyenne 3 visites de leur médecin traitant tous les 2 mois. C'est le médecin traitant qui établit le diagnostic et les prescriptions pour son patient, avec toute la liberté que lui accorde la loi sous couvert du secret médical. Le bassin d'Épernay n'est pas un désert médical, ce sont donc 18 médecins généralistes qui consultent leurs patients au moins une fois par mois dans l'établissement. Certains médecins ayant plusieurs résidents passent de façon hebdomadaire (l'un d'entre eux a aujourd'hui 21 patients dans l'établissement). Ils sont associés au moins une fois par an à une coordination gérontologique animée par le médecin coordonnateur de l'établissement. Les infirmières mettent en œuvre leurs prescriptions, et bien souvent ce sont les infirmières qui informent et décrivent les symptômes de leurs patients. Ils ont un regard extérieur sur l'établissement et un regard sur la qualité des soins prodigués. Ils peuvent et doivent avoir un rôle de sentinelle vis-à-vis de la maltraitance.

I – 4 Les tutelles.

Juge et partie. Ce sont le Conseil Général et l'ARS qui nous accordent les effectifs soignants et le budget pour les rémunérer. Ce sont ces mêmes services qui réalisent des inspections inopinées ou à la suite de plaintes contre l'établissement. Plusieurs critères servent à déterminer le montant d'une dotation maximum, non opposable, la dotation peut être inférieure. Les critères sont de deux ordres, la dépendance et les pathologies.

I – 4 a Le Conseil Général et la dépendance.

La dépendance s'évalue par les potentialités de chaque résident pour accomplir les actes de la vie quotidienne, se laver, s'habiller, se nourrir, changer de position, se déplacer, communiquer, s'orienter et enfin avoir un comportement cohérent. Une grille³³ sert de support pour établir ces constats. Cette grille est remplie en équipe pluridisciplinaire. À la vue des critères, le regard des aides-soignants sur les potentialités restantes de chaque résident est d'une importance absolue. Elles doivent déterminer si ces actes de la vie quotidienne sont accomplis spontanément, correctement, totalement et habituellement. Bien sûr, le Médecin coordinateur vérifie la cohérence des réponses, mais les constats sont de la responsabilité des aides-soignants. Le résultat de cette grille donne un GIR³⁴ pour chaque résident, le plus autonome sera classé en 6 le moins autonome en 1. L'ensemble des GIR obtenus est ensuite pondéré, le GIR 1 va rapporter 1 000 points et un GIR 6, 70 points. Cette pondération appliquée à chaque GIR divisé par le nombre de résidents va donner un GIR Moyen Pondéré — GMP — reflet du niveau de dépendance de l'établissement. Le Conseil Général vérifie, sur place, la cotation émise par l'établissement pour chaque résident, et valide ou non le résultat proposé. En fonction de ce GMP validé, le Conseil Général va affecter des moyens à l'établissement en Agents de Service, en Aides-soignants, en Psychologue, et il prendra en charge la totalité des frais d'incontinence, et partiellement les autres fournitures. Pour financer la dépendance, le conseil Général va ensuite fixer des tarifs pour chaque groupe de GIR (1-2, 3-4 et 5-6) ; le GIR 5 et 6 constitue également le ticket modérateur qui sera à la charge du résident. En fonction des revenus du résident, le Conseil Général prendra en charge entre 20 % et 100 % de la différence entre le ticket modérateur et le GIR du résident.

Depuis les années 2010, la crise économique et la rigueur budgétaire, amène le conseil général à n'ajuster que très partiellement la dotation. Malgré une augmentation importante du

³³ Grille dénommée AGGIR – Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource – voir Annexe 6

³⁴ GIR = Groupe Iso Ressources

GMP, les effectifs salariés progressent très faiblement et les autres dépenses n'augmentent que de 0,5 % par an.

I – 4 b la Caisse Primaire d'Assurance Maladie — l'ARS et le soin

La Sécurité sociale finance les EHPAD pour le budget Soins ; c'est-à-dire les soins infirmiers et d'accompagnement qui auraient été financés au domicile. L'ARS gère et contrôle ces financements. Pour les EHPAD, ce financement concerne : une quote-part des aides-soignants (70 %), la totalité des infirmiers, le temps de travail du médecin coordonnateur, et la gestion des déchets infectieux et le matériel et les fournitures médicales. Ce financement se trouve donc en lien direct avec le niveau de dépendance de l'établissement et l'état des lieux des différentes pathologies constatées et suivies par l'équipe. Le GMP de l'établissement est donc un indicateur commun. L'état des lieux des pathologies et leurs suivis se font à l'aide d'un autre outil. Le Pathos Moyen Pondéré – PMP —, un système complexe de codification qui fait appel au diagnostic médical constaté, au suivi médical prescrit, et à la traçabilité des actes médicaux exécutés.

Le PMP est le domaine réservé du médecin coordonnateur, et il est le seul interlocuteur auprès de l'ARS pour la validation de ce PMP. À la création de cet outil dans les EHPAD, milieu des années 2000, les autorités avaient projeté un PMP moyen pour les EHPAD à 168 points. Dans la Marne, beaucoup d'établissements ont été cotés entre 110 et 120. Entre 2007 et 2011, le PMP de la Champagne-Ardenne était constaté à 149 points, alors que l'Aquitaine affichait 192 points et l'Auvergne à 205³⁵. Les personnes âgées de la Marne auraient-elles des besoins en soins et d'accompagnements inférieurs aux Aquitains ou aux Auvergnats ? Peut-être, le champagne doit-il mieux conserver le corps humain.

Ce PMP, outre de déterminer le niveau des besoins en soins techniques, est intégré dans une savante formule de calcul permettant de fixer le montant de la dotation plafond de l'ARS. Pour 2 014 : $9,84 \text{ €} * \text{Nombre de places de l'EHPAD} * \text{GMPS (le GMP Soins)}$. Soit pour les clos de Saint-Martin : 688,80 par point de GMPS. La première étape est la détermination du GMPS soit le GMP validé + (PMP validé * 2,59). Pour les Clos de Saint-Martin, le dernier GMP validé est à 711 et le dernier PMP 115, le GMPS s'élève donc à 1 009 points. La

³⁵ Source CNSA « les soins en EHPAD en 2012, le financement de la médicalisation & le bilan des coupes pathos » p28

dotation plafond est donc à 694 k€. Le point de PMP représente une dotation potentielle, en fonction d'un GMP à 711 de 1 784 €.³⁶

C'est la validation de ces 2 indicateurs par les tutelles qui va déterminer les enveloppes financières permettant l'accompagnement des résidents, et par conséquent le niveau de qualité nécessaire. À l'instauration du PMP, le Ministère a imposé une logique d'uniformisation des dotations par l'application de la dotation plafond pour tous les établissements. Plusieurs Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (ancêtre des ARS) dont la Marne ont conduit une maîtrise des dépenses publiques (déjà existantes) en sous-évaluant fortement les PMP. Face à ce constat, la dotation plafond n'est plus systématique, les PMP s'envolent dans la Marne. Un établissement voisin avait été coté en 2008 à 113 points en 2013, la nouvelle évaluation fixe le PMP à 234 points.

Les tutelles sont bien parties prenantes des moyens attribués aux établissements et donc coresponsables du niveau de qualité. Les tutelles sont également parties prenantes dans la maîtrise des dépenses publiques, et nous avons constaté l'utilisation de plusieurs leviers afin d'atteindre cet objectif qui semble être un dogme et une priorité absolue :

- Une sous-évaluation des indicateurs,
- des augmentations de budgets simplement en masse (le budget total accordé en n-1 + 0,5 % par exemple)
- ne pas prendre en compte la variation des indicateurs
- une révision tous les 5 ou 6 ans des indicateurs.

Tous ces leviers sont mis en œuvre par l'une et l'autre des tutelles. Cela entraîne petit à petit, et inexorablement une baisse des moyens, donc un risque de dégradation de la qualité.

Les tutelles sont juges, en cas de plaintes ou de signalements d'évènements indésirables. Selon la gravité les tutelles vont émettre soit de simples recommandations, soit des injonctions, soit la fermeture totale ou partielle de l'établissement. En 2010, dans un établissement où j'effectuais l'intérim de la direction (en plus de mon poste attitré), j'ai été amené à effectuer un signalement d'évènement indésirable. Un résident de moins de 60 ans³⁷

³⁶ 15 points PMP = le financement d'un poste AS par l'ARS (70% de 38 K€) et 28 points PMP = le financement d'un poste IDE (50 k€)

³⁷ Un résident de moins de 60 ans ne peut être accueilli en EHPAD qu'avec une dérogation du Conseil Général. Les adultes handicapés sont théoriquement accueillis dans des établissements spécifiques (Maison d'Accueil Spécialisée, ESAT, etc ..) avec des activités adaptées. Par manque de places dans ces structures, les EHPAD sont sollicités pour ce type d'accueil

a été retrouvé en début de nuit dans la chambre de sa voisine de plus de 85 ans dans une position pour le moins inadéquate. La solution immédiate a été de n'accueillir ce résident qu'en journée. Dans le cadre de la procédure de « signalement d'évènements indésirables », le Conseil Général et l'ARS ont été informés des faits et de la solution immédiate et surtout nous avons fait une demande de placement d'office de ce résident dans un établissement spécialisé pour adultes handicapés. La réponse des tutelles a été plus que surprenante : que faites-vous pour que cela ne se reproduise plus ? Rien concernant notre demande de placement dans un autre établissement, ce qui est dans leur pouvoir.

II – les outils

En moins de 10 ans, les professionnels ont été confrontés à une multitude d'outils, de dispositifs à mettre en œuvre. Ces outils et dispositifs sont de deux ordres. L'un lié aux valeurs, à l'éthique et à la qualité et l'autre à des points précis de la pratique professionnelle, par exemple l'utilisation des benzodiazépines, la grippe, les infections respiratoires.

II – 1 Les recommandations

L'ANESM joue pleinement son rôle. Depuis 2008 ; pas moins de 19 recommandations ont été rédigées concernant la prise en soin des personnes âgées dont 17 concernent les EHPAD. Ces documents sont construits de façon scientifique posant le cadre philosophique et éthique pour répondre à des thématiques particulières regroupées en programme.

- Programme 1 : Les fondamentaux, en 2 recommandations, l'une sur l'éthique du questionnement et l'autre sur la bienveillance.
- Programme 2 : la participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique.
- Programme 3 : les missions du responsable d'établissement dans la vigilance et la prévention des risques notamment les risques de maltraitance.
- Programme 4 : le soutien aux professionnels développé en 6 recommandations, la maladie d'Alzheimer, l'évaluation interne, le projet d'animation, l'adaptation de l'emploi aux regards des populations accueillies.
- Programme 5 : l'ouverture de l'établissement à l'environnement.

- - Programme 6 : la qualité développée en 6 recommandations, l'accueil, le cadre de vie et la vie quotidienne, la vie sociale, l'accompagnement personnalisé, vie collective et accompagnement personnalisé, les attentes de la personne et le projet personnalisé.

Une littérature abondante, précise, très bien documentée, elle est souvent accompagnée de note de synthèse. Toutefois, chaque thématique est traitée de façon « idéaliste » vers laquelle nous devrions tendre, la perfection de l'accompagnement, une forme de bienveillance idéalisée à tous les moments. De plus, nous avons vu que la démarche de bienveillance repose sur un questionnement positif et une adaptation à chaque situation. Aujourd'hui, chercher à appliquer, contrôler, adapter chacune de ces recommandations pourrait avoir un effet contre-productif. « Force est de reconnaître que ces dispositifs ne sont pas encore totalement intégrés dans le fonctionnement habituel de la plupart des structures. Ils sont souvent abordés comme des chantiers isolés. Ils peuvent mobiliser des moyens importants (réunions, remplacements de professionnels, formation, consultants) et perturber le fonctionnement de l'établissement ».³⁸

Et nous sommes loin de pouvoir les intégrer totalement dans le fonctionnement des EHPAD. En effet, nous ne pouvons que constater la faiblesse des effectifs d'encadrement, le manque de moyens pour la formation continue (coût pédagogique et coût de remplacement), la faiblesse des effectifs soignants les assignant exclusivement aux tâches de soins techniques. Ces chantiers bien souvent sont mobilisés en fonction de l'actualité, d'un risque éminent pour l'EHPAD ou pire suite à une plainte ou une inspection inopinée. De plus, les autorités de tutelles se servent de ces recommandations pour émettre les injonctions et remettre en cause l'établissement en cas de plaintes ou de contrôle, bien sûr, sans octroyer des moyens financiers nécessaires à l'EHPAD.

Bruno LAPRIE, et bien d'autres auteurs sur ce thème posent une limite pragmatique, et pleine de bon sens : « On peut estimer à juste titre que ressasser les mêmes interrogations sans fin est assez anxiogène. Si je me pose constamment la question de savoir si je fais *bien*, comment puis-je encore agir ? Pour les professionnels, toute la difficulté réside dans la capacité à maintenir un seuil de questionnement critique sur leur action au quotidien tout en étant capable d'agir en toute sérénité »

³⁸ LAPRIE Bruno, Miñana Brice [2010], Engager une politique de bienveillance, Ed. ESF, Pp 53.

II – 2 Les protocoles

Le protocole de soins peut être soit pour un résident précis de façon définitive ou pour un temps défini, soit pour une pratique courante d'établissement et en la normalisant de façon officielle. Le protocole est toujours écrit, justifié par des textes de références – lois ou recommandations —. Il est daté et signé, classé et mis à disposition des personnels de l'établissement. Chaque soignant doit émarger dès qu'il en a pris connaissance.

Les protocoles, armes absolues des cadres ! Un problème génère l'écriture et la diffusion d'un protocole, d'une procédure et d'une check-list. Nous avons résolu le problème, mieux nous avons édité le moyen qu'il ne se reproduise pas. Le protocole est opposable aux soignants, son non-respect peut entraîner une sanction disciplinaire, nous sommes protégés. Dans une démarche positive, de questionnement, d'adaptation à chaque résident, bref de bienveillance, le protocole devient très vite obsolète, et il est nécessaire de réécrire un nouveau protocole, de le rediffuser et ainsi de suite. Idéalement, tout protocole devrait prévoir les modalités de son non-respect et les modalités de justification de ce non-respect. Dans ce cas est-ce encore un protocole ?

En EHPAD, un protocole ne peut donc concerner qu'une pratique courante et répétitive liée à l'organisation générale, à logistique, à l'entretien, et tout état de cause avant l'application individuelle pour un résident donné.

II – 3 Les Projets d'Accompagnement Personnalisés

Le projet d'accompagnement personnalisé constitue le socle de la prise en soins de chaque résident. Il se construit progressivement tout en s'adaptant à l'évolution de l'état général de la personne âgée. Plusieurs phases sont incontournables.

Avant l'arrivée du résident, il est nécessaire de vérifier l'existence de besoins spécifiques, fauteuil roulant, lit Alzheimer, lève-malade, verticalisateur, prescriptions de kinésithérapie, régime alimentaire. Ces besoins vont définir les premiers éléments de l'accompagnement. Dès l'arrivée du résident, un recueil de données se met en place concernant les habitudes, le constat des potentialités physiques et cognitives, les prescriptions médicales à mettre en œuvre avec leurs traçabilités. Après un délai de 10 à 15 jours, une première formalisation de l'accompagnement nécessaire est établie en équipe pluridisciplinaire.

Dans les 4 à 6 semaines suivant l'arrivée, les attentes et les objectifs du séjour sont fixés au cours d'une rencontre. Le résident, ses proches qui ont suivi le processus d'entrée, et des représentants de l'équipe professionnelle participent à cette réunion. L'équipe professionnelle est composée, du directeur, du cadre de santé, du médecin coordonnateur ou du psychologue si nécessaire, d'une infirmière, et d'une aide-soignante. C'est un moment un important dans la vie du résident et de ses proches. Ils vont pouvoir formaliser les attentes, les souhaits, les angoisses et les peurs de cette nouvelle vie. L'établissement prend des engagements pour apporter concrètement des réponses à ces attentes. À l'issue de cette rencontre, un document est cosigné par tous les participants fixant les constats, les objectifs et les attentes particulières du résident. Il constitue le socle du Projet d'Accompagnement Personnalisé – PAP³⁹ —. Nous appelons de document « synthèse à 30 jours ». Le PAP renseigne les besoins d'accompagnement sur l'ensemble des actes soignants, toilette, habillage, repas, transfert, déplacement. On retrouve ici l'ensemble des items permettant d'évaluer le GIR⁴⁰ du résident.

Tous les actes soignants sont tracés quotidiennement en faisant référence à ce PAP. Une traçabilité est mise en place pour noter chaque changement ou écart dans la réalisation du PAP. Ces changements sont exprimés en réunion de transmission quotidienne. Si cela s'avère nécessaire, il y a modification de PAP. Et si les changements sont importants, une nouvelle rencontre est organisée avec le résident et ses proches.

Une roue de Deming qui ne s'arrête que le jour du décès du résident.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé va nous permettre le questionnement de nos pratiques pour chaque résident ; ensemble de pouvoir les adapter ; justifier les choix en fonction des capacités du résident ; et par la traçabilité, assurer la mémoire du risque.

Peut-être la première pierre de l'édifice « Bientraitance ».

³⁹ PAP = Projet d'accueil personnalisé, voir document en Annexe 7

⁴⁰ GIR = niveau d'autonomie du résident voir modèle de grille en Annexe 6

Partie 2

DIFFICILE BIEN TRAITANCE

L'EHPAD PEUT-ELLE AUX BESOINS INDIVIDUELS ?

Chapitre 1

La mise en œuvre de la bientraitance repose sur une diversité de professionnels et de niveau de formation

I – la formation des professionnels

« Il y a quelques années, il était donc quasi systématique de ne pas frapper aux portes. Dans les formations initiales des soignants, cette pratique a été légitimement critiquée et il a donc été dit qu'il fallait frapper aux portes. Mais bien souvent, cela a été enseigné sans aucune réflexion sur le sens de ce changement, sur les raisons qui le justifiaient. Troubles de la pédagogie...

Résultat : de nombreux professionnels frappent à la porte en même temps qu'ils entrent dans la chambre (ou entrent dans la chambre en même temps qu'ils frappent à la porte) – autrement dit, ils font quelque chose en plus, mais... un plus qui ne change rien pour les personnes.

Quel est en effet le sens, les sens, que portent les manières d'entrer dans une chambre ?

Qu'est-ce que je dis à la personne lorsque je frappe à sa porte et attends avant d'entrer :

- * que l'établissement respecte les normes sociales, ne se situe pas " hors société " ;
- * qu'elle est bien chez elle dans sa chambre ;
- * que son accord est donc nécessaire pour que j'entre ;
- * que je respecte ses droits, son autonomie et son intimité ;

* que, si elle ne peut me donner son accord, je suis attentif à ne pas la surprendre, à ne pas risquer de créer un effet de surprise, voire de choc, en lui laissant le temps de se préparer à mon entrée !

Si j'entre dans la chambre d'une personne sans procéder ainsi, c'est bien *l'inverse* que je lui signifie : qu'elle est " hors société ", qu'elle n'est pas chez elle dans sa chambre ; que ses droits, son autonomie, son intimité m'importent peu ; que m'importe peu également sa manière de ressentir cette intrusion brutale. Pire encore, je peux même, si je rentre de la même manière dans sa chambre quand elle y est et quand elle n'y est pas, lui signifier qu'elle n'existe pas. »⁴¹

⁴¹ PELLISSIER Jérôme, [2 011], Ces troubles qui nous troublent. Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels, Toulouse, Ed. ERES « L'Âge et la vie — Prendre soin des personnes âgées », P 235.

Jérôme Pellissier nous dit bien par cet exemple que l'apprentissage technique du respect de la personne existe dans la formation des soignants. Il nous montre aussi la limite de cet apprentissage.

Membre des jurys de la Validation des Acquis par l'Expérience (VAE⁴²) du diplôme d'aide-soignant depuis plusieurs années, j'ai constaté que la totalité des candidats déclare frapper systématiquement avant d'entrer chez un résident. Bien souvent, il y a un long silence quand le jury demande quelle attitude il aurait chez une personne sourde, démente, qui ne garde pas ses prothèses auditives.

I – 1 L'apprentissage du métier.

Les professions soignantes, Infirmiers et Aides-soignants, sont réglementées et par conséquent les textes législatifs et réglementaires posent les exigences des savoirs liés à chacune d'elles. D'autres professionnels interviennent, à plein temps, dans les EHPAD, les Agents de service pour lesquels aucun niveau de formation n'est requis. À l'opposé, à temps partiel, un médecin coordonnateur et un psychologue dont les niveaux d'étude sont du master au doctorat avec ou sans spécialisation gériatrique. Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons aux professions le plus en contact avec le résident et ses pathologies les infirmiers et les aides-soignants.

I – 1 a la profession d'infirmier

La profession d'infirmier regroupe 10 compétences enseignées sur 3 années sous forme de cours magistraux (750 heures), de travaux dirigés (1 050 heures) et de stages de terrain (2 100 heures) et 300 heures de temps personnel guidé. Les trois quarts de la formation sont donc consacrés à l'apprentissage pratique, travaux dirigés et stages de terrain.

⁴² VAE = Validation des Acquis de l'Expérience, processus intéressant pour obtenir un diplôme d'une profession que l'on pratique totalement ou partiellement depuis plusieurs années. Plusieurs conditions pour obtenir le diplôme d'AS par exemple : rédiger un dossier d'admissibilité prouvant d'une part avoir exercé des fonctions d'accompagnement de personnes dépendantes (salariées ou bénévole) pendant au moins 3 ans à temps plein au cours de 10 dernières années, et d'autre part sa motivation. Une fois admissible, le candidat rédige un dossier où il décrit pour chaque module de formation ses savoir-faire et savoir-être et sa connaissance des normes professionnelles. Il le défend ensuite devant un jury composé d'un formateur en institut de formation AS, d'un professionnel (AS ou IDE) et d'un responsable de structure employant des AS. Le Jury a la responsabilité de vérifier les compétences acquises pour chacun des modules, le jury peut donc valider certains modules et ajourner le candidat pour d'autres modules.

La formation pour chaque compétence regroupe, l'acquisition de connaissances théoriques conceptuelles, de connaissances des bonnes pratiques professionnelles, et enfin l'acquisition d'un savoir-faire pratique. Cette formation va recouvrir 6 champs d'enseignement :

- les sciences humaines, sociales et le droit ;
- les sciences biologiques et médicales ;
- les sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ;
- les sciences et techniques infirmières, interventions ;
- l'intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ;
- les méthodes de travail.

Les 10 compétences à acquérir sont :

- 1 – évaluer une situation clinique et établir le diagnostic infirmier ;
- 2 – Concevoir et conduire un projet de soins ;
- 3 – accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
- 4 – mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
- 5 – initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
- 6 – communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
- 7 – analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
- 8 – rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
- 9 – organiser et coordonner les interventions soignantes ;
- 10 – informer et encadrer des professionnels et des personnes en formation.

Les critères d'évaluation de ces compétences mesurent tous la capacité du futur infirmier à réaliser son action en adéquation avec les besoins et les capacités de la personne.⁴³ Plusieurs constats s'imposent au regard de l'organisation de la formation d'infirmières.

Les infirmières exercent leur fonction, soit sous statut libéral sur un territoire déterminé, soit dans un secteur hospitalier curatif, soit dans un secteur hospitalier d'urgence, soit dans un secteur de soins de longue durée, soit dans un lieu de vie. Elles sont en présence de publics différents, du nouveau-né et sa maman à la personne âgée dépendante en passant par l'adulte valide momentanément diminué. Ces aspects n'apparaissent pas de façon évidente tant dans les champs d'enseignement que dans les compétences attendues. En effet, bien que l'intervention de l'infirmière se situe essentiellement dans le domaine curatif, ces différentes

⁴³ Annexe II diplôme d'Etat d'infirmier référentiel de compétence BO Santé – protection sociale – solidarité N° 2009 /7 du 15 août 2009 page 266-274

situations professionnelles n'obéissent pas aux mêmes exigences ni aux mêmes réalités de travail. En effet que le patient se trouve :

- à domicile, l'infirmière libérale met en œuvre seule la prescription du médecin traitant ;
- sur un plateau technique, l'infirmière est entourée de nombreux confrères et consœurs de médecins spécialistes et décideurs ainsi que toute une hiérarchie médicale et organisationnelle ;
- dans un lieu de vie, l'infirmière est en lien avec une multitude de personnes vulnérables et leur famille, de leur médecin traitant, et tout un personnel d'accompagnement dont elle devra coordonner les actions.

I – 1 b la profession d'aide-soignant

Le législateur n'a créé la profession d'aide-soignant que pour alléger l'activité de l'infirmier, donc sous la responsabilité de celui-ci. Une partie des activités de l'infirmier relevant de la compétence 3 est transférée vers l'aide-soignant : activité de toilette, de soins de nursing, de compensation de la perte d'autonomie et de relationnel. Ce transfert de tâches amplifie un état de fait : le « cure »⁴⁴ uniquement pour l'infirmier ; le « care »⁴⁵ uniquement pour l'aide-soignant. Huit activités soignantes sont attribuées au rôle de l'aide-soignante.

Chacune de ces activités est décrite dans l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme d'aide-soignante. Chacune des 8 activités fait l'objet d'un module de formation, théorique et/ou pratique, et de critères d'évaluation. Une formation de 1 435 heures, dont 840 en stage de terrain. Ces 840 heures de stage de terrain doivent avoir lieu en structure sanitaire, sociale, médicosociale, psychiatrie et secteur extrahospitalier.

⁴⁴ Cure = anglicisme signifiant le soin curatif, le soin réparateur, le soin hospitalier, le soin efficace, le soin technique et noble

⁴⁵ Care = anglicisme signifiant le prendre soin, accompagner au quotidien, compenser les pertes de capacités physiques et cognitives, soulager la douleur physique et psychique.

Module	Contenu	Enseignement théorique	Stage de terrain
1	accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne	4 semaines (140 heures)	4 semaines (140 heures)
2	l'état clinique d'une personne	2 semaines (70 heures)	4 semaines (140 heures)
3	les soins	5 semaines (175 heures)	8 semaines (280 heures)
4	L'ergonomie	1 semaine (35 heures).	2 semaines (70 heures)
5	relation communication	2 semaines (70 heures).	4 semaines (140 heures)
6	hygiène des locaux hospitaliers	1 semaine (35 heures).	2 semaines (70 heures)
7	transmission des informations	1 semaine (35 heures).	Pas de stage
8	organisation du travail	1 semaine (35 heures).	Pas de stage

Cette formation apporte la connaissance des normes d'hygiène, les apprentissages des techniques d'évaluation des potentialités de la personne, les gestes techniques et l'utilisation de matériel spécifique. À l'issue de la formation, l'aide-soignant doit être capable : d'installer et mobiliser la personne, de dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle, d'aider à l'alimentation, à l'élimination, maintenir le confort de la personne, etc.

Les critères d'évaluation, résultat et compréhension, analysent la capacité du futur aide-soignant à prendre en compte les choix, les besoins et les potentialités de la personne et réaliser des soins techniques dans les règles d'hygiène et de respect.

Tout comme pour les infirmières, les modalités d'exercice de la fonction aide-soignante sont très diverses. L'exercice de la fonction n'obéira pas aux mêmes exigences que l'aide-soignant soit dans un service à domicile, soit dans un service « actif » d'un hôpital, soit dans un lieu de vie.

La plupart des formations soignantes AS ou IDE sont organisées par les structures hospitalières. Les formateurs sont issus du monde de l'hôpital et de l'organisation des soins liés à un traitement curatif efficace et efficient. Soigner, c'est avant tout guérir le malade. Dans les lieux de vie tels que les EHPAD, soigner, c'est avant tout accompagner. C'est permettre à une personne vulnérable de vivre avec dignité malgré sa perte d'autonomie. Au cours de mes 10 années d'expérience, j'ai accompagné plus d'une dizaine de collaborateurs

vers un diplôme soignant (AS principalement) soit par concours d'entrée en institut de formation, soit par la VAE. Leur projet professionnel était de rester dans l'établissement une fois le diplôme obtenu. Lors de l'oral du concours d'entrée, quand elles exprimaient ce projet professionnel, elles recevaient le dédain des examinateurs, « s'occuper des “ vieux ” ne peut pas être une ambition soignante ».

C'est donc encore bien une conception du « cure » qui continue à être véhiculée dans les instituts de formation issus des structures hospitalières. Ce phénomène est accentué par le développement de la technologie de pointe dans les soins. L'accent est souvent mis sur le plateau technique et technologique et le soin curatif rapide efficace et efficient. Quid du lieu de vie où les soins sont souvent « palliatifs » ? C'est-à-dire « Tout ce qu'il reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire »⁴⁶ ou « Ajouter de la vie aux jours lorsqu'on ne peut pas ajouter des jours à la vie. »⁴⁷

Les textes législatifs concernant la compétence attendue des futurs professionnels du soin posent clairement une démarche personnalisée, en fonction des besoins, par la mobilisation des potentialités, dans le respect des choix de la personne. L'approche et la pédagogie de la formation sont parfois en décalage avec ces textes.

I – 2 La place de la bientraitance dans les enseignements

Une recherche approfondie des textes législatifs encadrant les métiers d'infirmier et d'aide-soignant m'a permis de lever un préjugé. Ce préjugé qui considérait la formation soignante comme purement technique préparant le futur professionnel à être un expert sachant exécuter des procédures et des protocoles. La personnalisation de l'action soignante, le questionnement des pratiques pour chaque personne, l'adaptation collective des pratiques, la cohérence des choix en fonction des capacités de la personne et la traçabilité des actes et constats sont les compétences attendues. Nous pourrions croire et supposer que ces formations soignantes affirment préparer les professionnels à œuvrer dans la démarche de la bientraitance.

Ce mot « BIENTRAITANCE » n'apparaît jamais dans l'ensemble des textes décrivant les métiers, les compétences et les formations des IDE et des AS. Nous avons vu précédemment que plus de 168 000 sites internet proposent des formations sur la bientraitance. La bientraitance pourrait être alors un module à part entière dans les formations initiales. Je ne le

⁴⁶ Thérèse Vanier Doctoresse

⁴⁷ Jean Bernard — Médecin et académicien français

pense pas, la bientraitance doit être le fil conducteur de ces formations. La compétence technique, les savoirs théoriques acquis par la formation doivent être au service d'une pratique bientraitance. Encore faut-il le savoir et en prendre conscience. Par contre, ne pas mentionner la Bientraitance dans la multitude d'articles de décrets ou d'arrêtés peut être une des causes du décalage constaté entre les textes et les pratiques des professionnels fraîchement diplômés.

La bientraitance doit être aussi la mémoire du risque de maltraitance. La même étude des textes définissant les métiers soignants permet de constater que le mot « MALTRAITANCE » apparaît pour les IDE 1 fois et pour les Aides-soignantes 2 fois.

Pour les infirmières, la maltraitance est citée dans l'article R 4311-5 du référentiel de compétences, précisant que l'un des rôles propres de l'IDE est « d'accomplir les actes ou dispenser les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage ». Une liste 42 actes ou soins détaille le contenu de ce rôle propre. Le premier : « Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ». Le troisième : « Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ». Le dixième : « Soin et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ». Le dépistage et l'évaluation du risque de maltraitance sont donc pour un IDE un acte au même titre que la surveillance d'une dialyse ou effectuer un soin d'hygiène.

Pour les AS, la maltraitance est citée dans les savoirs associés du module 5 « Relation-Communication » à la rubrique « information et droit des patients ». Le savoir quant à la maltraitance est : *la prévention, le repérage des signes de maltraitance et la transmission aux personnes compétentes*. L'aide-soignant doit savoir « analyser une situation de maltraitance ou une situation présentant des difficultés de communication ».

Le risque de maltraitance semble être étudié au même titre qu'un geste technique soignant. Or la définition de la maltraitance par le Conseil de l'Europe est relativement claire, la maltraitance concerne toutes les erreurs ou omissions quotidiennes. Le risque de maltraitance existe pour chacun de ces gestes techniques. Une étude de terrain sur l'établissement nous a démontré que nous réalisons plus de 8 600 gestes quotidiens pour nos 72 résidents, donc 8 600 risques d'erreurs ou d'omissions quotidiennes.

I – 3 la perception de la bientraitance par de nouveaux diplômés

L'étude des contenus de formation conduit à des constats contradictoires. Dans les textes légaux encadrant la formation des soignants, la référence à la bientraitance n'existe pas formellement, la lutte contre la maltraitance semble être une technique comme une autre. « *Mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives visant à promouvoir le bien-être de l'utilisateur* », ces éléments composants la bientraitance selon les « recommandations de l'ANESM », sont bien présents dans les contenus de formation des soignants. Par contre, *garder présent à l'esprit le risque de maltraitance* n'apparaît pas dans les compétences attendues des futurs soignants. Cela semble ne pouvoir s'acquérir qu'avec les stages de terrain et l'expérience.

Un focus avec de jeunes diplômées concernant la dynamique de bientraitance et la lutte contre la maltraitance permet de vérifier une grande compréhension théorique de ces concepts. Focus réalisés avec 2 IDE diplômées de 2 013 et 2 014 et 2 AS diplômées de 2 013. Il est nécessaire de préciser les parcours individuels de ces 4 jeunes diplômées : une IDE a travaillé en EHPAD en tant qu'« AS » pendant ses vacances d'étudiante ; les 2 AS ont exercé la profession, sous statut « faisant fonction », pendant une période de 1 à 5 ans avant d'entrer en formation. À partir des décrets de compétences des IDE et des AS, pour chaque item, je leur ai demandé d'identifier spontanément les risques de maltraitance d'une part et les attitudes bien traitantes d'autre part.

Ces deux focus⁴⁸ montrent une véritable compréhension et une assimilation du lien entre les contenus des apprentissages et la dynamique de bientraitance tant pour les IDE que pour les AS. Il en est de même pour le risque de maltraitance, les exemples sont concrets et pertinents au regard des contenus de formation. Un constat s'impose, en sortant de formation, le futur professionnel connaît les théories pour « *s'occuper de personnes et non d'objets* » ; « *avoir conscience de l'emprise que son rôle lui donne sur l'autre requiert une préparation* » ; « *ne pas considérer ses tâches comme purement techniques* » ; « *avoir conscience que l'on peut être abusif et violent malgré une technique parfaite* ». En sortant de formation, le nouveau professionnel a « *consciencés de la valeur de sa tâche et de son absolue nécessité* »⁴⁹.

⁴⁸ Voir Annexe 8

⁴⁹ Moulias Robert, édito. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ?, *Gérontologie et société*, 2 010 / 2 n° 133, Pp 13.

Par contre, ces apprentissages sont réalisés en situation de stagiaire, la charge de travail confiée à un stagiaire est totalement différente. Pour une stagiaire, AS ou une IDE, ce sont 3 à 4 personnes vulnérables à accompagner dans la matinée, un salarié lui aura généralement plus d'une dizaine de résidents à accompagner. Cette préparation s'effectue donc en dehors de la réalité et des exigences imposées par les contingences économiques. Une fois embauché dans la réalité du monde soignant et de ses impératifs budgétaires, comment ses acquis théoriques se transforment-ils en savoir-être ? La technique et la mécanique soignante ne vont-elles pas prendre le pas sur l'éthique ? Un doute certain demeure sur leurs adaptations aux réalités gérontologiques contemporaines. Jérôme Pellissier dans « ces troubles qui nous troublent » précise que les formations ont du mal « à échapper à ce regard dominant qui dévalorise globalement les professions du prendre-soin, encore plus nettement en gérontologie, et [elles] valorisent celles d'entre-elles les plus susceptibles de porter le fantasme du guérir-tout et du vaincre-la-mort. *La pauvre : elle travaille en gériatrie* ».

Les entretiens réalisés avec 6 directeurs d'EHPAD⁵⁰ montrent une unanimité, les nouveaux diplômés ont une formation essentiellement technique de soins, très généraliste ou théorique, ils ont une méconnaissance du « terrain ». Toutefois, un directeur nous souligne une évolution positive, depuis plusieurs années, quant à la sensibilisation aux actes de maltraitance et aux attitudes bien traitantes. Un autre directeur constate : « *c'est notre histoire par rapport à l'autre qui va influencer notre rapport à cet autre dans une réelle bienveillance. Ce n'est pas à partir des généralités des "Recommandations" que l'on peut obtenir des changements de postures* ».

Un problème est posé pour les nouveaux AS, ayant obtenu leur diplôme par le biais de la VAE. En effet, ce n'est que sur le déclaratif du candidat à la VAE, que le Jury peut donner sa sanction. Aucune évaluation sur le terrain n'est faite dans le processus VAE.

I – 4 la bientraitance et la formation continue

La bientraitance fait l'objet de formation continue dans tous les établissements interrogés soit sous forme de formation par intervenants extérieurs, soit en interne avec la psychologue ou un « comité bientraitance » et rarement le médecin coordonnateur. La tenue de ces formations correspond également à une demande récurrente des autorités de tutelles. Dans tous les cas, cette formation concerne le personnel en lien direct avec le résident (ASH, AS, IDE, IDE

⁵⁰ Voir Annexe 9

coordonnatrice), il est à noter que la fonction « animation » n'est jamais citée. L'enquête de terrain fait ressortir que ces formations ont permis au mieux, une réelle prise de conscience individuelle. Le changement des pratiques est quant à lui beaucoup plus aléatoire : un collègue cite l'arrêt du tutoiement dans l'unité Alzheimer (*je pense qu'il n'aurait jamais dû commencer*). Ce changement de comportements et de pratiques pourrait s'obtenir avec plus de formations, plus de temps de réflexions communes, dans « un travail de fond et à long terme ». Une veille continue de l'encadrement (IDE, IDE coordonnatrice, Direction) avec des rappels réguliers amène la réduction des omissions ou négligences quotidiennes. Par contre, un directeur, nouvellement sur son poste, fait le constat de l'effet contre-productif des « recommandations » et des injonctions des tutelles, il déclare : « *la création du comité bientraitance, c'est se donner une bonne conscience managériale* ».

II - Pluridisciplinarité, autonomie et travail d'équipe

L'ensemble des professionnels œuvrant dans un EHPAD poursuit, en théorie, le même objectif : permettre à une personne âgée vulnérable de vivre dans la dignité malgré sa dépendance pour accomplir les actes de la vie quotidienne. À ce titre, cet ensemble forme une équipe composée de différentes professions et qualifications. Chaque profession a son rôle propre qui est en interaction avec les autres professions.

Ce fonctionnement en équipe pluridisciplinaire est complexe. Il comporte les risques de transformer le résident en un objet qui nécessite une concertation. Un autre risque est de fonctionner de façon uniforme, voire mécanique. Chaque membre de l'équipe remettra son autonomie à ce collectif, s'interdisant toute adaptation qui sera vécue comme une transgression à la décision d'équipe. L'exercice de l'autonomie professionnelle est indispensable dans la dynamique de bientraitance. En effet, comment un professionnel peut-il prendre en compte les potentialités de chaque résident, chaque jour, s'il ne dispose pas lui-même d'une part d'autonomie pour adapter les protocoles, les procédures et le projet d'accompagnement ? Cette autonomie ne signifie pas une indépendance. L'indépendance conduira chaque professionnel, pour chaque résident, à évaluer (diagnostiquer) les potentialités en fonction de ses seuls savoirs et connaissances ; à décider seul de l'action et de sa méthode de réalisation (prescrire) et enfin à réaliser l'action et à juger de son efficacité au mieux avec l'avis de la personne âgée. L'autonomie impose le partage de toutes les informations nécessaires à l'accompagnement de la personne âgée. Elle impose également de

confronter ses constats et analyses à ceux des autres professionnels. Enfin, elle impose d'enrichir sa propre analyse par celle des autres professionnels.

Chaque professionnel est empreint de sa formation initiale, il existe un esprit de corps, un réel corporatisme. Cette différenciation est nécessaire, elle permet l'expression de la diversité et la complémentarité des métiers et compétences (quelle que soit la formation initiale, existante ou non). Ce corporatisme, pour être bénéfique, ne peut s'exprimer que dans le cadre de l'autonomie professionnelle (et non de l'indépendance). En effet si une profession se croit détenteur d'un savoir supérieur et/ou d'une reconnaissance sociale à toute épreuve, tous les actes posés par cette profession ne peuvent être empreints de critiques et/ou de demandes de justifications. Dans l'EHPAD, sous prétexte que leurs tâches sont indispensables, ingrates au plus près de chaque résident, et de plus mal-rémunérées, mettre les aides-soignantes sur piédestal conduirait ce groupe professionnel à agir de façon indépendante à toutes les autres professions, et à imposer sa propre organisation à tout l'établissement. Que dire alors du piédestal sur lequel est installée la profession de médecin ? Elle dispose d'un savoir supérieur, d'une reconnaissance sociale ancestrale, et de plus, dépositaire du sacro-saint secret médical.

L'ensemble des professionnels est soumis au secret professionnel. À un moment ou un autre, chaque professionnel se trouve porteur d'un secret ou d'une confiance transmis par une personne âgée ou son entourage. Cette confiance, ce secret concernent la vie passée, les ennuis de santé, la santé des proches, les malheurs vécus. Plusieurs fois, j'ai constaté que plusieurs salariés étaient détenteurs de la même confiance ou secret. Des informations sur un passé médical, sur une blessure de la vie (le viol et/ou l'interruption de grossesse dans les années 50), le décès d'un enfant, la maladie actuelle d'une personne très proche, sont parfois confiées à l'agent de service ou à une aide-soignante et non à la psychologue ou au médecin. Je pense à Madame B, elle fête ses 100 ans dans l'année. L'épouse de son fils souffre d'une maladie grave, comme on dit pudiquement. Madame B a confié cette information médicale, sous forme de confiance et de secret, à plusieurs membres de l'équipe. Aucun membre de l'équipe n'a voulu transgresser cette confiance.

Plusieurs raisons à cette attitude :

- « Une fierté d'être choisie pour cette confiance ».
- « Une volonté de ne pas trahir ce secret ».
- « Garder la confiance que la résidente lui témoigne ».
- « Ce secret crée une sorte de complicité entre la résidente et le professionnel ».

Cette confiance peut avoir plusieurs significations de la part de Mme B :

- « Occupez-vous bien de moi ! Mon fils n'a plus le temps de s'occuper de sa vieille mère »,
- « Ce n'est pas l'ordre des choses, c'est moi la plus vieille, je devrais partir avant »,
- « Je n'ai plus la force d'accompagner mon fils dans cette épreuve comme devrait le faire toute Maman ».

L'attitude du fils de Mme B a changé, il se montre de plus en plus exigeant vis-à-vis de l'accompagnement de sa maman. Lors d'une réunion pluridisciplinaire, l'équipe s'interroge sur l'augmentation des exigences du fils de Mme B. En rappelant le secret professionnel, en n'évoquant que la maladie grave de la belle-fille de la résidente, j'ai constaté que les membres de l'équipe disposaient déjà de toute l'information, mais ils étaient démunis face aux exigences du fils. Le partage et l'analyse en réunion pluridisciplinaire ont permis de déterminer les actions à conduire et les attitudes à avoir (ou ne pas avoir). Ensemble, nous avons pu déterminer la modification de notre accompagnement vis-à-vis de Mme B.

III – Les limites de l'organisation du travail.

III – 1 Une répartition des tâches génère des automatismes.

Chaque EHPAD, tout comme chaque entreprise, doit formaliser son organisation en fonction de ses objectifs. Cette organisation va être en interaction avec des intérêts et des objectifs différents, voire contradictoires :

- les intérêts de la population accueillie : vivre avec dignité dans la dépendance et disposer de l'accompagnement personnalisé nécessaire.
- Les intérêts des salariés : concilier une vie privée et une vie professionnelle, limiter le nombre de trajets domicile-travail, travailler avec les collègues que l'on apprécie.
- Les intérêts des organismes de tutelles : optimiser les moyens alloués pour remplir les obligations de la démarche qualité.
- Les intérêts du gestionnaire : mettre en œuvre le strict minimum des moyens alloués pour limiter les coûts de production afin de pratiquer des prix les bas possibles ou de créer les réserves financières et/ou les profits de demain.

Cette organisation doit permettre à l'établissement de répondre à ses obligations légales de la Loi 2002-2 d'une part et d'autre part elle doit être conforme au Code de Travail. Cette

formalisation va donc entraîner, pour chaque tâche, un début et une fin, un lieu et un matériel déterminé et disponible, un salarié affecté chaque jour. À partir des fiches de poste, l'encadrement va définir la répartition des tâches dans la journée de travail. La fiche de poste définit l'exercice du métier dans l'entreprise ou le service, une infirmière en EHPAD n'aura pas les mêmes missions, les mêmes activités et les mêmes compétences qu'une infirmière en salle de réanimation. Par contre, toutes les infirmières de l'EHPAD (ou du groupe gestionnaire) auront la même fiche de poste, mais l'organisation de leurs tâches peut être différente. La répartition des pathologies, le niveau de dépendance, les effectifs alloués en fonction du nombre de résidents vont être différents d'un établissement à l'autre, générant une répartition pour chaque établissement.

La formalisation de cette organisation va indiquer à chaque salarié, selon son horaire de travail de la journée, les activités détaillées de sa journée par l'édition d'une fiche de tâches. Cette répartition formelle fournit des repères précis pour l'ensemble des salariés, elle permet au nouveau collaborateur de s'intégrer dans l'organisation, elle identifie qui fait quoi ou qui devrait faire quoi.

Cette description des activités de la journée de travail va « graver dans le marbre » ce que chacun doit faire à chaque moment de la journée, tout comme le Code du travail accorde aux salariés ses droits de travailleurs et ses devoirs. Cette succession de tâches quotidiennes va petit à petit enfermer le collaborateur dans un rôle d'exécution de ces tâches les unes après les autres, sans établir le lien entre elles. Un salarié affecté à une activité de logistique (préparation du chariot de nursing pour le lendemain par exemple) peut ne plus se sentir concerné par une demande d'aller aux toilettes d'un résident ou d'une alerte « fugue ». La fiche de tâches peut donc avoir les mêmes effets pervers qu'un protocole, ne pas prendre en compte les besoins et les attentes tant du résident que de son entourage ; ne pas permettre l'adaptation nécessaire en fonction de la vie du résident et de l'établissement. De plus, toutes les modifications d'une tâche peuvent perturber la mise en œuvre des tâches des autres collaborateurs.

Bien souvent, les amplitudes des journées de travail et la forme des roulements sont imposées par les organismes gestionnaires. Quels sont les critères ? Les propos des directeurs interviewés sont sévères : « bureaucratie protocolisée, technocratique et statisticienne », « dans l'intérêt du salarié » (pour avoir la paix sociale).

III – 2 L'acculturation des pratiques nécessaire à la bientraitance.

« L'acculturation comprend les phénomènes qui résultent de contact entre des individus de culture différente, avec les changements qui en découlent pour l'une des cultures, ou pour les deux. Pour tout groupe social, pour toute société, la situation d'acculturation est inévitable et l'analyse de cette situation s'avère fondamentale ». ⁵¹

Pour être dans une dynamique de bientraitance, l'ensemble des acteurs est impliqué : résident, famille et professionnel. En raison de leurs formations initiales, de leurs expériences, de leur appartenance sociale, chaque professionnel a une conception de l'exercice de son métier, de son interaction avec les autres professionnels, et de ce qui doit être bien pour la personne âgée dépendante. À cette multiplicité de cultures professionnelles, s'ajoutent les attentes des personnes âgées, les attentes de leurs proches qui parfois parlent en lieu et place de la personne âgée.

Philippe CHAMPVERT, dans un article de 2004 ⁵² nous décrit quatre cultures fondamentales en EHPAD, la culture soignante, la culture hôtelière, la culture psychosociale, et enfin la culture du domicile. Ces cultures renvoient à des groupes d'individus très précis : les IDE, les AS et les médecins ; les agents de service et administratifs ; la psychologue et l'encadrement ; les résidents et leur famille. Ces cultures vont conditionner les rapports à l'autre, qu'il soit professionnel, personne âgée ou famille. Pour les professionnels, elles sont en grande partie l'héritage des formations initiales. Les formations soignantes sensibilisent bien au concept de bientraitance et aux risques de maltraitance dans l'exécution de l'acte de soin.

Les cultures du secteur médicosocial sont également porteuses de plusieurs héritages.

- Héritage des modes d'organisations issues de la gestion des soins curatifs, rigide, planifiée, déniait toutes initiatives et autonomie
- Héritage de la conception hospitalière, un corps soignant faisant des actes, de la technique, de l'hygiène sur des « corps malades »
- Héritage des établissements de « rééducation » où la vie du pensionnaire était régie par un règlement disciplinaire et coupé du reste du monde

⁵¹ LIEGEOIS, JP (1977). Idéologie et pratique du travail social de prévention. Privat, in Cours Normes et Représentations, Marc FOURDRIGNIER, URCA, Master 2 AES, 2012-2013

⁵² CHAMPVERT Pascal, LEON Anne, « L'accompagnement des personnes âgées en établissement ou comment en finir avec les mouchoirs sans exclure la mort », Études sur la mort 2/2004 (no 126), p. 105

- Héritage de l'hébergement collectif où tout l'espace appartient aux professionnels niant toute intimité et vie personnelle au résident
- Héritage du vécu d'abandon, soit par les proches, par l'image que portent les soignants sur les proches
- Héritage des « asiles de fous » où l'on enfermait les déments
- Héritage du consumérisme, le fait de payer une facture mensuellement, souvent très chère, donne tous les droits et permet de poser toutes les exigences, le client est roi.
- Héritage du domicile, le sentiment d'être chez soi en tout lieu de l'EHPAD
- Héritage d'une conception comptable du management, où la réduction des coûts est la préoccupation essentielle du manager.

Chacun de ces héritages peut conduire à des pratiques très loin du concept de la bientraitance : — chantages — infantilisation — intimidation — étiquetage — stigmatisation — mise en échec et non-sollicitation des capacités — nier les ressentis, l'intimité, liberté d'aller et venir à l'intérieur et à l'extérieur l'établissement⁵³. La liste pourrait être très longue.

Ignorer ces héritages, c'est permettre la maltraitance. C'est aussi organiser l'établissement en fonction d'une de ces cultures, dominantes à ce moment de l'élaboration de l'organisation, en négation des autres. À terme, ignorer l'existence de toutes ces cultures conduit à les opposer, les mettre en conflits, produire quantité de blocages et de règles de fonctionnement parallèles et non dites.

C'est donc bien à chaque établissement au travers de son projet et de son management de créer une nouvelle culture. Cette culture, basée sur l'accompagnement du résident, va se construire dans l'interaction des professionnels et des professionnels avec les usagers (résidents et proches). Cette culture sera en perpétuel mouvement.

Cette nouvelle culture va se construire également au quotidien dans les rencontres de transmissions, dans les réunions pluridisciplinaires, dans les réunions de projets spécifiques, dans les rencontres avec les familles, dans une posture d'écoute et d'échanges.

⁵³ D'où la nécessité de la possible intervention du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

III – 3 La responsabilité de chaque acteur et la responsabilité collective.

L'organisation attribuant à chacun une tâche à un moment précis, désigne le responsable de l'exécution de cette tâche. Une fois exécutée cette tâche, n'est donc plus à refaire. Malheureusement, l'EHPAD, lieu de vie conduit bien souvent à revenir sur ce qui a été fait.

Le salon a été entretenu à l'heure dite, cela figure bien sur la fiche de traçabilité, 15 minutes après, un résident renverse son verre d'eau. Le collaborateur et ses collègues sont occupés à exécuter leur fiche de tâches. Cet évènement peut ne pas les concerner. Un résident chute glissant sur cette flaque d'eau. À qui attribuer la responsabilité ?

- Au collaborateur qui devait accomplir l'entretien du salon ; sûrement pas. Il a accompli sa tâche et il a tracé son action sur le document prévu à cet effet.
- Aux autres collaborateurs ; sûrement pas. Ils ont tous à ce moment d'autres tâches à accomplir.
- Au résident qui a renversé son verre ; sûrement pas. Il a la maladie de parkinson et il souffre de démence.
- À l'aide-soignant qui a donné le verre d'eau et qui n'a pas aidé le résident ; sûrement pas. Il a sollicité les capacités physiques du résident et il n'a pas fait à sa place.
- À l'infirmière-cadre (IDEC⁵⁴) qui n'a pas prévu la disponibilité d'un collaborateur pour ce genre d'évènement ; sûrement pas. Elle a attribué à chaque salarié toutes les tâches en fonction des PAP de chaque résident, et tous les salariés sont mobilisés par les PAP.
- Au directeur qui ne met pas assez de moyens pour prévenir ce genre d'évènement ; sûrement pas. Tous les postes qui sont attribués à l'établissement sont pourvus.
- À l'organisme gestionnaire qui n'attribue pas les moyens suffisants ; sûrement pas. Il reporte scrupuleusement les moyens attribués par les tutelles à l'établissement.
- Aux tutelles qui n'accordent pas assez de moyens ; sûrement pas. La crise économique ne permet pas d'en accorder plus et il faut réduire les impôts.

Donc c'est la faute de la crise ou à pas de chance, mais un résident s'est cassé le col de fémur et par conséquent sa motricité restante est fortement compromise. Au travers de cet exemple, d'une simple flaque d'eau, il est impossible de déterminer une responsabilité individuelle,

⁵⁴ IDEC/IDER : IDEC = Infirmier Diplômé d'Etat Cadre (ou coordinateur)/IDER = IDE Référent : Membre de l'équipe de Direction – statut de cadre –. Infirmier ayant fait une formation complémentaire – Ecole des cadres – ou disposant d'une large expérience. Il a la responsabilité de superviser, coordonner l'ensemble des soins et de l'accompagnement de chaque résident ; c'est un cadre intermédiaire de toute première importance dans la vie d'un établissement médicosocial.

tous les acteurs ont une bonne raison et ils prouvent leur bonne foi. La tentation sera grande d'attribuer la responsabilité au collaborateur qui avait entretenu le salon 15 minutes avant l'évènement.

L'organisation centrée exclusivement sur la tâche ne permet l'émergence de la responsabilité individuelle que pour les tâches assignées dans l'organisation, excluant un certain nombre d'évènements liés à l'activité d'un lieu de vie. Par contre en cas de plainte, il sera nécessaire de déterminer la responsabilité d'un individu. Et un résident qui chute sur une flaque d'eau dans un salon, c'est bien le résultat d'une omission ou d'une négligence, et par conséquent d'une maltraitance au sens de la définition du Conseil de l'Europe.

La responsabilité collective ne peut exister que dans la dynamique de bienveillance. Chacun adaptera ses actions en fonction des besoins du résident, tant au niveau de sa sécurité, de ses soins ou de sa vie sociale. Chacun acceptera que si l'autre n'a pas exécuté une tâche prédéterminée, il y existe une justification, et il devra exécuter cette tâche. Et enfin, la responsabilité collective ne peut s'exprimer dans une culture positive de l'erreur. C'est-à-dire lorsqu'un collaborateur constate une omission pour un résident, premièrement il corrige l'omission, deuxièmement il interroge, en équipe, les raisons de cette omission, troisièmement en équipe une recherche des actions à mettre en œuvre pour éviter la reproduction de cette omission est menée.

IV - La place de l'encadrement

Le projet d'établissement et les valeurs managériales sont de toute évidence les socles de l'action de l'encadrement. Le projet d'établissement est revisité tous les 5 ans lors du renouvellement de la convention tripartite. Il fait le point sur l'évolution de la population accueillie, et il actualise les actions à mettre en œuvre pour les 5 années à venir. L'évaluation interne⁵⁵ va être un élément prépondérant dans la détermination des actions (d'amélioration) à mener. Les valeurs managériales, bien souvent, ne sont pas formalisées. Dans le groupe où je travaille, cette formalisation a été effectuée, en 2006, dans un travail commun de tous les directeurs avec les équipes du siège. Nous les avons appelées « Esprit COR ».

- C : Cohésion d'équipe. S'entraider pour atteindre l'objectif, agir avec honnêteté et sincérité, rendre le travail précieux, comprendre que la compétence se transmet.

⁵⁵ cf : 1^{ère} partie, chapitre 1, III -2.

- **O** : Ouverture d'esprit. S'enrichir de la différence de l'autre, accepter le droit à l'erreur, pouvoir se remettre en question, écouter et comprendre l'autre.
- **R** : Respect. Reconnaître compléter le travail de l'autre, être le collaborateur que l'on désire avoir, ne pas pointer les erreurs de l'autre pour se valoriser

Ces valeurs sont véhiculées dès les entretiens d'embauche pour tous les postes en contrat à durée indéterminée. Bien sûr, elles ne sont pas partagées, ou mise en œuvre, par tous les collaborateurs, chacun est imprégné de sa culture ou de son héritage. Elles sont le fil conducteur de l'action et il est nécessaire de les rappeler régulièrement. En référence à ces valeurs, au projet d'établissement et au regard de la population accueillie, l'encadrement met en œuvre une organisation du travail, roulement de planning et fiche de tâches.

Dans toute la littérature concernant la bientraitance, aucune ne propose une organisation idéale. Dans mes entretiens avec les directeurs, j'ai abordé ce sujet.

Aucun d'entre eux ne décrit une organisation idéale favorisant la bientraitance, l'un d'eux précise même que cela serait « plutôt une question d'attitude (managériale) que d'organisation ». L'organisation idéale n'existerait-elle pas ? En tant que « recette », elle ne peut pas exister. Pour éviter les situations de maltraitance, les directeurs ont des idées bien précises. Un établissement propose une organisation exclusive, en service où une petite équipe s'accompagne toujours les mêmes résidents. Les autres décrivent des attitudes, postures managériales vis-à-vis de l'organisation : « *une veille permanente concernant les négligences et les omissions, une stabilisation des équipes (un turn-over réduit), une qualification des équipes, une formation continue* ». Ils précisent que « *cette organisation ne peut être basée que sur les besoins du résident (et non des salariés), qu'elle doit être réfléchie en équipe, ouverte au changement. Cette dernière démarche, en équipe, conduit aux changements de postures des collaborateurs et entraîne l'établissement dans une dynamique de bientraitance* ».

Plusieurs établissements précisent un risque de maltraitance institutionnelle :

- Un manque de moyen pour assurer la continuité des soins par ratio d'encadrement en soin⁵⁶ trop faible,
- Un manque de professionnalisation par un sureffectif d'ASH et un sous-effectif d'AS conduisant les ASH, non qualifiés en soin, à effectuer des actes de nursing.

⁵⁶ Ratio d'encadrement en soin : effectif total d'AS et IDE comparé au nombre de places occupées dans l'EHPAD soit « x ETP par place ou résident »

- Un turn-over important de l'équipe de direction (Direction/IDEC/Médecin coordonnateur) rend difficile l'identification des pratiques et génère des résistances aux changements. De plus, ce turn-over permet aux habitudes collectives de devenir la référence de la pratique, voire de la bonne pratique.

Face à cette diversité de professionnel, d'acteurs de la bientraitance, d'héritage culturel, une question se pose : Alice Cassagrande, en 2013, lors du colloque national « bientraitance, de la réflexion à l'action » faisait le constat suivant :

« Aucun directeur d'hôpital, n'est aujourd'hui formé à la bientraitance. Le secteur du médicosocial s'intéresse massivement au sujet, mais de très nombreux directeurs considèrent encore qu'il relève des exécutants. Au contraire, les DGARS⁵⁷, les présidents de conseils généraux, les directeurs d'établissement et les médecins devraient suivre une formation initiale à la bientraitance. Que faisons-nous aujourd'hui pour que la formation initiale, au plus haut niveau, intègre la bientraitance ? C'est une question qui mérite d'être posée »⁵⁸.

⁵⁷ Directeur Régional de l'Agence Régional de Santé

⁵⁸ Les cahiers de L'Essonne n° 4, Conseil Général de l'Essonne, Actes du colloque national Bientraitance : de la réflexion à l'action, P 149

Chapitre 2 La bientraitance a-t-elle un coût financier ?

I – Existe-t-il un seuil en dessous duquel la maltraitance devient inéluctable ?

I – 1 L'évaluation gériatrique de l'autonomie et la charge en soins

L'évaluation de l'autonomie et de la prise en soins de chaque résident permettent de connaître les besoins réels pour apporter un accompagnement personnalisé optimal.

La prise en soin de chaque résident est déterminée par ses antécédents et formalisée par les comptes-rendus des médecins spécialistes et du médecin traitant, par les prescriptions de tous les médecins et intervenants médicaux, par le suivi, par les traitements prescrits et administrés (ou non), mais aussi de toutes les traçabilités liées à l'accompagnement de chaque résident par les professionnels de l'EHPAD. Le diagnostic et la prescription médicale sont aussi importants que les constats effectués par l'ensemble du personnel qu'il soit médical ou non. Ce sont bien ces constats, en lien avec une ou des pathologies, qui vont permettre l'élaboration (ou l'évolution) du diagnostic médical pour chaque résident. Les prescriptions médicales et paramédicales issues de ces diagnostics déterminent en grande partie la charge de travail des équipes. L'élaboration de cette prise en soins ne peut se réaliser qu'au travers d'une traçabilité continue, le diagnostic, la prescription, la réalisation de la prescription ou la non-réalisation avec sa justification. Cette traçabilité devient une nécessité absolue dans l'accompagnement des troubles du comportement de la personne âgée, ces troubles sont permanents (24 heures sur 24 heures, 7 jours sur 7), ils demandent aux équipes une disponibilité, une surveillance accrue. Cette prise en soin de chaque résident va se codifier et pour l'ensemble de l'EHPAD déterminer le PMP.

Le « Pathos Moyen Pondéré », PMP, exprime la lourdeur en soins médicaux d'un résident moyen.

Un même PMP peut être une conjugaison de niveaux de soins très variable, et par conséquent recouvrir des besoins, des organisations et des réalités très différentes. Le PMP s'effectue sur l'ensemble des résidents de l'EHPAD par une distribution par domaines pathologiques, un croisement des profils de soins et des domaines pathologiques et une répartition en groupe de patients proches – GPP —. L'outil Pathos n'attribue pas une valeur à chaque résident. Le

PMP est une variable en mouvement constant, il est donc impossible de réaliser une coupe PATHOS sur l'établissement de façon régulière, de type mensuel par exemple. Une épidémie de gastroentérite, un résident en fin de vie à la suite de complications cardiaques, un résident ayant une fracture du col du fémur, peuvent modifier ponctuellement et fortement le résultat de la coupe pathos.

Les domaines de pathologies sont : Hypertension artérielle ; syndrome démentiel ; troubles du comportement ; syndrome abdominal ; état dépressif ; incontinence ; syndromes digestifs hauts ; troubles du rythme ; dénutrition ; insuffisance cardiaque ; accident vasculaire cérébral ; diabète ; psychoses, délire, hallucinations ; escarres et ulcères.

Les profils de soin sont : T1 — pronostic vital au quotidien ; T2 — équilibration surveillance rapprochée ; P1 — prise en charge psy de crise ; P2 — psychothérapie, soutien, réhabilitation ; R1 — rééducation intensive ; R2 — rééducation allégée ; CH — plaies pansements ; DG — diagnostic ; M1 — état terminal (lourd) ; M2 — état terminal ; S1 – surveillance.

L'élaboration et le contrôle de cette coupe pathos sont complexes, ils se basent sur des éléments de preuves diverses, rapports médicaux de médecins spécialistes, diagnostics, prescriptions, délivrance de la prescription, évaluation de l'équipe. Un manque d'éléments de preuve peut avoir des conséquences très importantes sur la validation par les autorités de tutelles du PMP de l'EHPAD. En effet lorsque l'établissement ne peut pas prouver la pathologie, notamment dans les troubles du comportement, par un diagnostic, une prescription, une évaluation gériatrique et une traçabilité de tous les professionnels, les autorités de tutelles ne prendront pas en compte le besoin pour ce résident, bien que la lourdeur existe au quotidien pour les équipes. Cette évaluation du PATHOS repose sur le médecin coordonnateur. C'est donc par son exigence sur la traçabilité, par sa gestion du dossier résident avec tous les éléments de preuve, que dépend le niveau du PMP de l'établissement.

L'analyse des données de PATHOS permet :

- de situer l'établissement par rapport à son environnement,
- d'éclairer les raisons de l'augmentation ou de la baisse du PMP,
- d'établir l'adéquation des professionnels pour faire face aux besoins des personnes hébergées,
- de passer des conventions,

- d'opérer des regroupements de compétences rares entre plusieurs EHPAD,
- de définir jusqu'où est gérable un niveau moyen de PMP avec les compétences médicales dont l'établissement dispose.

Le GIR Moyen Pondéré, GMP exprime la lourdeur en soins de base, en accompagnement, d'un résident moyen. Les soins de base sont toutes les aides nécessaires pour vivre, au quotidien, dépendant dans la dignité⁵⁹.

Ces 2 évaluations gériatriques permettent de déterminer la charge en soin et l'accompagnement nécessaire pour l'établissement : c'est-à-dire le nombre de personnels suivant les différentes qualifications pour permettre à chaque personne âgée vulnérable de vivre leur dépendance dans la dignité. Toute sous-évaluation du GMP ou du PMP, par manque de traçabilité, par incompétence, ou par non-reconnaissance des tutelles, va générer des risques de maltraitements. En effet, les équipes seront sous-dimensionnées par rapport aux besoins, l'encadrement n'aura pas conscience de la charge de travail réel et de la quantité de gestes techniques nécessaires. Des omissions ou négligences seront indubitablement existantes pour les résidents, une forme de maltraitance.

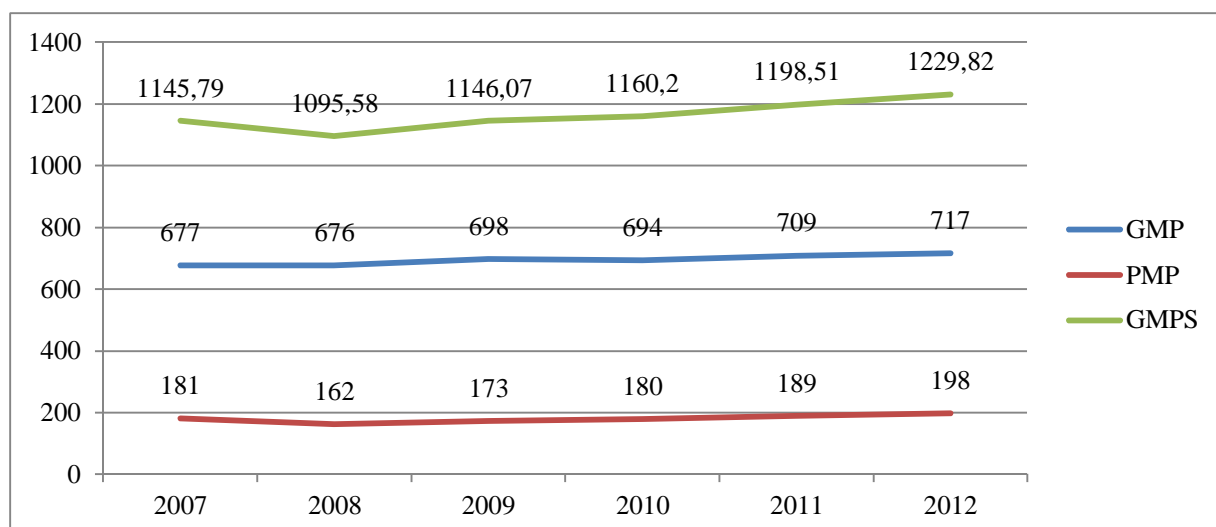
Une comparaison du GMP et du PMP de l'établissement avec des moyennes nationales permet de situer l'établissement et de disposer d'un premier indicateur concernant la fiabilité de l'évaluation. Une étude nationale réalisée par la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie (CNSA)⁶⁰ publiée en octobre 2013⁶¹ montre entre 2007 et 2012 un renforcement de la dépendance de 6.0 % et un alourdissement de la charge en soins de 22.2 %. Toutefois, il est nécessaire de préciser que les données de cette étude sont issues des valeurs déclarées dans les budgets des établissements pour 6 788 EHPAD représentant 564 045 places.

Voir graphique ci-après.

⁵⁹ Voir pages 34,37, 38 et 42.

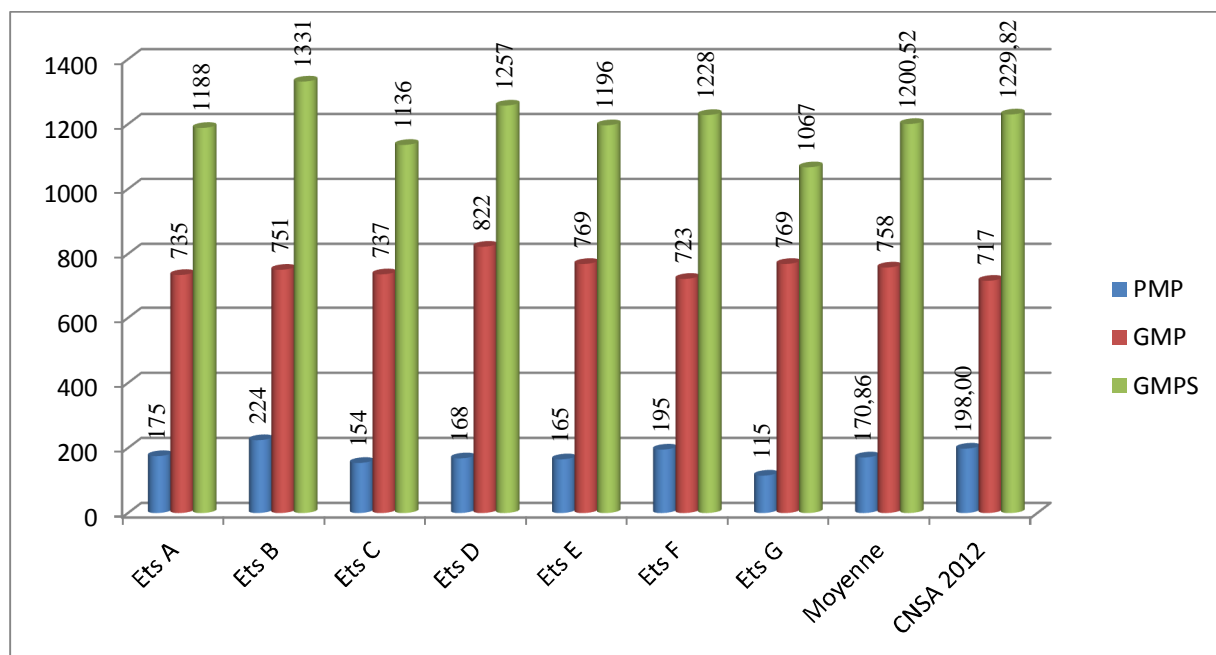
⁶⁰ CNSA : La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions. Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1er janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ; de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps ; d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes
La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.

⁶¹ CNSA « Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation & le bilan des coupes Pathos » p 17



Le GMP jusqu'en 2012 faisait l'objet d'une validation annuelle. Depuis 2012, le GMP sera contrôlé et validé tous les 3 ans. Le PMP fait l'objet d'une validation au minimum à chaque renouvellement de convention tripartite. Le PMP moyen issu des budgets 2012 est donc issu de validation de 2 008 à 2 012. Selon toute vraisemblance, le PMP moyen issu des seules validations effectuées en 2012 doit être supérieur à 198. L'ensemble de ses données recoupe les constats de « l'observatoire KPMG ». Le couple GMP/PMP des établissements du panel présente des disparités, le panel est composé des 7 établissements.

- Couple GMP-PMP



Les PMP des établissements C et G, les plus éloignées des constats de la CNSA, ont été validés en 2009.

I – 2 Les ratios d’encadrements par profession nécessaire à l’accompagnement.

Les ratios d’encadrement devraient dépendre directement des évaluations gériatriques. La validation du GMP n’étant plus annuelle, les dotations des tutelles ne pourront plus évoluer progressivement et les ratios d’encadrement resteront stables entre deux validations. Or la CNSA établit le constat d’une montée régulière des besoins. Les ratios d’encadrement sont la valorisation du nombre d’ETP pour chaque catégorie de professionnel nécessaire par résident. Un fort contraste existe entre les EHPAD selon que les dépenses de médecine de ville des résidents (médecins traitants et pharmacie) sont gérées ou non par l’EHPAD. Prise en charge des dépenses de médecine de ville = Tarif global – une minorité d’EHPAD ; non-prise en charge des dépenses de médecine de ville = Tarif partiel – la grande majorité des EHPAD. L’ensemble du panel est en tarif partiel.

Comparaison des données : CNSA/établissements enquêtés

NOMBRE D’ETP POUR 1 PLACE EN EHPAD

Item	CNSA	établissements enquêtés Panel		
		MOYENNE	Maximum	Minimum
Aide-soignante ⁶²	0.2320	0.2250	0.2933 (D)	0.1900 (B)
IDE	0.0600	0.0545	0.0631 (G)	0.0472 (A)
Médecin Co.	0.0060	0.0058	0.0077 (B)	0.0047 (A)
Para médical	0.0060	0.0087	0.017 (C)	0.000 (G)
Sous-total SOINS	0.3040	0.2940	0.3650 (D)	0.264 (G)
ASH	N. C.	0.2073	0.3037 (B)	0.1329 (G)
psychologue	N. C.	0.0060	0.0096 (D)	0.0037 (F)
total accompagnement soins + dépendance		0.5073	0.5986(D)	0.4015 (G)

Entre parenthèses= établissement concerné par l’indicateur, il est à rapprocher du graphique ci-dessus « couple GMP/PMP »

⁶² Les postes d’aides-soignantes sont financés à 70 % par le Soins (ARS) et 30 % par la dépendance (Conseil Général) les effectifs inscrits sur cette ligne correspondent aux 100 % AS/

Effectifs soignants

Nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : la moyenne des dotations d'effectifs recueillie par la CNSA sur 6 488 EHPAD (plus de 564 000 places) correspond à une norme. Cette dotation doit permettre d'assurer la bientraitance. Pour un GMPS à 1 230 points, l'effectif soignant devrait être de 0.304 ETP soignant par place autorisée. La répartition entre les effectifs IDE ou AS se fera au regard des détails du PMP et du GMP. Pour un même niveau de GMPS : plus il y aura de résidents déments déambulant, plus le besoin d'AS sera important ; et moins il y aura de pathologies cardiaques, respiratoires ou cancéreuses, moins il y aura besoin d'IDE. Et réciproquement. L'écart entre le panel de l'étude et les données nationales est de 0.01 ETP correspondant à l'équivalent d'un ETP soignant pour un établissement de 90 places (moyenne du panel). Un ETP équivaut 5 heures⁶³ quotidiennes de travail soignant au service des résidents.

L'établissement le plus doté en effectifs (D) pour les soins a un GMPS équivalant à la moyenne nationale CNSA, 1 229. L'établissement ayant le plus haut GMPS (B) dispose d'un effectif soignant de 0,266, cette faiblesse d'effectif est compensée en effectif (et non en qualification) par taux d'encadrement d'important en ASH, 50 % de plus que la moyenne du panel. Les deux établissements les moins dotés (C & G ; 0.264) ont les GMPS les plus faibles. L'établissement B compense le moindre effectif soignant avec un fort effectif de personnel non qualifié pour atteindre un taux d'accompagnement global de 0.542. L'établissement G cumule les dotations les plus faibles (en personnel soignant et non-soignant) et par conséquent, le plus bas taux d'accompagnement global 0.4015.

Écart entre le plus doté (D) et le moins doté (G) en effectif soignant.

Le différentiel de postes soignant représente, pour 90 places, 9 postes soit 45 heures de travail soignant quotidiennement ou 30 minutes par jour et par résident. Certes, il y a un écart de GMPS de 190 points entre les 2 établissements. Ces 190 points de GMPS génèrent un différentiel de dotation de 168 264 € (pour 90 places). Le financement de 9 postes d'aides-soignants par les ARS représente 233 000 €⁶⁴ (70 % du coût total). Ce qui démontre qu'un établissement perçoit une dotation inférieure au plafond autorisé. Ces 2 établissements sont

⁶³ 35 heures hebdomadaires divisé par 7 jours (un EHPAD a un fonctionnement 7 jours sur 7, les besoins d'accompagnements et de soins sont constants)

⁶⁴ Le coût moyen d'un poste AS (Salaire + charges sociales) est évalué à 38 000 €/an source Budget et Compte d'Emploi validé par les tutelles

sous statut privé commercial à but lucratif, dans la même région donc la même ARS, et dans des départements différents.

Effectifs non soignants

Nous ne disposons pas de statistique nationale sur les postes d'ASH et de Psychologue, ce sont les Conseils Généraux de chaque département qui fixent les effectifs. Seul l'observatoire des EHPAD réalisé par KMPG qui ne concerne que les EHPAD des secteurs public et associatif nous donne quelques précieuses indications, et nous retiendrons les données du secteur privé associatif : 0,204 pour les ASH et 0,055 pour les psychologues. Ces données correspondent à notre panel.

Écart entre le plus doté (B) et le moins doté (G) en effectif non soignant.

La stricte comparaison du nombre de postes n'a qu'une signification très partielle, en effet l'établissement plus doté en ASH (B) utilise cette ressource pour compenser le sous-effectif en soins. Mais le directeur déclare que cela crée « *une maltraitance institutionnelle par un manque évident de qualification du personnel* ». Ces salariés entretiennent les locaux collectifs et privés. Tous les établissements ne disposent pas de la même configuration architecturale. Des différences importantes existent tels les espaces collectifs,⁶⁵ les surfaces privatives⁶⁶, la présence d'unité Alzheimer. Les surfaces à entretenir peuvent varier de 1 à 1,5 d'un EHPAD à l'autre. Il paraît raisonnable d'apprécier la moyenne d'effectif nécessaire pour accompagner les résidents 0.16 et 0.22. (Les effectifs nécessaires à l'entretien du linge des résidents et du linge de toilette sont parfois exclus de la dotation par le Conseil Général.⁶⁷)

Quel est cet effectif sous lequel la maltraitance deviendrait inéluctable ?

Il ne peut pas être une donnée absolue pour tous les EHPAD. Il dépend directement de l'évaluation gériatrique GMP et PMP, de la configuration architecturale et du projet de l'établissement. Par contre, l'augmentation régulière du GMP, prouvée par l'étude de la CNSA, démontre une progression constante d'accueil de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sévères, et de ce fait d'un besoin de plus en plus important en AS.

⁶⁵ Espaces collectifs = salons, salles à manger, circulations

⁶⁶ Surfaces privatives = dimension de chambres et présence (ou non) de salle de bain individuelle

⁶⁷ L'entretien du linge est parfois sous-traité, parfois intégré à l'EHPAD. Les effectifs nécessaires sont considérés comme ASH en gestion interne ou exclus des effectifs déclarés en cas de sous-traitance. Au minimum, cela représente 0,02 ETP par place. Il en est de même pour la restauration qui est elle aussi parfois sous-traitée totalement ou partiellement (préparations de repas et/ou service en salle à manger)

Des collègues fixent un seuil à 0,2 AS par résident comme une borne à ne pas franchir. Toutes les données nationales constatent des moyennes au-dessus de 0,22. Dans notre panel, 3 établissements sont en dessous de ce seuil de 0.2 AS. Deux compensent par un sur effectif en ASH de 30 à 50 % supérieur à la moyenne du panel. Le 3^e établissement a également le plus faible taux d'ASH, et également des surfaces à entretenir moindres que les autres établissements. Les effectifs des équipes des services généraux (maintenance et animation) et de direction sont très stables, ancienneté moyenne de 9 ans, l'établissement a 10 ans, une grande partie d'entre eux sont présents depuis l'ouverture de l'établissement. Les AS et ASH ont une ancienneté moyenne de plus de 6 ans, par contre les infirmières ont une ancienneté moyenne inférieure à 1 an.

Un directeur déclare : *« je n'arrive pas à avoir une opinion tranchée... et je ne pourrai pas en fixer le seuil. L'expérience me montre que le nombre (l'effectif) n'est pas un gage de qualité (et donc de bienveillance) dans des équipes au faible turn-over. Les habitudes sont prégnantes et les changements de ce fait sont longs (et douloureux). Je suppose que lors d'une constitution d'équipe cet argument est moins vrai. La maltraitance institutionnelle citée plus haut est liée aux restrictions de financements et la quasi-impossibilité – même en phase de reconventionnement – de faire évoluer la dotation vers une plus grande professionnalisation ».*

C'est donc bien l'observation continue des besoins de chaque résident, le mouvement et l'adaptation des moyens en fonction de critères objectifs de chaque établissement, la remise en cause des organisations qui vont permettre aux équipes de s'adapter et demeurer dans une dynamique de bienveillance. Toutefois, il me semble que cela doit avoir une limite, les équipes ne peuvent s'adapter indéfiniment à l'augmentation de la dépendance et à la charge de travail, le risque de burn-out est une réalité tenace dans les métiers soignants. Le seuil de 0,2 AS par résident semble une borne réaliste sous laquelle il n'est plus possible de fonctionner durablement sans risque pour les résidents et les équipes.

Un constat s'impose, aucun des établissements n'affiche un ratio AS inférieur à 0.2 dans les effectifs réels mis en œuvre. Dans chaque établissement, le gestionnaire et la direction ont arbitré la dotation « soins » en affectant plus d'AS que les postes dotés et en contrepartie moins de temps de médecin coordonnateur, d'IDE ou d'auxiliaires médicaux. Deux réalités

justifient ce constat : une réelle posture de bienveillance et également une difficulté à recruter certaines catégories de professionnelles, les auxiliaires médicaux notamment⁶⁸.

I – 3 La rémunération des personnels, facteur de motivation ?

La part des dépenses de personnel dans les différentes sources de financement est inégale.

Pour les établissements sous statut de droit privé (associatif ou commercial), les coûts salariaux de la section soins représentent plus de 90 % de la dotation, pour la section dépendance ce sont plus de 85 % et pour la section hébergement la part des salaires de cette section se situe entre 25 et 45 % (selon le tarif d'hébergement pratiqué par le gestionnaire).

Pour les établissements sous statut public, les valeurs sont inférieures en raison d'un différentiel de charges sociales employeur et salarié important. Ce différentiel génère une réelle concurrence entre les employeurs selon leur statut. En effet, les tutelles se basent sur les coûts salariaux de la fonction publique pour déterminer les dotations qu'elles allouent. Pour un poste d'aide-soignante, ce différentiel atteint la somme de 100 € mensuellement pour une ancienneté égale dans la profession dont le salaire net est de 1 400 €. Ces 100 € correspondent à 7 % de pouvoir d'achat, ce qui est non négligeable⁶⁹.

La plupart des employeurs privés (associatif ou commerciaux) ont donc recours bien souvent à l'octroi de complément individuel afin de gommer ce différentiel.

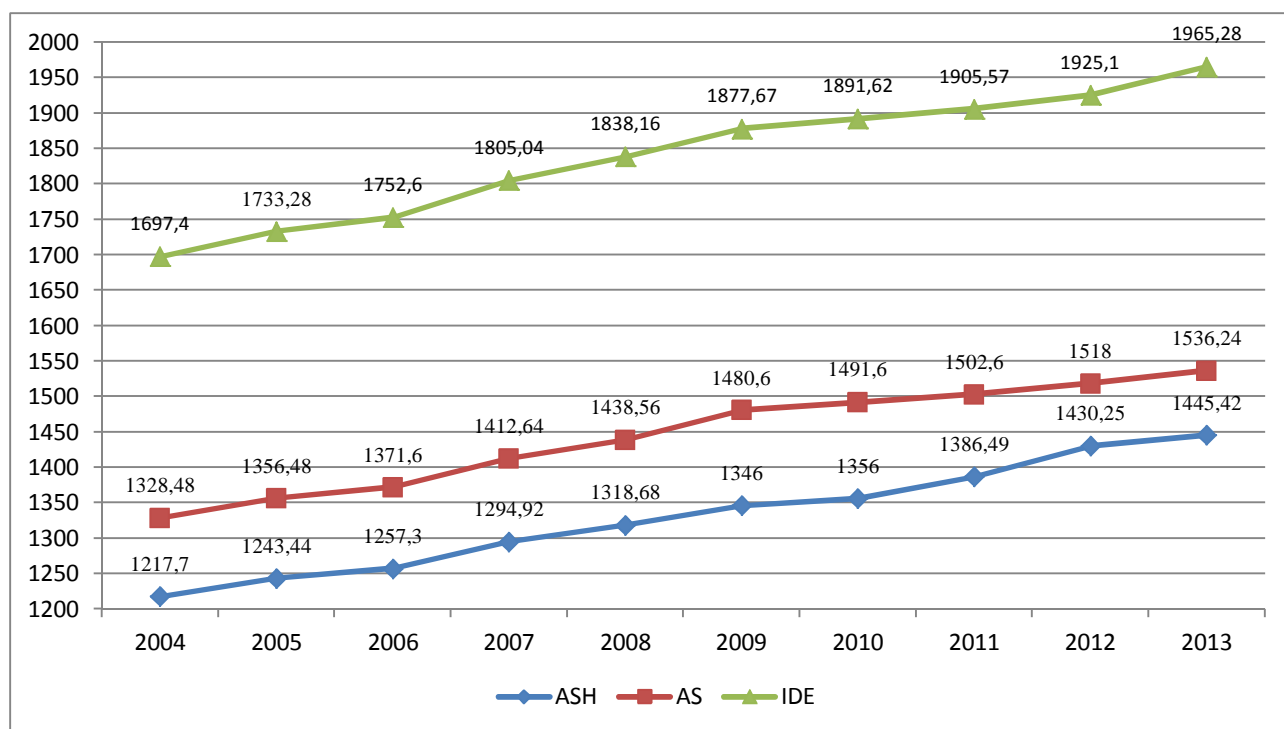
Depuis 3 ans, cet écart semble se réduire du fait des politiques publiques de blocage de la valeur du point d'indice de la fonction publique. Toutefois, les compléments individuels accordés demeurent, seuls les nouveaux salariés pourront ne pas les percevoir. La stabilité d'une équipe est l'un des facteurs, qui peut conduire à une dynamique de bienveillance.

Les effets de la crise économique ont aussi une conséquence directe sur les rémunérations. Depuis la fin des années 2010, nous constatons une dévalorisation de toutes les fonctions. Une étude des grilles de rémunération de la convention collective de l'hospitalisation privée (dite CCU) le démontre.

Évolution des salaires bruts mensuels (hors primes) du 31/12/2004 au 31/12/2013

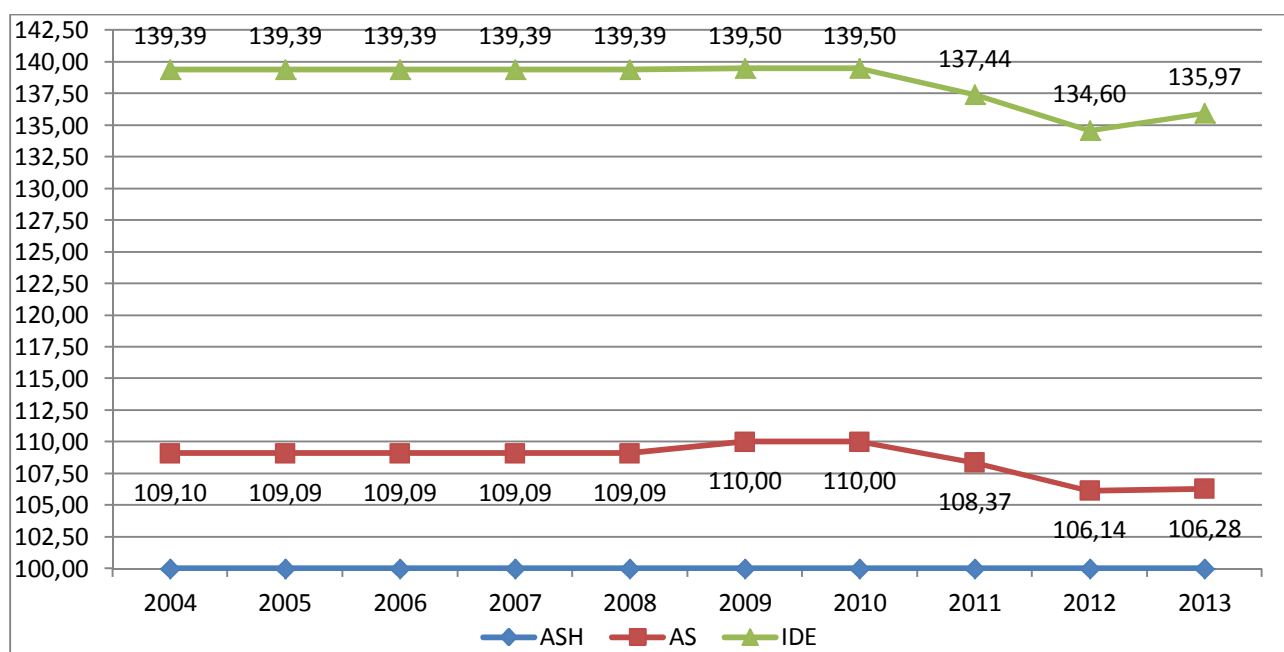
⁶⁸ Voir annexe 9

⁶⁹ DRESS, Etudes et résultat N° 879 avril 2014, les salaires dans le secteur social et médicosocial en 2011



Le salaire des ASH est égal au SMIC, comparer les salaires des autres fonctions liées à l'accompagnement au SMIC est encore plus révélateurs.

Comparaison Salaires IDE et AS par rapport au SMIC (Base 100 de chaque année)



Depuis la fin des années 2010, la rémunération des AS a été dévalorisée de 3,72 % et celle des IDE de 3,53 %.

Dans ce contexte de dévalorisation salariale des fonctions nécessaires à l'accompagnement quotidien des personnes âgées vulnérables, la motivation de ces collaborateurs devient aléatoire se limitant à une question de personnalité. Le risque d'une mécanisation des gestes de soignants, sans aucune humanité, devient une réalité, les actes de maltraitance non graves, mais souvent intentionnels deviennent plus fréquents.

1 – 4 Les absences et la politique de remplacement.

Les premières causes des absences reconnues sont le droit aux congés payés, aux congés-maternités (les professions soignantes sont occupées par une majorité de femmes), à la formation. Ces congés font normalement l'objet de remplacement sur l'ensemble de l'absence, et pour le même nombre d'heures. Les absences pour formation de longue durée obéissent généralement aux mêmes règles pour toutes les fonctions d'exécution. L'encadrement est rarement remplacé dans le cadre de formation générant des absences discontinues.

Ces premières causes d'absences sont programmables, les dates de début de fin sont connues, et parfois négociées. Les remplacements sont organisés en amont de l'absence.

Les remplacements des absences ont un coût salarial supérieur. En effet, le remplaçant a également un droit aux congés payés et il perçoit une indemnité de précarité (10 % des salaires bruts versés). Le remplacement de chaque période d'absence, quand elle est remplacée à 100 %, coûte directement 20 % de plus, sans compter l'ensemble des frais administratifs liés à la gestion d'un contrat de travail.

A ce coût économique s'ajoutent 2 autres coûts. L'un est organisationnel, il est nécessaire d'adapter la répartition des tâches de travail, le nouvel arrivant ne connaissant pas les habitudes de l'entreprise et de chaque personne vulnérables. L'autre coût est culturel, le nouveau venu arrive avec propres références et habitudes, il est donc nécessaire que ce nouveau venu accepte les normes en vigueur dans l'entreprise et parallèlement que l'entreprise accepte le regard de ce nouveau venu sur son organisation. Ce coût culturel devient important lors du remplacement des absences de courtes durées.

En effet, ce sont les absences de courtes durées qui posent de façon complexe l'accumulation de ces trois coûts. Les absences de courtes durées sont qualifiées du terme « absentéisme ». Les gestionnaires définissent l'absentéisme de la façon suivante « *dès lors qu'une personne*

inscrite à l'effectif et au planning n'est pas physiquement présente à son travail »⁷⁰. Cet absentéisme a plusieurs causes identifiables :

- **Personnelles** : liées à l'âge – l'état de santé et les antécédents médicaux – le genre – l'ancienneté dans l'entreprise et les responsabilités familiales, les revenus du ménage.
- **Psychologiques** : la satisfaction dans son travail et la valorisation des tâches à accomplir – l'engagement dans le travail – le stress et le burn-out.
- **Organisationnelles** : les horaires – l'autonomie dans le travail – la reconnaissance et les récompenses qui sont les éléments de preuves attendus – l'environnement dans le travail (les collègues, le matériel à disposition) – la rapidité des réponses de la hiérarchie – le risque ou le ressenti de harcèlement moral.
- **Médicale** : la charge de travail et les postures inadaptées.
- L'ensemble de ces causes identifiées fait de l'absentéisme un baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une institution, d'une entreprise, d'un service.

Une politique de non-remplacement des micros-absences tend à se développer. Plusieurs facteurs le motivent :

- Un facteur économique, les surcoûts liés aux remplacements sont élevés. Il existe donc une réelle tendance à ne pas remplacer les micros-absences.
- Un facteur managérial, en effet, ne pas remplacer les micros-absences peut être une arme de dissuasion en culpabilisant les personnes absentes, et en les exposant aux remarques (souvent désobligeantes) de leurs collègues.
- Un facteur de dissimulation des dysfonctionnements, moins de remplacement signifie moins d'absences dans un premier temps. Cette dissimulation peut durer notamment dans les petites entreprises sans institution représentative du personnel structuré.
- Un facteur de simplification absolue des modifications de planning.

II – Les impératifs de gestion sont-ils un frein à la bientraitance ?

II – 1 Les contraintes budgétaires imposées par les tutelles

La première des contraintes imposées par les tutelles réside dans la validation des indicateurs mesurant la dépendance (GMP) et la charge en soins (PMP) de l'EHPAD. Nous avons vu

⁷⁰ Définition de LETEUTRE in dans MANGEMENT ET AVENIR, 2 011/9 N° 49 La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale, Pp 133-149

qu'une sous-évaluation pouvait avoir des conséquences importantes. D'autre part, le niveau de dépendance et le PMP progressent régulièrement dans chaque EHPAD (étude CNSA).

Les tutelles n'arrivent plus à contrôler et valider ces indicateurs régulièrement. De ce fait, aucune adoption des effectifs et des dépenses liées à la dépendance et au soin ne peuvent être actualisées. Par exemple, l'ARS Champagne-Ardenne pour le département de la Marne réalise en 2014 l'actualisation des PMP validés en 2008. Le conseil Général de la Marne quant à lui reste sur les GMP validés en 2011.

Ces indicateurs étant figés pour plusieurs années d'une part et d'autre part l'actualisation des dépenses se basant sur un coefficient inférieur à l'inflation, cela amène chaque établissement à arbitrer les dépenses. Des charges liées à la dépendance ou aux soins doivent être financées par le budget de la section hébergement, dont la recette provient des résidents ou de leur famille.

D'autre part, les modalités de calcul des coûts du poste de travail par les tutelles ne précisent pas le remplacement de congés payés. Les sommes attribuées par poste peuvent être considérées pour 47 semaines auprès des résidents. Les 5 semaines de congés payés sont à financer par d'autres sources. Par exemple pour 14 postes financés, ce sont 490 heures hebdomadaires. Si les remplacements de congés payés sont financés dans la valeur du poste de travail, cela nous permet d'affecter chaque jour 70 heures de travail⁷¹. Si les remplacements ne sont pas financés ce ne sont que 63 heures par jour⁷² dont nous avons les financements et donc disponibles. D'autre part, ce financement se base sur les coûts salariaux issus de la fonction publique or, les cotisations sociales du secteur privé sont plus élevées, et la valeur de référence est le milieu de la grille de la fonction publique donc une ancienneté moyenne.

Une contradiction notable peut être constatée lors des contrôles des tutelles sur le thème de la bienveillance, elles attendent de lire sur les plannings d'organisation du travail 14 roulements si la dotation est de 14 postes, quelle que soit la valorisation du coût de ces postes.

Les établissements, rencontrés dans cette étude, annoncent leur effectif de personnel hors remplacement de congés payés, pour 14 postes, le planning comporte 14 roulements de 35 heures hebdomadaires sur 52 semaines, soit 15,4 ETP rémunérés.

⁷¹ 35 heures x 14 postes/7 jours

⁷² 35 heures x 14 postes x (52-5) semaines/365 jours

Les arbitrages budgétaires se font bien souvent par la mise en œuvre de deux leviers :

- La vigilance lors des recrutements par l'embauche de collaborateurs dont un coût salarial est faible. Cela conduit le gestionnaire à choisir un candidat nouvellement diplômé parfois sans diplôme et/ou bénéficiant d'une subvention compte tenu de sa précarité sociale.
- Le non-remplacement des micros-absences chaque fois que cela est possible. En effet, cela est envisageable, dès lors que l'établissement n'est pas à son maximum de taux de remplissage et qu'un certain nombre de résidents ont été transférés à l'hôpital pour des complications de santé. Toutefois, bien souvent, ces micros-absences sont l'expression de dysfonctionnements institutionnels et le non-remplacement crée une surcharge de travail pour les collaborateurs présents, amplifiant ces mêmes dysfonctionnements.

A ces contraintes budgétaires et financières s'ajoute une complexité administrative budgétaire importante. Chaque tutelle a ses propres tableaux de présentation nécessitant de traiter les mêmes données plusieurs fois. Chaque année, il est désormais nécessaire de mener des discussions budgétaires par la mise en œuvre de procédures contradictoires avec chaque tutelle, tant pour les budgets prévisionnels que pour les comptes administratifs. Il est fréquent que celles concernant les budgets prévisionnels se clôturent entre les mois de mai et juillet pour l'année en cours. Le constat des besoins lui a été établi en octobre de l'année précédente. L'arrêté de décision est donc souvent transmis en milieu d'année. Bien souvent, en période de crise, l'autorité administrative n'accorde pas (ou peu) de moyens nouveaux. Ces moyens supplémentaires accordés, quand ils existent, ne peuvent être mis en œuvre qu'en septembre compte tenu des délais de procédures contradictoires et de la période estivale. Ce sont bien les conditions de la bientraitance que l'établissement n'a pas pu mettre en œuvre dès le début de l'année. Et les équipes de travail, dont nous avons vu la dévalorisation progressive de leur fonction, assument la surcharge de travail constatée et finalement reconnue (dans le cas de moyen nouveau).

De plus, les tutelles demandent régulièrement de répondre à une multitude d'enquêtes ou de transmettre les éléments de preuve que telles ou telles directives ont été formalisées dans l'EHPAD. Cette complexité administrative détourne les fonctions managériales de l'établissement de ses missions premières : mettre en œuvre une dynamique bientraitance pour chaque résident. Il semble parfois que l'existence d'éléments de preuve soit une exigence supérieure à la qualité intrinsèque de l'action ou à la réalité effective de l'action.

Les contraintes imposées par les tutelles génèrent une limite dans la dynamique de la bientraitance.

II – 2 Les contraintes financières imposées par l'organisme gestionnaire.

Les réponses des professionnels sont très clairement différentes selon le statut du gestionnaire, associatif, public territorial, ou privé commercial.

Les établissements associatifs font le constat que le Conseil d'administration ne pose pas d'impératifs de gestion qui limiteraient la dynamique de bientraitance. Les directeurs affirment « être le moteur de cette thématique. La bientraitance est une préoccupation constante même si elle est contrariée par le quotidien. La difficulté est donc de libérer du temps pour mobiliser les troupes ». Par contre, il est à noter pour ces établissements associatifs qu'un choix volontariste de maintien de qualité existe. Ces établissements ont un effectif réel d'AS, ASH et IDE largement supérieur, à la moyenne du panel et à leurs dotations octroyées par l'ARS et le Conseil général⁷³ (globalement pour un établissement de 80 places, plus de 3 ETP, 15 heures par jour au service des personnes âgées ou environ 11 minutes de temps soignants par résident).

L'établissement public pose un constat tout autre, une recherche du prix de séjour devant être le plus bas possible, sans compensation de la collectivité décisionnelle pour obtenir un équilibre de gestion. C'est donc sur l'établissement lui-même que les équilibres doivent se trouver. Le directeur nous déclare : « *Le prix de journée le plus bas possible, qui ne suit pas l'évolution des coûts (salariaux), limite de plus en plus les possibilités de bientraitance. Un raisonnement, une logique basée, sur le coût financier en premier lieu, comme paradigme, place la qualité du service pour le résident comme une contrainte* ».

D'autre part contrairement aux constats sur le secteur associatif, l'établissement emploie exactement le nombre de postes décidés par les tutelles. Aucun moyen supplémentaire n'est décidé par la collectivité territoriale décisionnelle bien que l'établissement dispose d'un taux d'encadrement de 0,42.⁷⁴ La moyenne du panel est de 0,51 soit une différence de 7 ETP pour 80 places ou 35 heures par jours ou environ 26 minutes de temps-soignants-quotidien par résident de moins que la moyenne des établissements.

⁷³ Voir tableau annexe 9

⁷⁴ Voir annexe 9 données statistiques des établissements enquêtés.

Dans le secteur privé commercial, 3 des 4 établissements affirment que les contraintes imposées par le gestionnaire limitent la bientraitance. Le seul établissement ne ressentant pas des contraintes de l'organisme gestionnaire affirme : *« nous avons une dotation (par les tutelles) correcte en AS et des rémunérations très conséquentes qui nous permettent la stabilité des équipes »*. L'organisme gestionnaire n'a donc aucun rôle dans cette dynamique de bientraitance, seules les tutelles apportent les moyens, il est tout de même important de noter que l'organisme gestionnaire ne cherche pas à dégager des profits sur ces dotations.

Les 3 autres établissements déclarent vivre réellement un souci grandissant : *« la rationalisation du bien-être du résident à un chiffre d'affaires et à un excédent brut d'exploitation »*. Ils déplorent une gestion centrée en priorité sur la rentabilité laissant la qualité de l'accompagnement au niveau d'une contrainte. L'un d'eux déclare : *« Chaque mois, chaque poste de dépenses doit être inférieur ou égal au budget prévisionnel, toutes économies sur un poste représentent un acquis pour les actionnaires, ces économies ne sont pas transférables sur un autre poste de dépenses. Et chaque poste de dépenses supérieures à la prévision doit faire l'objet d'un plan d'action pour revenir à l'équilibre »*.

Dans ce secteur économique des établissements privés commerciaux, les budgets prévisionnels internes sont établis sur la base du minimum de dépenses, indépendamment des demandes adressées aux tutelles sur une hypothèse de reconduction à minima des dotations du Conseil Général et de l'ARS. Par contre, lors de l'arrêté de tarification notamment du Conseil Général, si l'établissement a obtenu des ressources supplémentaires et donc des engagements de dépenses supplémentaires, les groupes gestionnaires (représentant les actionnaires et investisseurs) ne valident pas pour autant l'augmentation de dépenses. En effet, ces dépenses étant prises en charge à hauteur de 30 % par le Conseil Général, l'organisme gestionnaire doit accepter de diminuer son profit (prévisionnel) pour financer les 70 % restant : bien souvent, les sommes en jeu sont quelques milliers d'euros comparés à un résultat en centaines de milliers d'euros

D'autre part, des directives des sièges sociaux concernant la masse salariale sont très claires :

- le remplacement de toutes les absences (maladies, congés payés et maternité) doit être partiel, quels que soient le taux d'occupation et l'évolution de la dépendance (à croire, que l'objectif ultime est la diminution de la masse salariale et le levier de cet objectif est l'absentéisme).

- Le remplacement des collaborateurs en formation doit être également partiel. Le paradoxe étant de réunir en formation les salariés pour réfléchir sur la bientraitance et l'accompagnement des résidents désorientés et parallèlement organiser un service minimum pour prendre en charge les résidents pendant l'absence due à cette formation.

Un autre directeur déclare : « *En 2013, le budget validé par le siège social comportait une ou plusieurs lignes de la masse salariale avec un volume d'ETP négatif à réaliser sur les non-remplacements d'absence. Ces postes affichés en valeurs négatives ont pour seul but d'augmenter le résultat d'exploitation. Ce résultat fait partie des objectifs individuels⁷⁵ pour l'encadrement.* » En clair pour obtenir cette réduction de la masse salariale l'encadrement devait appliquer systématiquement sur toute la durée de l'absence les procédures⁷⁶ de maintien de la qualité prévues en cas de micro-absence inopinée.

Les sièges sociaux de ces établissements fixent des batteries d'indicateur d'ordre financier, les comptes-rendus d'activités sont insérés dans le chapitre « finance » des outils de reporting.

Les indicateurs les plus importants sont bien :

- le taux d'occupation,
- la solvabilité des nouveaux clients,
- la régularité des règlements des clients, la masse salariale,
- et bien entendu l'excédent brut d'exploitation.

Aucun indicateur ne concerne la qualité, la satisfaction des clients et de leur entourage, la motivation du personnel. Les indicateurs financiers sont déconnectés de la qualité due aux clients et ils limitent l'autonomie des professionnels qui deviennent les exécutants de tâches de contrôle des dépenses. La formalisation de l'accompagnement des personnes âgées devient progressivement l'exécution d'une obligation légale pour maintenir et conserver l'autorisation de fonctionner en tant qu'établissement Médicosocial, source de profit pour les actionnaires et investisseurs.

⁷⁵ Objectifs soumis à primes individuelles

⁷⁶ Ces procédures avaient été établies dans un travail pluridisciplinaire. Cette réflexion en équipe avait conduit à une prise de conscience des risques d'une part et d'autre part elle a limité les micros absences.

Pour les établissements sous statut privé commercial ou sous statut public, les contraintes de gestions imposées par les organismes gestionnaires visent essentiellement des intérêts individuels⁷⁷. Ces contraintes limitent les dynamiques de bientraitance.

III – Maintenir la bientraitance en EHPAD

« Les acteurs de la bientraitance sont les professionnels, l'établissement, l'institution ainsi que le patient et son entourage. La bientraitance est donc multifactorielle et nécessite une vision globale de la prise en charge au-delà de l'acte technique et de la posture professionnelle. Centrée sur le patient, la bientraitance est le miroir de l'équilibre entre qualité souhaitée et attendue et qualité délivrée et ressentie »⁷⁸.

Cette qualité délivrée et ressentie doit répondre aux besoins de la personne âgée. De quels besoins parlons-nous ? Revisitons la pyramide de Maslow⁷⁹ au regard de tous nos constats et analyses.

De toute évidence, l'EHPAD répond aux besoins physiologiques (manger, dormir, être soigné), premier étage de la pyramide.

Pour les besoins de sécurité (stabilité de l'environnement, sans crise), nous avons vu que l'institution est porteuse naturellement de violence⁸⁰ par le poids de ces héritages notamment, que la dépendance est ressentie comme une violence par la personne âgée. Il est donc difficile de répondre que l'EHPAD puisse satisfaire ce besoin de sécurité dans la continuité.

Pour les besoins d'appartenance (continuité des liens familiaux et amicaux), nous savons que l'entrée en EHPAD est une rupture pour la personne âgée⁸¹. Cette rupture conduit à un isolement, à une perte de repères, à la perte du logement. Il peut exister un sentiment d'abandon. L'EHPAD va laisser une liberté totale pour les visites et maintenir cette continuité, mais la visite des proches va-t-elle être plus forte que le sentiment d'abandon ?

Pour les besoins d'estime (conserver avec dignité le maximum d'autonomie possible), nous avons fait le constat que nos soignants accomplissent leurs actes en respectant la dignité de la

⁷⁷ La notoriété des décideurs politiques (et leurs réélections) pour les établissements publics et pour les établissements privés commerciaux la rémunération des actionnaires et investisseurs.

⁷⁸ Haute Autorité de Santé, déploiement de la bientraitance mai 2012 p 13

⁷⁹ Abraham Harold Maslow -1^{er} avril 1908 - 8 juin 1970- psychologue américain, père de l'approche humaniste, théorie de la motivation par la hiérarchie des besoins.

⁸⁰ Voir page 16

⁸¹ Voir page 18

personne et en sollicitant les capacités de chacun, en sortant de formation⁸². L'habitude, les personnels non formés (ASH entre autres), la lourdeur, l'ingratitude et la répétitivité du travail font que cette sollicitude des capacités doit un combat de tous les jours pour l'encadrement. L'EHPAD va devoir lutter tous les jours pour répondre à ce besoin d'estime, et cela est sûrement le combat principal à mener.

Pour les besoins d'accomplissement (mettre en valeur son potentiel, sa singularité), les soignants ne sont pas formés à mettre en valeur le potentiel du résident, nous avons vu qu'ils savaient solliciter les capacités physiques ou cognitives nécessaires à l'accompagnement des actes de la vie quotidienne (se laver, se nourrir, se déplacer). Mais ce qui nous rend singuliers vis-à-vis de l'autre, ce qui nous rend dignes, cette expression du potentiel de chacun d'entre nous, réside dans l'accomplissement des centres d'intérêt, l'expression de notre vécu. La formation des soignants ne prépare pas à cette mission. Les effectifs alloués ne prennent en comptes que le « cure ». La fonction de psychologue est à temps partiel, la fonction animation est dotée⁸³, aux mieux, d'un poste à temps complet pour couvrir tous les temps non contraints par les soins pour l'ensemble des résidents. Cette fonction d'animation n'est financée par la collectivité (Conseil Général) lorsque la totalité de l'établissement est habilitée pour accueillir des personnes âgées ayant des revenus modestes⁸⁴. L'EHPAD ne répond pas à ce besoin d'accomplissement et malheureusement les tutelles ne lui en donnent pas les moyens.

L'EHPAD, établissement de soins, répond aux besoins individuels dans la continuité, il a même l'injonction de le faire. L'EHPAD, lieu de vie, n'arrive pas à répondre aux besoins individuels de façon satisfaisante et continue. L'EHPAD a des difficultés à répondre à l'ensemble des besoins d'une personne âgée vulnérable.

Nous venons d'en exposer plusieurs causes :

- La diversité des acteurs et la nécessaire acculturation des différents héritages
- La formation initiale prépare bien les soignants à apporter une réponse aux besoins de chaque résident, avec technicité et habileté, à l'écoute des capacités du résident au moment de l'acte technique. Le soignant sortant de formation sera bien traitant dans la

⁸² Voir page 56

⁸³ La fonction d'animation est financé par le budget hébergement donc sur le prix de journée versé par le résident.

⁸⁴ Les places sont donc toutes réservées en priorités aux personnes percevant l' « aide sociale ». Le prix fixé de séjours –hébergement- est fixé par le Conseil Général (55 € environ actuellement), si les revenus du résident plus l'aide alimentaire légale de sa famille (sollicité obligatoirement dans ce cas) ne suffisent pas pour régler les frais de séjour, au titre de la Solidarité Départementale le Conseil Général règle le solde des frais de séjour.

mise en œuvre mécanique de sa technique. La formation continue quant à elle va permettre à tous une véritable prise de conscience immédiate, sans pour autant générer des changements rapides dans les postures professionnelles quotidiennes. Le poids des habitudes et des héritages sont prégnants dans le collectif au travail.

- Le travail pluridisciplinaire va imposer de partager le secret professionnel, par contre certains collaborateurs auront la sensation de trahir la personne âgée. Chacun devrait s'enrichir de la connaissance de l'autre, et agir en conséquence afin que les Projets d'Accompagnement Personnalisé soient partagés par tous,
- L'organisation va développer des habitudes de fonctionnement, des automatismes, la réponse programmée à un besoin d'un résident à un moment fixé. Il apparaît de façon notoire que l'organisation ne peut pas être « gravée dans le marbre » et que chacun à sa place doit pouvoir être une force de proposition pour la faire évoluer
- Les contraintes de gestion qui, en période de crise économique, sont de plus en plus prégnantes dans le management des établissements.

L'EHPAD reste la moins mauvaise des solutions pour clôturer sa vie quand la grande dépendance physique ou psychique a envahi le corps ou le cerveau. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la bientraitance et sa pérennité sont indispensables.

Cette bientraitance concerne les 8 600 gestes quotidiens accomplis par, plus ou moins, 22 collaborateurs œuvrant chaque jour. Les risques d'erreurs et d'omission de ces milliers de gestes sont multifactoriels et en perpétuel mouvement. Quotidiennement, chaque collaborateur autocorrige ses propres erreurs ou omissions et parfois celles de ses collègues. Toutefois, il y aura toujours quelques erreurs qui ne seront pas corrigées immédiatement. Inventorier ces erreurs, les contrôler et évaluer périodiquement tous ces gestes et toutes ces pratiques professionnelles en tant que telles, n'auraient que peu de sens. Quelle périodicité décidée pour ces contrôles, quotidienne, mensuelle, annuelle à chaque campagne budgétaire, tous les 5 ans à chaque renouvellement de Convention tripartie ? Que se passe-t-il entre 2 contrôles ? Cela ne revient-il pas à produire des éléments de preuves « pour se donner bonne conscience », pour reprendre les propos d'un collègue interviewé ?

La bientraitance doit être dans tous les actes de la vie quotidienne, son évaluation ne doit pas être considérée comme un acte supplémentaire, comme un chapitre d'une évaluation interne. C'est dans l'évaluation de l'acte lui-même que le concept de bientraitance doit être intégré, mis en perspective.

Les Evaluations internes réglementaires⁸⁵ ont un chapitre consacré à la bientraitance. L'absence de ce chapitre serait tant pour les tutelles que pour les évaluateurs externes un manquement grave. Oui, ne pas traiter de la bientraitance dans une évaluation est grave, mais est-ce réellement une technique au même titre que l'accueil, le bien-être (les soins), le bien-vivre (l'hôtellerie, la restauration et la sécurité) ?

La bientraitance est à intégrer dans toutes les étapes de cette évaluation des pratiques professionnelles. Pour chaque référence de l'évaluation interne, il est nécessaire de s'interroger sur le risque de maltraitance potentiel et sur le seuil d'alerte dans l'établissement.

Dans les points forts identifiés, il est nécessaire de décrire les pratiques qui conduisent à la bientraitance. Ces constats ne seront vrais qu'au moment où ils sont établis. La bientraitance s'inscrivant dans le mouvement de la vie de tous les acteurs de l'EHPAD, elle ne peut en soi avoir de valeur de référence fixe. Seules les vigilances des seuils d'alertes pour chaque référence évaluée permettront de maintenir une bientraitance. Cette vigilance, référence par référence de l'Evaluation interne, concerne plus particulièrement l'équipe d'encadrement au travers d'un Plan d'Action Qualité. Issue des évaluations réglementaires, cette vigilance n'est pas suffisante pour maintenir une dynamique de bientraitance au quotidien pour chaque résident.

Imaginer un modèle mathématique qui déterminera un seuil de sortie de la dynamique de bientraitance pour l'établissement peut sembler être une construction intéressante. Bien sûr, il faudra écrire un protocole pour intervenir quand l'établissement sera en dessous de ce seuil fatidique. Ce seuil théorique pour l'établissement reviendrait à considérer la bientraitance comme une simple équation, certes extrêmement complexe. Cette équation sera sûrement un rayon de soleil qui fera fondre le sentiment de dignité. Nous parlons d'humains au service d'êtres humains, la vie dans la dignité ne peut se résumer à une équation.

Imaginer la construction de logigrammes types afin d'analyser chaque situation, qui mettrait la bientraitance en échec, serait sûrement contre-productif. En effet, chaque établissement est différent par son architecture, par sa population accueillie (GMP et PMP), par son équipe (ancienneté et qualification effective). Il sera donc nécessaire de :

⁸⁵ Théoriquement tous les 5 ans

- Recenser toutes les situations potentiellement critiques ou indésirables
 - * pour chaque résident (dont les potentialités sont en perpétuel mouvement)
 - * pour l'établissement, ses équipes et son cadre bâti.
- Rédiger, pour chacune de ces situations, plusieurs logigrammes d'analyses selon chaque hypothèse de départ (évolution de l'état de santé, gestion du personnel, évènement dans l'entourage du résident, etc.).
- Rédiger les protocoles des sorties.

Aucun logigramme ne pourra répondre totalement et de façon pertinente. Cela reviendrait à bâtir des protocoles de bientraitance. Les conditions de réalisation de la bientraitance sont différentes pour chaque résident, en prenant des formes différentes chaque jour. Nous avons vu qu'un protocole ne pouvait concerner qu'une pratique courante et répétitive et en aucun cas liée à un résident donné

C'est donc à l'aide des Projets d'Accompagnement Personnalisé de chacun des résidents dans une réflexion pluridisciplinaire évidemment et aussi avec le résident et ses proches que nous allons promouvoir la bientraitance. A l'instar de l'Evaluation des pratiques professionnelles, chaque PAP devrait identifier :

- d'une part les risques de la maltraitance pour la personne âgée vulnérable et
- les seuils d'alertes nécessaires ;
- d'autre part les attentes et les potentialités de la personne afin d'identifier les leviers de la bientraitance en tant que tels.

Pour chaque doute sur la qualité de l'accompagnement, en fonction de l'établissement, une série de questions devraient être systématiquement posées, du type QQQQCP⁸⁶. Et au regard du plan d'action qualité et du PAP, l'équipe pluridisciplinaire pourra déterminer les actions correctives et l'actualisation de ce PAP. Ces actions et ces vigilances sont à instaurer sur l'établissement et avec les équipes de terrains.

Nous avons établi le constat que les Autorités de Tutelles et les organismes gestionnaires ont, par leurs décisions, une implication directe dans la dynamique et les moyens pour parvenir à la bientraitance et limiter les risques de maltraitements. Les organismes gestionnaires, donneurs d'ordres, ne sont soumis à aucune évaluation interne et à aucune évaluation externe et par conséquent à aucune autorisation et aucun contrôle. Il paraît impossible que ces organismes

⁸⁶ QQQQCP = Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Et pourquoi ?

soient soumis à une autorisation de fonctionnement, en cas de suppression de celle-ci ; que deviendraient les dizaines ou centaines d'établissements qui dépendent de cet organisme ? Par contre, qu'ils soient soumis à une évaluation interne et externe serait un acte responsable.

Conclusion

En conclusion de notre mémoire de recherche, nous pouvons dire que la notion de bientraitance, introduite depuis 10 ans dans le quotidien des professionnels du secteur médicosocial, comporte des significations et des applications très variées. La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médicosociale et l'ensemble des recommandations de l'ANESM, ont contribué à sensibiliser tous les professionnels à la bientraitance des personnes vulnérables.

Notre expérience de terrain et notre travail exploratoire nous ont permis de construire notre question de départ. Nos lectures nous ont conforté de l'intérêt qu'il y a de traiter ce sujet.

Nous avons donc tenté de répondre à la question : « Comment pouvons-nous promouvoir un suivi organisationnel de la Bientraitance ? »

Cette recherche nous a incités à définir ce que représente la notion de bientraitance pour l'ensemble des acteurs du secteur, professionnels, personne vulnérable et leurs proches, organismes de tutelles, organismes gestionnaires. Au cours de nos travaux, s'intéresser aux normes et valeurs qui fondent l'action des acteurs est devenu une recherche incontournable pour comprendre comment la bientraitance peut être maintenue.

Nous avons cherché à identifier les différentes dimensions de la bientraitance dans les apprentissages professionnels. Nous avons tenté de démontrer les paradoxes entre la compréhension de la nécessité de la bientraitance à l'issue de la formation et de la difficulté de la mettre en œuvre dans la relation avec la personne vulnérable.

Nous avons aussi voulu démontrer que la bientraitance ne pouvait pas être ni un dogme que l'on impose à des professionnels ni une technique procédurale applicable mécaniquement.

Nous avons étudié un panel représentatif, les données issues de celui-ci sont conformes aux moyennes nationales. Toutefois, nous avons bien conscience que les constats et les analyses de 7 directeurs d'EHPAD sur ce vaste thème de la promotion d'un suivi organisationnel de la bientraitance ne peuvent être que des indicateurs d'une tendance et en aucun cas le reflet de toute une profession.

La bientraitance est un processus de remise en question perpétuel. « Aucun principe, aucune philosophie, aucune éthique aussi riches soient-ils, ne peuvent améliorer la pratique soignante

s'ils ne servent pas l'autonomie de celui qui les utilise, s'ils ne font pas l'objet d'un doute, doute radical s'opposant à toute recommandation et tout protocole »⁸⁷.

En conséquence, mal poser la question de la bientraitance aboutit d'une part à l'incapacité de la ressentir, et cela annule toutes les capacités de créativité des équipes de terrain pour s'adapter à chaque situation pour chaque résident.

Qui que nous soyons ; personnes âgées, familles, bénévoles, professionnels du secteur, la bientraitance se doit d'être au cœur de nos préoccupations afin de permettre à chaque personne vulnérable de vivre avec dignité. Managers d'établissements, nous sommes responsables de l'utilisation des crédits alloués, du management des équipes, de l'atteinte d'objectifs atteignables, d'une communication utile en interne comme en externe et d'une formation perpétuelle des équipes dite de « terrain ».

Vieillir, devenir dépendant dans la dignité reste un enjeu sociétal. En effet, l'axe 5 du contrat de filière de la Silver-économie affirme la nécessité de communiquer positivement au sujet des personnes âgées et du bien-vieillir. Cette communication doit être dirigée vers le grand public et des distributeurs. Cet axe se décline en plusieurs objectifs :

- Contribuer à donner une image positive des seniors en montrant les richesses des liens intergénérationnels
- Mettre en scène des produits de la Silver économie afin de sensibiliser les futurs clients sur les effets du grand âge
- Contribuer à positiver l'image des seniors en leur permettant de rester socialement autonomes.
- Augmenter la qualité de l'accueil des seniors dans les magasins et salles de ventes tant physique que relationnel (comprendre les besoins du grand âge).
- Permettre aux seniors d'accéder aux nouvelles technologies de la communication par des produits adaptés et design.

C'est en bien en changeant le regard de toute la population sur nos personnes du grand âge que petit à petit, tous les acteurs de la société adapteront leur attitude, leur représentation de la dépendance et modifieront progressivement leurs comportements professionnels et citoyens.

⁸⁷ PAIN Benoît [2 010], « Les incertitudes de la bientraitance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ? », Esprit, N° 2010/7 p 167

Cette filière « silver économie » se fixe des axes ambitieux ; changer le regard de la population sur le grand âge. Une des étapes de ce changement de regard devra passer une remise à plat de la formation des soignants et de tous les intervenants du secteur. Sortir de l'application mécanique de techniques, notamment du soin et de la gestion.

Passer de la culture du « cure » à la culture du « care », le chemin risque d'être long.

Bibliographie :

Ouvrages

AYMOT Jean-Jacques (dir) [2 011], Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées, Ed. Dunod, Pp 450.

BOISSIERES Françoise [2 011], De la maltraitance à la bientraitance, Ed. Lamarre, Pp252.

CASAGRANDE Alice, [2 012], Ce que la maltraitance nous enseigne difficile bientraitance, Ed Dunod, Pp 204.

POITRINE Liliane [novembre 2011], Guide de la bientraitance, Ed. Berger-Levrault, Pp 200.

DALLA PIAZZA Serge [2 007], Violence et vulnérabilité. Débusquer, comprendre, agir, Bruxelles, Ed. De Boeck Supérieur « Questions de personne », Pp 320 pages.

FIAT Eric [mars 2 010], Petit traité de dignité, Ed. Larousse essais et documents, Pp 231.

GENEST Yves, PELISSIER Jérôme (dir) [avril 2 008], L'humanité, Ed. Armand Colin, Pp 318.

LAPRIE, Bruno, Miñana Brice [2 010], Engager une politique de bientraitance, Ed. ESF, Pp 155

LOUBAT Jean-René [2 012], Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médicosociale, Ed. Dunod, Pp 409

LOUBAT Jean-René [2 006], Penser le management en action sociale et médicosociale, Paris, Ed. Dunod, Pp 392

PELLISSIER Jérôme, [2 011], Ces troubles qui nous troublent. Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels, Toulouse, Ed. ERES « L'Âge et la vie – Prendre soin des personnes âgées », Pp 392 pages.

CONSEIL GENERAL de L'Essonne, [2013], Actes du colloque national Bientraitance de la réflexion à l'action, Les cahiers de L'Essonne n° 4, Pp. 149

KMPG « observatoire des EHPAD janvier 2 013 » et « observatoire des EHPAD avril 2014 »

Articles :

SVANDRA Philippe [2 010], « Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? », *Gérontologie et société*, N° 133, p23-31

PAIN Benoît [2 010], « Les incertitudes de la bientraitance. Ou comment prendre soin de la personne âgée démente ? », *Esprit*, N° 2010/7 p 153-170

VILLEZ Alain, EHPAD la crise des modèles, *Gérontologie et société* 2 007/4 N° 123 p 169-184

LOUBAT Jean-René, Rénovation de la loi de 1 975 et relation de service, *Empan* 2 002 /1 N° 45 p 47-56

ISPENIAN Ingrid, la loi du 2 janvier 2 002 ou la reconnaissance des droits aux usagers, *Gérontologie et société* 2 005 /4 N° 115 p 49-62

MOLINIER Pascale, Apprendre des aides-soignantes, *Gérontologie et société* 2010/2 N° 133 p 133-144

MOULIAS Robert, édito. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ?, *Gérontologie et société*, 2 010 /2 n° 133, p. 10-21.

CONNANGLE Sylvain, VERCAUTEREN Richard, « Chapitre 7. Différences managériales et culture de synthèse », in *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées*, ERES, 2 007, p. 77-98.

CHAMPVERT Pascal, LEON Anne, « L'accompagnement des personnes âgées en établissement ou comment en finir avec les mouvoirs sans exclure la mort », *Études sur la mort* 2/2004 (n° 126), p. 101-107

CNSA, Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation & le bilan des coupes Pathos, octobre 2013

RANDON Sophie *et al.*, « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, 2 011/9 N° 49, p. 133-149.

DRESS, Etudes et résultat N° 879 Avril 2014, les salaires dans le secteur social et Médicosocial en 2011.

Recommandations : ANESM et HAS

- Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles Avril 2008
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre Juillet 2 008
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées Juillet 2 008
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance Décembre 2 008
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement Décembre 2008
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé Décembre 2008
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médicosocial Février 2 009
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles Juillet 2 009
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile Septembre 2 009
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement Novembre 2 009
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service Mai 2 010
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicosociaux Octobre 2010
- Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement [+] d'information Février 2 011
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne Septembre 2011
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) – La vie sociale des résidents Janvier 2 012

- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Février 2012
- Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles Mai 2012
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident Novembre 2012
- Haute Autorité de Santé, déploiement de la bientraitance, mai 2012

Textes législatifs et gouvernementaux

Ministère de l'Emploi et de la solidarité, « Projet de loi rénovant l'action sociale et médicosociale » 26 juillet 2000

<http://www.assemblee-nationale.fr/11/projets/pl2559.asp>

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

Rapport : Bilan de l'activité du Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés 2012

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/raa-ddd-2012_press02.pdf

Rapport : Bilan de l'activité du Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés 2013

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rapport_annuel_2013.pdf

ARRETE

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.


<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>

Arrêté du 30 JUILLET 2009 Relatif à la formation conduisant au diplôme d'infirmier. annexe III le référentiel de formation, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, BO sante – protection sociale – solidarités no 2009/7 du 15 aout 2009, page 275.

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Procédure de signalement de la maltraitance
Jardins de Cybèle les Clos de Saint-Martin
- Annexe 2 :** Texte introductif au référentiel Evaluation interne – Démarche Qualité
Jardins de Cybèle
- Annexe 3 :** Résultat enquête de satisfaction 2009 « les Clos de Saint-Martin »
- Annexe 4 :** Résultat enquête de satisfaction 2013 « les Clos de Saint-Martin »
- Annexe 5 :** les 120 gestes techniques quotidiens
- Annexe 6 :** grille GIR
- Annexe 7 :** documents PAP
- Annexe 8 :** focus formation AS et IDE
- Annexe 9 :** Etablissements enquêtés – données statistiques et grille d’entretien du directeur
(13 directeurs d’EHPAD contactés,
6 se sont rendu disponible pour me consacrer un peu de temps.

A 1 : Procédure de signalement de la maltraitance

	<p>PROCEDURE «SIGNALLEMENT DE LA MALTRAITANCE»</p> <p style="text-align: right;"><i>Page 1/12</i></p>
<p>Date de diffusion : 14 décembre 2009</p> <p>Version n°: 1</p>	<p>Date d'application : 14 décembre 2009</p> <p>Nombre de Pages : 12</p>
<p>Rédigé par : Fanny VIGNON Fonction : Médecin coordonnateur Date : 07/12/2009 Signature :</p>	<p>Approuvé par : Pascale ESPAILLARD Fonction : Responsable Département Qualité JDC Date : 07/12/2009 Signature :</p>
<p><u>OBJECTIFS :</u></p>	
<p>Cette procédure a pour objectif d'aider les différents intervenants au sein de la maison de retraite à savoir à quel type de maltraitance ils ont à faire, à identifier les actions à mener en conséquence.</p>	
<p>Elle est aussi un outil d'aide à la décision en terme d'information OU de signalement, pour les directeurs des résidences Jardins de Cybèle, confrontés à une situation de maltraitance, avérée ou soupçonnée.</p>	
<p><u>PERSONNELS CONCERNES</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Directeur - Médecin coordonnateur - Médecins traitants - Kinésithérapeutes - IDer et IDE - Aides Soignantes - Animatrice - Psychologue - Secrétaires - ASH - Personnel de cuisine - Lingère - Agent d'entretien - Intervenants extérieurs : bénévoles, coiffeuse, pédicure... 	
<p>1</p>	



PROCEDUREE «*SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE*»

Page : 2/12

INTRODUCTION

Maltraitance : « Tout acte ou omission commis par un proche, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté d'une personne vulnérable et compromet gravement le développement de sa personnalité ou à sa sécurité financière. » (Conseil de l'Europe, 1990)

La notion de maltraitance renvoie une diversité de situations allant de la négligence à la violence.

Elle correspond le plus souvent à une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes.

Quelques exemples de maltraitance : oublis, défaut de vigilance, non respect des habitudes, défaut de conscience professionnelle, infantilisation, défaut de soins, privation ou violation de droits, humiliation, abus de confiance, brutalité, sévices, ...

La maltraitance est donc multiforme, elle peut impliquer tous les acteurs de l'accompagnement, des partenaires de l'établissement, les résidents eux-mêmes. Elle peut être d'origine individuelle ou institutionnelle.

Chaque situation est particulière et doit être analysée en tant que telle.

C'est pourquoi quatre niveaux d'actions sont identifiables en fonction de l'intentionnalité de la gravité de la maltraitance identifiée (image 1).



Image 1

PROCEDURE «SIGNALLEMENT DE LA MALTRAITANCE»

Page 3/12

Chaque cas est associé à un ou plusieurs exemples concrets vécus en établissement dans le schéma ci-dessous (image 2).

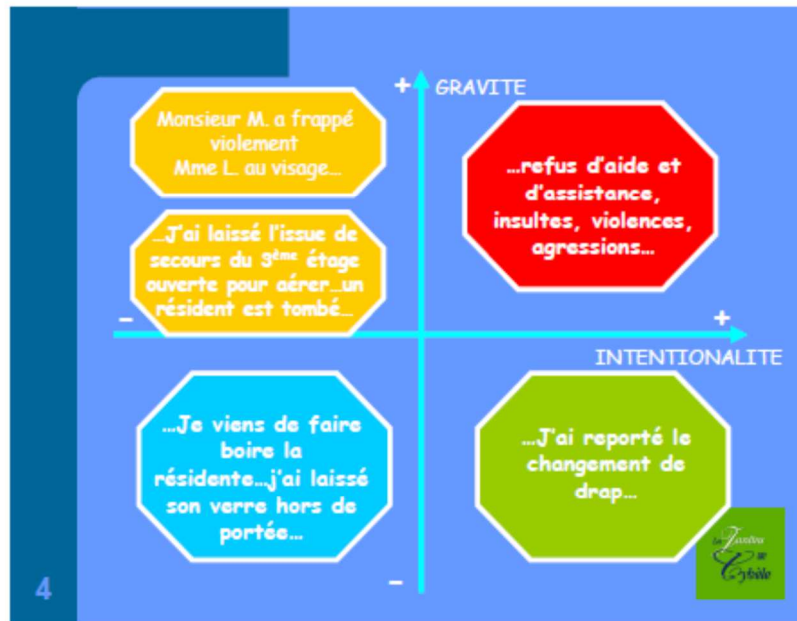


Image 2

Chaque cas enclenche un niveau d'actions différent

Pour information, il existe un numéro national unique et des professionnels à votre écoute :

3977

Ouvert du lundi au vendredi de 9H à 19H
Coût d'un appel local depuis un téléphone fixe



PROCEDURE **«SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE»**

Page 4/12

NIVEAU 1 : non intentionnel, peu ou pas grave



Cette maltraitance est le plus souvent liée :

- ☑ A une carence de rigueur
- ☑ A un défaut de vigilance,
- ☑ A un manque de formation et de méthode,
- ☑ A un défaut dans le circuit de l'information autour du résident.

Les actions curatives à mener :

- ☑ Action de réparation ou de correction immédiate après le constat.

Comment et qui prévenir ?

- ☑ Information du reste de l'équipe et en particulier l'IDEr au cours des transmissions.
- ☑ Prévenir le responsable (IDEr, gouvernante, chef de cuisine, attaché de direction)

Les actions préventives à mener par l'équipe de direction:

- ☑ Questionnement fréquent sur les pratiques professionnelles autour de l'accompagnement
- ☑ Développement d'une culture positive de l'erreur, c'est-à-dire réfléchir en équipe sur « pourquoi ? » « comment ? » et non sur « qui à fait l'erreur »
- ☑ Formation régulière des professionnels (accompagnement, méthodes).



Correction immédiate de la part de celui qui fait le constat
Vigilance de l'équipe de direction au quotidien.

PROCEDURE «SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE»

Page 5/12

NIVEAU 2 : intentionnel, peu ou pas grave

**...J'ai reporté un
changement de
drap...**

Cette maltraitance est le plus souvent liée :

- A un non respect de l'organisation proposée,
- A un défaut de conscience professionnelle,
- A un défaut de communication sur la non réalisation d'une prestation ou d'un service au regard d'une problématique précise,
- A une organisation et un fonctionnement défailants, ne permettant pas aux professionnels de mener leurs missions dans de bonnes conditions,
- A une planification de personnels d'accompagnement incohérente au regard des besoins

Les actions curatives à mener :

- Prévenir le responsable (IDEr, gouvernante, chef de cuisine, attaché de direction)
- Action de réparation ou de correction immédiate du responsable

Comment et qui prévenir ?

- Prévenir le responsable
- Traçabilité écrite du dysfonctionnement dans les transmissions et/ou sur la Fiche de Signalement des Evènements Indésirables (voir procédure d'utilisation de la fiche de signalement)

Les actions préventives à mener par l'équipe de direction:

- Remise en question de l'organisation de l'établissement,
- Remise en question de la liste de tâches au regard des missions par catégorie socioprofessionnelle (glissement de tâche, déséquilibre dans les tâches attribuées ...),
- Questionnement fréquent sur les pratiques professionnelles autour de l'accompagnement,
- Lorsque nécessaire recadrage du professionnel concerné (courrier de mise en garde, avertissement, conseil et appui technique département Ressources Humaines...),
- Aide apportée par le département qualité et Service à la demande du directeur,
- Aide apportée, décidée par la Direction Générale suite à constat après visite sur site.



**Remise en question du fonctionnement et de l'organisation
par l'équipe de direction.**



PROCEDURE «SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE»

Page6/12

NIVEAU 3 : non intentionnel, grave

Induit une **INFORMATION** auprès des autorités de tarification

...J'ai laissé l'issue de secours du 2^{ème} étage ouverte pour aérer...un résident est tombé...

...Monsieur M. a frappé violemment Madame L. au visage
...

Cette maltraitance est le plus souvent liée :

- 🟢 A un défaut de vigilance et de réflexion grave entraînant une faute professionnelle,
- 🟢 A une faiblesse de l'encadrement lors des prises de fonction (risques encourus par les résidents),
- 🟢 A la non reconnaissance des professionnels en grande difficulté face à certains accompagnements,
- 🟢 Aux troubles du comportement liés à l'état de santé de certains résidents.

Les actions curatives à mener :

- 🟢 Action de réparation ou de correction immédiate du responsable
- 🟢 Lorsque nécessaire, recadrage du professionnel concerné : avertissement, mise à pied...conseil et appui technique département Ressources Humaines...
- 🟢 Quand maltraitance entre deux résidents : analyse de la situation en équipe de direction, recherche de solution en interne, en externe lorsque nécessaire, pour protéger les résidents (possibilité de solution via le réseau...)

Comment et qui prévenir ?

- 🟢 Prévenir le responsable (IDEr, gouvernante, chef de cuisine, attaché de direction)
- 🟢 Traçabilité écrite du dysfonctionnement dans les transmissions et/ou sur la Fiche de Signalement des Evènements Indésirables (voir procédure d'utilisation de la fiche de signalement)
- 🟢 Prévenir le directeur via la Fiche de signalement des Événements Indésirables

Les actions préventives à mener :

- 🟢 Questionnement en équipe sur les pratiques professionnelles autour de l'accompagnement et sur l'importance de la vigilance professionnelle à tous les niveaux de l'accompagnement
- 🟢 Formation des équipes



PROCEDURE **«SIGNALLEMENT DE LA MALTRAITANCE»**

Page 7/12

Les actions à mener en terme de communication :

Communication via la Direction Générale

QUI EST CONTACTÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Le département Qualité et Services	Dès la connaissance des faits	Par téléphone et par mail pour la description des faits	Le directeur (ou son représentant)
Le département Ressources Humaines	Dès la connaissance des faits	Par téléphone et par mail pour la description des faits	Le directeur (ou son représentant)

En cas de non réponse du directeur ou de son représentant, toute personne ayant connaissance des faits est habilitée à prévenir directement le Département Qualité et Services : (05 56 112 129).

INFORMATION des autorités de tarification

QUI EST CONTACTÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Interlocuteur DDASS	Dès la connaissance des faits	Communication orale et par courrier (validé avec le département Qualité et Services) information des faits et sur les mesures prises*	Le directeur
Président Conseil Général	Dès la connaissance des faits	Communication orale et Copie du courrier (validé avec le département Qualité et Services) d'information sur les faits et les mesures prises*	Le directeur

**Indiquer sur chaque courrier l'envoi en copie.*



PROCEDURE
«SIGNALLEMENT DE LA MALTRAITANCE»

Page 8/12

Communication avec la Famille concernée

QUI EST CONTACTÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Conjoints Enfants Personne de confiance Représentant légal Proches	Après avoir fait le point en équipe de direction et décider des actions à mener pour pouvoir apporter des éléments concrets	Fixer un RDV	Directeur, membre de l'équipe de direction

Communication avec les professionnels

QUI EST CONCERNÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Tous les professionnels	Dès que possible	Questionnement sur les pratiques professionnelles	Equipe de direction



Transparence vis-à-vis des autorités de tarification, gage des bonnes pratiques professionnelles de l'établissement.

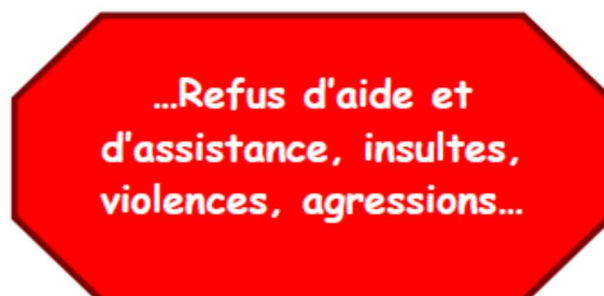


PROCEDURE «SIGNALLEMENT DE LA MALTRAITANCE»

Page9/12

NIVEAU 4 : intentionnel, grave

SIGNALLEMENT OBLIGATOIRE auprès des autorités de tarification



L'obligation de signalement s'impose à tout professionnel ayant une connaissance de mauvais traitements sur une personne dans l'incapacité de se protéger.

Le code pénal lève le respect du secret professionnel en cas de maltraitance.

Invoyer celui-ci n'exonère donc nullement les professionnels de l'obligation de signalement.

Par ailleurs, le code pénal (article 234) élargit même cette obligation à toute personne ayant connaissance de mauvais traitements : stagiaires, bénévoles, familles, intervenants extérieurs...

Cette maltraitance est le plus souvent liée :

- 🟡 A une difficulté relationnelle du professionnel vis-à-vis d'une ou de toutes les personnes âgées
- 🟡 Au manque de formation, des professionnels pour faire face à la grande dépendance ainsi qu'aux troubles du comportement associés à certaines pathologies
- 🟡 A un syndrome de toute puissance, d'irrespect, voire de perversité, de certains professionnels face à des personnes âgées vulnérables

Les actions curatives à mener :

- 🟡 Action de réparation ou de correction se conformant aux décisions concernant le résident, prises en réunion pluridisciplinaire et réunion de direction
- 🟡 Convocation du professionnel concerné : avertissement, mise à pied, licenciement..., conseil et appui technique du département Ressources Humaines
- 🟡 Le croisement des faits, des informations et des transmissions doit faire l'objet d'une analyse récurrente.

Les actions palliatives à mener :

- 🟡 Accompagnement des professionnels afin que le passage à l'acte d'un seul ne stigmatise pas toute une équipe.



PROCEDURE «SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE»

Page10/12

Comment et qui prévenir ?

- 📍Prévenir de façon urgente le directeur via la Fiche de déclaration d'Événement Indésirable
- 📍Prévenir le chef de service
- 📍Traçabilité écrite du dysfonctionnement sur le support adéquat

Les actions préventives à mener :

- 📍Téléphoner aux anciens employeurs lors d'un recrutement,
- 📍Recherche de casier judiciaire,
- 📍Réitérer fréquemment les devoirs liés à la mission de chacun : signaler est un devoir non une possibilité.
- 📍Questionnement en équipe sur les pratiques professionnelles autour de l'accompagnement et sur l'importance de la vigilance professionnelle à tous les niveaux de l'accompagnement.
- 📍Favoriser la libre expression.

Les actions à mener en terme de SIGNALEMENT :

Communication via la Direction Générale

QUI EST CONTACTÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Le département Qualité et Services	Dès la connaissance des faits	Par téléphone et par mail pour la description des faits, la validation du plan de communication ainsi que des actions à mener.	Le directeur (ou son représentant)
Le département Ressources Humaines	Dès la connaissance des faits	Par téléphone et par mail pour la description des faits et la validation des sanctions à prendre vis-à-vis du professionnel	Le directeur (ou son représentant)

En cas de non réponse du directeur ou de son représentant, toute personne ayant connaissance des faits est habilitée à prévenir directement le Département Qualité et Services (05 56 112 129).



PROCEDURE
«SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE»

Page11/12

SIGNALEMENT aux autorités de tarification et aux instances judiciaires

QUI EST CONTACTÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Interlocuteur DDASS	Dès la connaissance des faits	Communication orale et par courrier avec AR : -signalement des faits - mesures prises pour protéger la personne* (courrier validé avec le département Qualité et Services)	Le directeur
Président Conseil Général	Dès la connaissance des faits	Communication orale et Copie du courrier avec AR : -signalement des faits - mesures prises pour protéger la personne* (courrier validé avec le département Qualité et Services)	Le directeur
Procureur de la République	Dès la connaissance des faits	Envoi d'un courrier avec AR -signalement des faits - mesures prises pour protéger la personne* (courrier validé avec le département Qualité et Services)	Le directeur
Police	Dès la connaissance des faits	Déposer auprès de la police un Procès Verbal	Le directeur

*Indiquer sur le courrier l'envoi en copie DDASS/CG.



PROCEDURE **«SIGNALLEMENT DE LA MALTRAITANCE»**

Page12/12

Communication avec la Famille concernée

QUI EST CONTACTÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Conjoint Enfants Personne de confiance Représentant légal Proches	Après avoir fait le point en équipe de direction et décider des actions à mener pour pouvoir apporter des éléments concrets	Fixer un RDV	Directeur, membre de l'équipe de direction

Communication avec les professionnels

QUI EST CONCERNÉ ?	QUAND ?	COMMENT ?	QUI FAIT ?
Les Délégués du Personnel	Dès que possible	Communication sur les faits et décisions prises en particulier en terme de procédure sociale	Le directeur
Tous les professionnels	Suite au signalement	Communication générale sur les faits et décisions prises	Equipe de direction
Les professionnels en fonction des besoins	Suite à communication générale	Assistance d'une cellule psychologique, réunion d'expression	Psychologue



Signaler = défendre ses valeurs professionnelles

A 2 : Texte introductif au référentiel Evaluation interne



*Référentiel qualité
Des résidences Jardins de Cybèle*

VERSION 1 - 2009

PARTIE INTRODUCTIVE

I) Le contexte légal

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit une obligation d'évaluation* pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Pour accompagner ces démarches d'évaluation*, la loi a prévu la mise en place d'une Agence Nationale de l'évaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESM*).

Cette agence a édité en septembre 2006 un « guide de l'évaluation interne* pour les établissements sociaux et médico-sociaux » sur lequel les établissements devront s'appuyer pour construire leur démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ainsi on peut lire dans ce guide :

« L'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles crée l'obligation pour les établissements et services de procéder à l'évaluation* de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ». Les résultats de cette évaluation doivent être communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

L'obligation d'évaluation interne* s'inscrit dans un contexte particulier où le législateur :

- Consacre le droit et la participation des usagers et de leurs représentants
- Reconnaît la complexité et la diversité du secteur social et médico-social

L'évaluation* a ainsi vocation à promouvoir :

- Une meilleure lisibilité du domaine dans toutes ses composantes
- Une meilleure cohérence de l'action des établissements et services autorisés avec les missions d'intérêt général et d'utilité sociale
- Les conditions d'une relation de qualité à l'utilisateur
- L'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.

Les résultats de la première évaluation interne* et le plan d'actions qualité* qui en découle doivent être communiqués aux autorités avant le 4 janvier 2009.

* Voir glossaire : évaluation

* Voir glossaire : ANESM

* Voir glossaire : évaluation interne

II) Les fondements de la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux Jardins de Cybèle

La direction générale* des exploitations, en s'appuyant sur le recrutement d'un ingénieur qualité, a souhaité élaborer une démarche qualité pragmatique, efficace, "sur-mesure" aux Jardins de Cybèle, qui s'appuie sur les acquis, les réalisations, les plans d'actions* en cours, les points positifs et les difficultés rencontrées afin de :

- choisir les méthodes d'évaluation et de contrôle des prestations pour maintenir ou atteindre le niveau de qualité requis dans une logique de pérennisation et de rentabilité des établissements,
- garantir l'accueil, l'accompagnement, la qualité de vie des personnes âgées hébergées dans les établissements,
- déterminer les indicateurs* de qualité en cohérence avec les valeurs qui animent le groupe,
- favoriser le sentiment d'appartenance, l'échange et le travailler ensemble au sein des établissements,
- répondre aux exigences réglementaires (loi 2002-2 du 2 janvier 2002) à travers la mise en œuvre de l'évaluation interne en préparation à l'évaluation externe*.

Dans un premier temps et afin de proposer une méthodologie de travail opérationnelle et cohérente avec les besoins des établissements, l'équipe qualité et la direction générale* des exploitations se sont d'abord :

- imprégnées de l'histoire de l'entreprise, ses moteurs, ses valeurs, ses perspectives, ses objectifs
- penchées sur le fonctionnement des établissements,

Au regard de cette analyse le projet global, mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité dans les résidences jardins de Cybèle, a été construit.

* Voir glossaire : plans d'actions qualité

* Voir glossaire : direction générale

* Voir glossaire : plan d'actions

* Voir glossaire : indicateur

* Voir glossaire : évaluation externe

III) Méthodologie de construction du référentiel qualité Jardins de Cybèle

Qu'est-ce qu'un référentiel ?

L'évaluation, pierre angulaire de la démarche qualité, consiste à mesurer l'écart entre ce qui est prévu (les « bonnes pratiques ») et ce qui est réalisé. Pour mesurer cet écart, nous avons établi un référentiel qui recense l'ensemble des exigences et critères* de qualité évaluables de l'établissement. Cet outil nous permettra de mener l'évaluation interne en 2008 et de préparer l'évaluation externe à partir de 2009.

Le référentiel est le support de l'évaluation interne. Les références* qui le composent sont à considérer comme des énoncés d'exigences, de cadres dans lesquels doivent s'exercer les activités et les pratiques. Ce ne sont pas des énoncés descriptifs et détaillés de pratiques. Ces derniers trouvent place dans les procédures* de l'établissement.

Les caractéristiques principales du référentiel sont définies ainsi :

Unicité : un seul référentiel opposable.

Recherche d'exhaustivité : l'ensemble des activités et prestations est concerné par la procédure d'évaluation.

Capacité d'évolution : le référentiel n'est pas définitif. Il est conçu pour évoluer.

Un choix : construire notre référentiel

A partir de ce cadre méthodologique, des objectifs de contrôle définis par la Direction Générale, des recommandations de l'Agence Nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale, des outils d'évaluation déjà existants, tel le référentiel ANGÉLIQUE, un outil d'évaluation spécifique aux Jardins de Cybèle « le référentiel JDC » a été construit de février 2007 à novembre 2008.

Les avantages, principaux de la co-construction interne de notre référentiel sont les suivants :

- Une meilleure adaptation aux spécificités des personnes âgées que nous accueillons et à leurs attentes* et besoins
- Une valorisation de l'expérience acquise par les professionnels
- Une bonne maîtrise de notre évaluation.

* Voir glossaire : critères

* Voir glossaire : référence

* Voir glossaire : procédure

* Voir glossaire : attentes

Une construction partagée éclairée par un questionnement éthique

Un comité projet qualité composé du directeur général des exploitations Pascal BRUNELET, de la responsable qualité et services Pascale ESPAILLARD, du chargé de missions convention tripartite Matthieu LEJEUNE, de la responsable des ressources humaines Estelle DOUMENC-GUITTON et de la chargée de mission contrôle de gestion Isabelle CARREIRO, animé par l'ingénieur qualité Corinne POUTHIER, a décliné et validé la méthodologie de rédaction et d'utilisation du référentiel qualité.

La rédaction du référentiel par les directeurs des résidences, porteurs du concept d'accompagnement Jardins de Cybèle, garant des bonnes pratiques professionnelles de leurs équipes nous a semblé être le plus pertinent. Un éclairage et une validation métier par les professionnels soignants ont aussi été entérinés.

Par ailleurs, la constitution d'un comité éthique, nous a paru indispensable à l'aune de la construction de ce référentiel.

En effet, le courant législatif actuel est centré sur la reconnaissance et la mise en œuvre des droits des usagers. Néanmoins, des lois ne peuvent pas répondre à elles seules à toutes les situations quotidiennes où les paradoxes sont fréquents : comment concilier dans la pratique liberté et protection, vie privée et vie collective ? De telles questions se situent au cœur de la réflexion à conduire.

Entre évaluation, référentiels, procédures de bonnes pratiques et contrôle, comment valoriser un espace de réflexion éthique ? A quelles valeurs se référer afin de préserver la dignité et les droits des usagers ?

Ainsi, nous souhaitons favoriser un débat éthique sur les paradoxes quotidiens liés à l'accompagnement des personnes âgées.

Cet espace est conçu comme un lieu d'échanges, de mise en commun d'expériences et de difficultés, et non pas comme un comité d'éthique qui dit l'éthique.

Ce dispositif composé d'une équipe restreinte permettra de faire intervenir un tiers dans la réflexion, de trouver un espace à bonne distance pour les personnes âgées et les professionnels qui le saisiront sur des situations difficiles et impliquantes.

Comment et avec qui avons-nous construit ce référentiel ?

21 journées de travail ont été nécessaires pour construire notre référentiel (voir annexe). 4 journées ont été consacrées à la relecture fine et à la validation interne du contenu du référentiel dans sa première version.

5 groupes de travail ont été chargés de rédiger le référentiel. Ces groupes ont été animés par la responsable qualité et services et l'ingénieur qualité.

Chaque groupe s'est attaché à construire un chapitre du référentiel.

Chapitre A :

Accueillir dans le respect de l'identité et de la personnalité de chacun

Le groupe qui a réfléchi sur ce chapitre est composé de :

Florence CHAROY, directrice à Messigny et Ventoux (21), Chantal DUMONT directrice à Paray le Monial (71), Hervé MADEC directeur à Bagnols en forêt (83), Olivier MORIN directeur à Montelieu (26) Serge WALTER directeur de Maussane les Alpilles (13)

Chapitre B :

Assurer le bien-être

Le groupe qui a réfléchi sur ce chapitre est composé de :

Nadine AYGUESPARCES, directrice à Cosnac (19), Francine COURTOIS, directrice à Arbonne (64), Paul SHOURICK, directeur à Toulouse (31), Hervé KERHASCOET, directeur à Agonac (24) et Monségur (33), Edouard DAILL, directeur à Monts Sur Guesnes (86), Sylvain SALON, directeur à Givrand (85)

Chapitre C :

Créer le bien-vivre

Le groupe qui a réfléchi sur ce chapitre est composé de :

Claude RAVAUX, directeur à St Martin d'Ablis (51), Catherine COUTZAC, directrice à St Maurice (94), Bruno COLOMBIER, directeur à Bourron Marlotte (77), Joëlle ETIENNE, directeur à St Germain En Laye (78), Laetitia GILLET, directrice à Saint Maurice (94)

Chapitre D :

Communiquer sur nos savoir-faire

Le groupe qui a réfléchi sur ce chapitre est composé de :

Gilles MAILLET, directeur à Fort Mahon Plage (80), Catherine PERRET, directrice à Margny les Compiègne (60), Patrick REICHHARDT, directeur à Oeuilly Sur Marne (51), Ingrid OSSELIN, directrice à Braine (02), Françoise PICAULT, directrice à Bray et Lû (95), Sophie REMINIAC TURLAN, directrice à Lizy Sur Ourcq (77)

Chapitre E :

Promouvoir les compétences des hommes, pérenniser l'entreprise

Le groupe qui a réfléchi sur ce chapitre est composé de :

Pascal BRUNELET, Directeur Général des Exploitations, Estelle DOUMENC GUITTON, Responsable des Ressources Humaines, Pascale ESPAILLARD, Responsable Qualité et Services, Mathieu LEJEUNE, Chargé de Missions Convention Tripartite, Corinne POUTHIER, Ingénieur Qualité, Isabelle CARREIRO, Chargée de Mission Contrôle de Gestion

Référentiel version 2009 : trois niveaux de relecture

Relecture croisée des groupes

Une fois le référentiel construit, une première relecture a été effectuée, chaque groupe de travail relisant un chapitre d'un autre groupe de travail. L'ensemble du document a ainsi pu être validé par au moins deux groupes de directeur.

Relecture siège

Dans un second temps, le Directeur Général des Exploitations, la responsable qualité et services, l'ingénieur qualité du groupe ont relu l'ensemble du référentiel afin de s'assurer de sa cohérence, de limiter les redondances et de valider le contenu du document.

Relecture par un comité d'expert

La dernière phase de relecture a consisté à soumettre le référentiel aux professionnels du secteur, aux représentants des personnes âgées et de leurs familles mais aussi aux professionnels représentatifs des grandes thématiques du travail en établissements pour personnes âgées. Un comité de relecture a donc été organisé le 1^{er} décembre 2008 afin que des personnes extérieures au groupe puissent apporter des remarques, proposer des suggestions d'amélioration et ainsi enrichir ce document grâce à leur regard d'expert. Les différentes personnes ayant participé à ce comité sont les suivantes :

- ✓ **Michelle BRESSAND** : elle a été directrice des soins infirmiers à la Direction générale, des hôpitaux de Paris. A ce titre, elle a coordonné l'exercice des vingt mille infirmières et infirmiers des trente-huit hôpitaux de l'Assistance publique. Elle a été nommée en 2008 conseillère générale des établissements de santé. Elle est l'auteur de l'ouvrage « Infirmière : La passion de l'hôpital ».

- ✓ **Anne Marie CLAUDE** : directrice de l'Institut de Formation Supérieure de Meslay, formant des directeurs d'établissements sociaux et médico sociaux
- ✓ **Pierre DHENNIN** : membre du bureau du CNRPA, Comité National des Retraités et des Personnes Agées.
- ✓ **Philippe DUCALET** : il a été responsable de la formation des directeurs d'établissement social auprès de l'IRTS de Bordeaux (CAFDES/ENSP) puis directeur du CEAHI d'Aquitaine et Directeur Général d'association en Gironde. Il est aujourd'hui directeur d'établissements et services dans le champ de la protection de l'enfance et enseigne l'évaluation et le management de la démarche qualité auprès de l'ISMQ de Bordeaux et l'Université de Toulouse. Il est co-auteur de l'ouvrage « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales - Sens, enjeux et méthodes ». Avec Michel Laforcade et Corinne Pouthier, il est responsable pédagogique du diplôme universitaire " Évaluation, qualité et certification des établissements et services sanitaires et sociaux ", Université Bordeaux IV - IUT Périgueux.
- ✓ **Marie Magdeleine FARJAT** : elle est responsable d' IGM Centre Ouest. De formation soignante, elle a occupé les fonctions d'infirmière diplômée d'Etat (IDE) et de cadre de santé en Centre hospitalier et Centre départemental de gériatrie. Elle s'est ensuite engagée dans un groupe commercial de gestion d'EHPAD où elle a occupé les fonctions de directrice puis de directrice d'activités. Récemment, elle a quitté la fonction de déléguée régionale dans une Fondation gérant des établissements sanitaires et médico-sociaux pour se consacrer à la formation des équipes intervenant auprès des personnes âgées dépendantes. Elle représente Yves GINEST, directeur de formation du Centre de Communication et d'Etudes Corporelles (CEC France), organisme de formation continue spécialisé dans les domaines du soin. Il enseigne depuis plus de 25 ans en situation réelle de soins, la « philosophie de l'humanité » et la « méthodologie de soins Gineste-Marescotti », conçues avec Rosette Marescotti.
- ✓ **Michel LAFORCADE** : il a été gestionnaire d'établissement médico-social. Il est aujourd'hui directeur de la DDASS de la Dordogne et enseigne l'organisation sanitaire, la bioéthique, l'évaluation et la qualité auprès de l'Université de Bordeaux. Il est co-auteur de l'ouvrage « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales - Sens, enjeux et méthodes ». Avec Philippe Ducalet et Corinne Pouthier, il est responsable pédagogique du diplôme universitaire " Évaluation, qualité et certification des établissements et services sanitaires et sociaux ", Université Bordeaux IV - IUT Périgueux.

- ✓ [Sylvie PANDELE](#) : psychologue clinicienne, elle est directrice de MAS (Maison d'accueil spécialisée), ADAPEI Gironde, Présidente de la Fédération Alliance, " Jusqu'au bout accompagner la vie " (Aquitaine), et bénévole accompagnante en unité de soins palliatifs. Elle est l'auteur de l'ouvrage « La grande vulnérabilité - Fin de vie-Personnes âgées- Handicap, Esquisse d'une éthique de l'accompagnement »
- ✓ [Floréal PEIX](#) : direction Technique, Méthodes, Qualité pour Avenance Groupe Elixior, il représente Gilles RAFIN, Président du Pôle Santé du groupe Elixior
- ✓ [François VIEBAN](#) : psycho-gériatre au CH Esquirol à Limoges

A 3 : Résultat enquête de satisfaction 2009 « les Clos de Saint-Martin »



Résidence Les Clos de St Martin d'Ablois

RESULTATS GLOBAUX

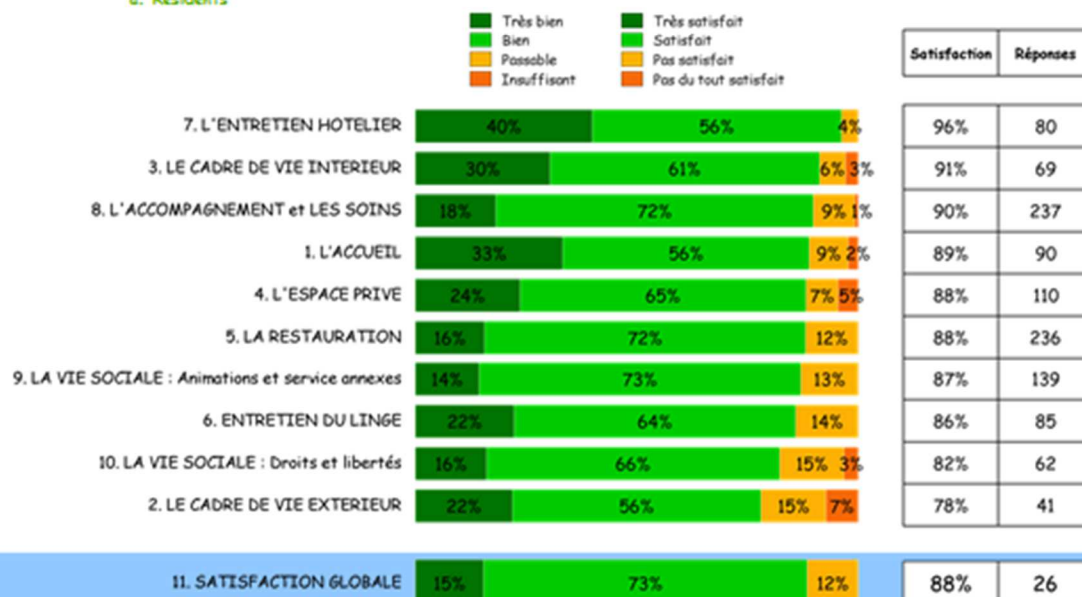
Thèmes	Répondants		a. Résidents		b. Famille		c. Ensemble des répondants	
	Satisfaction	Réponses	Satisfaction	Réponses	Satisfaction	Réponses	Satisfaction	Réponses
1. L'ACCUEIL	89%	90	89%	132	89%	296		
2. LE CADRE DE VIE EXTERIEUR	78%	41	72%	68	76%	147		
3. LE CADRE DE VIE INTERIEUR	91%	69	97%	68	94%	181		
4. L'ESPACE PRIVE	88%	110	87%	102	88%	278		
5. LA RESTAURATION	88%	236	86%	187	86%	539		
6. ENTRETIEN DU LINGE	86%	85	69%	101	75%	246		
7. L'ENTRETIEN HOTELIER	96%	80	84%	69	91%	192		
8. L'ACCOMPAGNEMENT et LES SOINS	90%	237	80%	201	84%	558		
9. LA VIE SOCIALE : Animations et service annexes	87%	139	85%	155	84%	400		
10. LA VIE SOCIALE : Droits et libertés	82%	62	79%	72	79%	177		
11. SATISFACTION GLOBALE	88%	26	91%	22	90%	62		



Résidence Les Clos de St Martin d'Ablois

RESULTATS GLOBAUX

a. Résidents

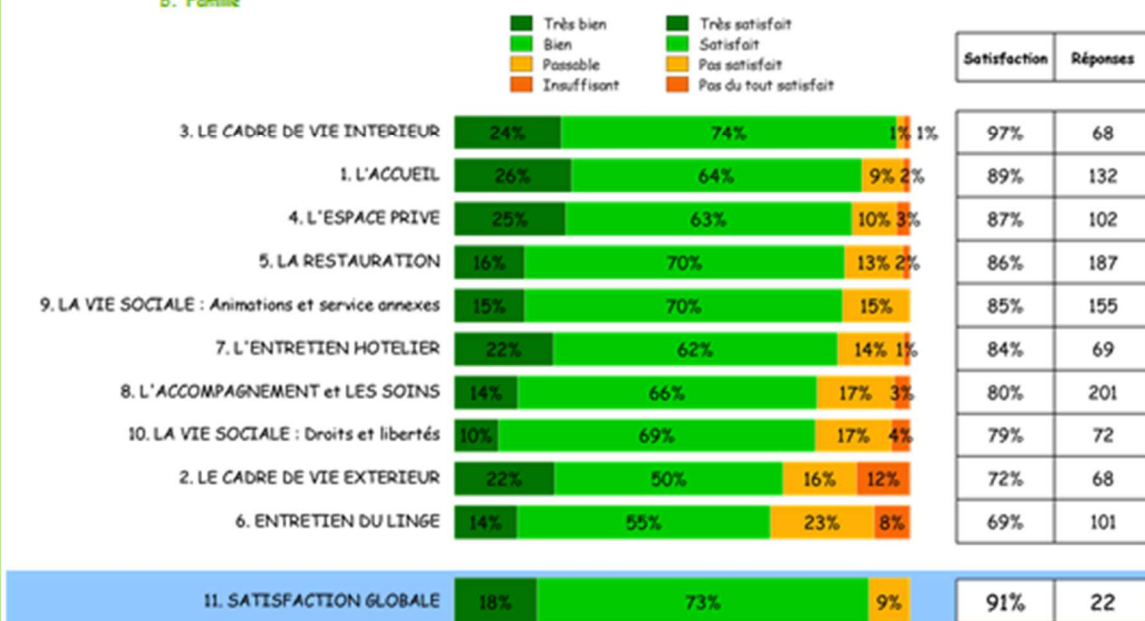




Résidence Les Clos de St Martin d'Ablais

RESULTATS GLOBAUX

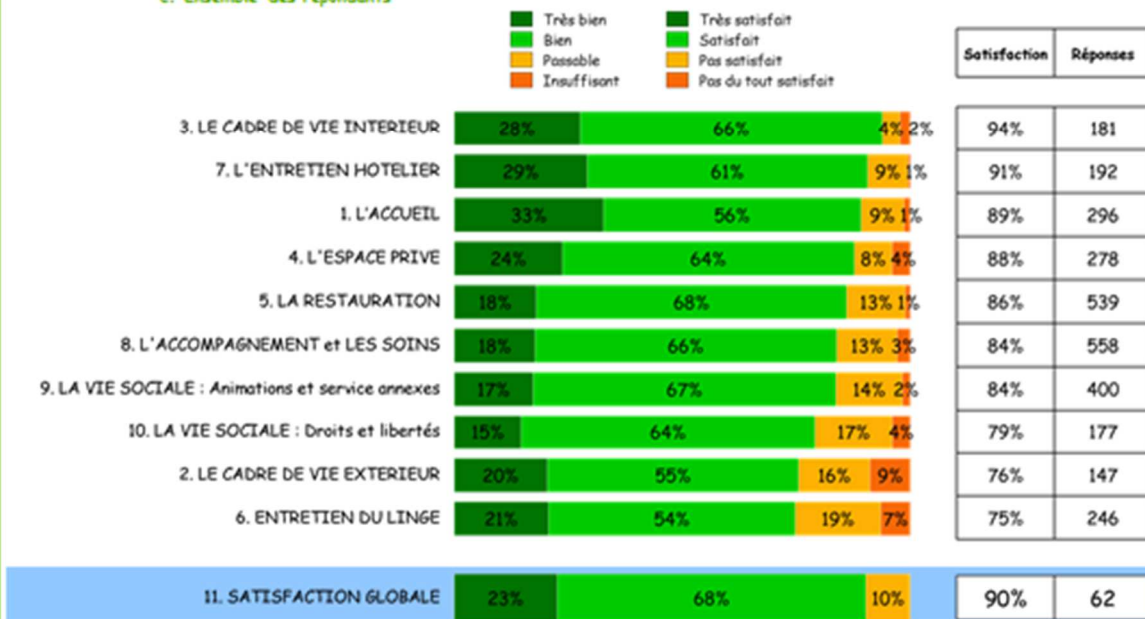
b. Famille



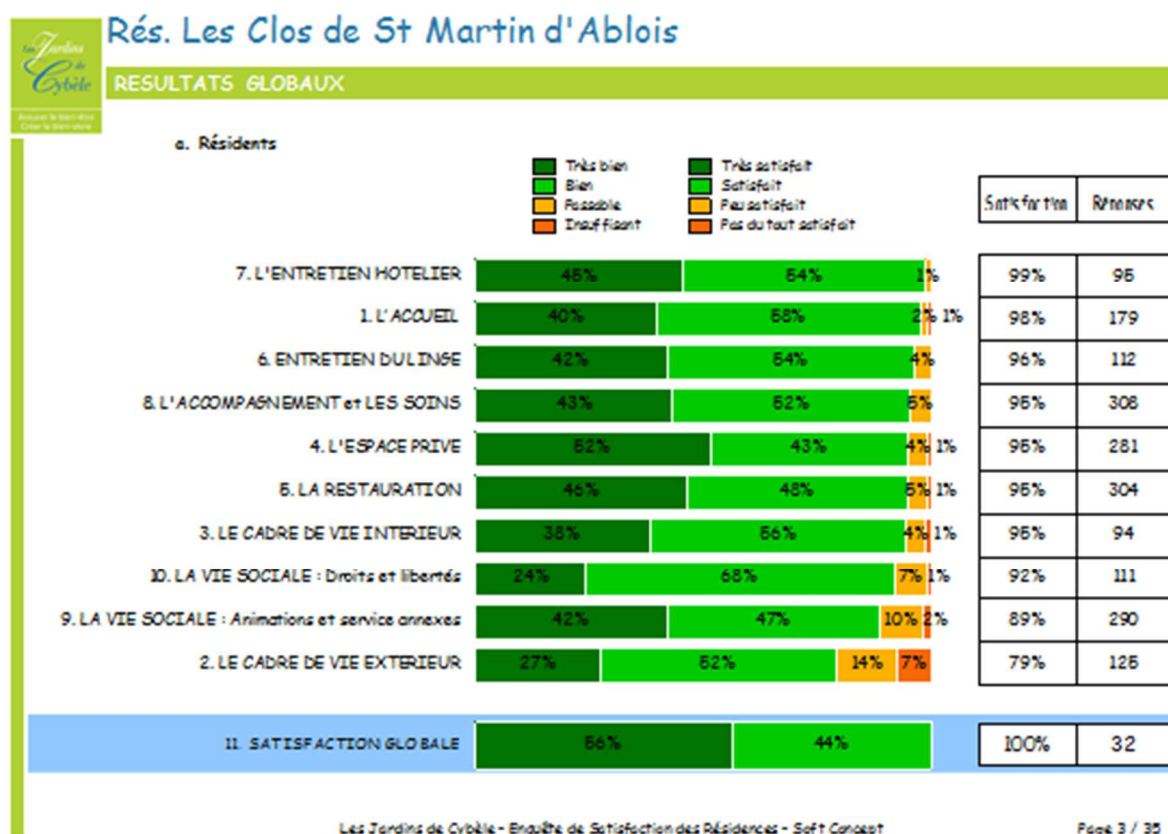
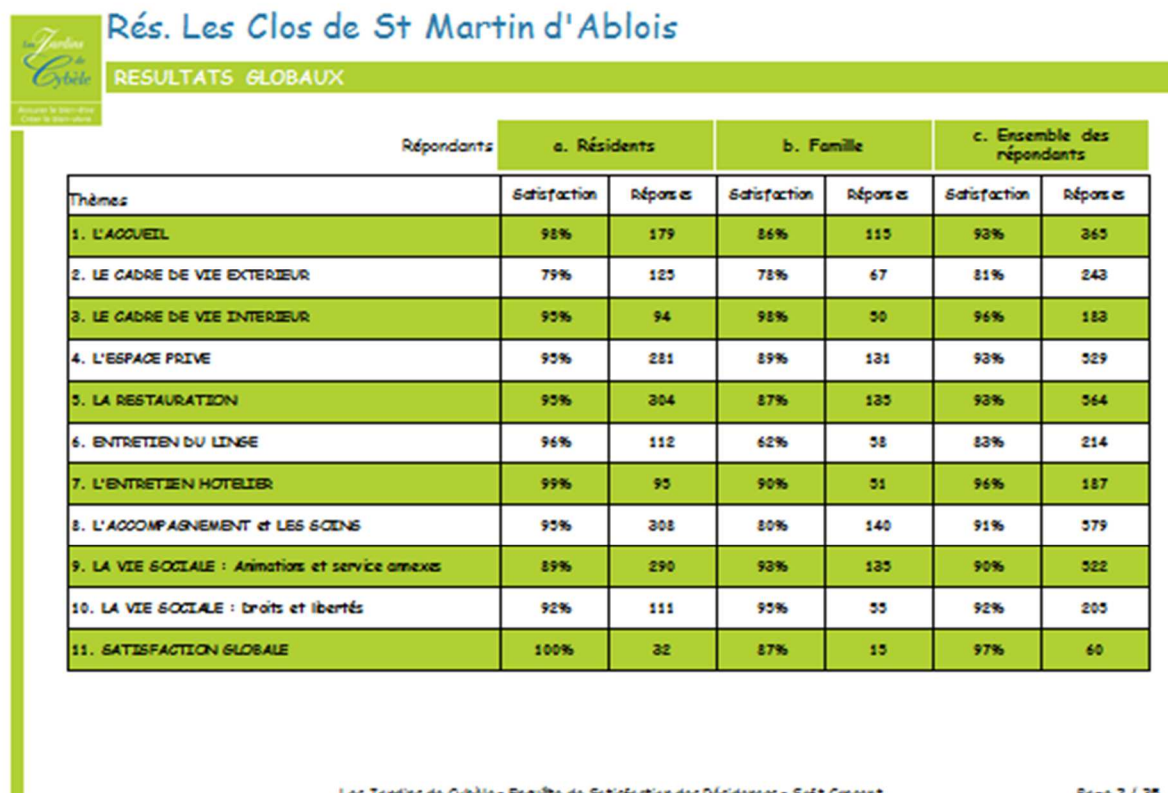
Résidence Les Clos de St Martin d'Ablais

RESULTATS GLOBAUX

c. Ensemble des répondants



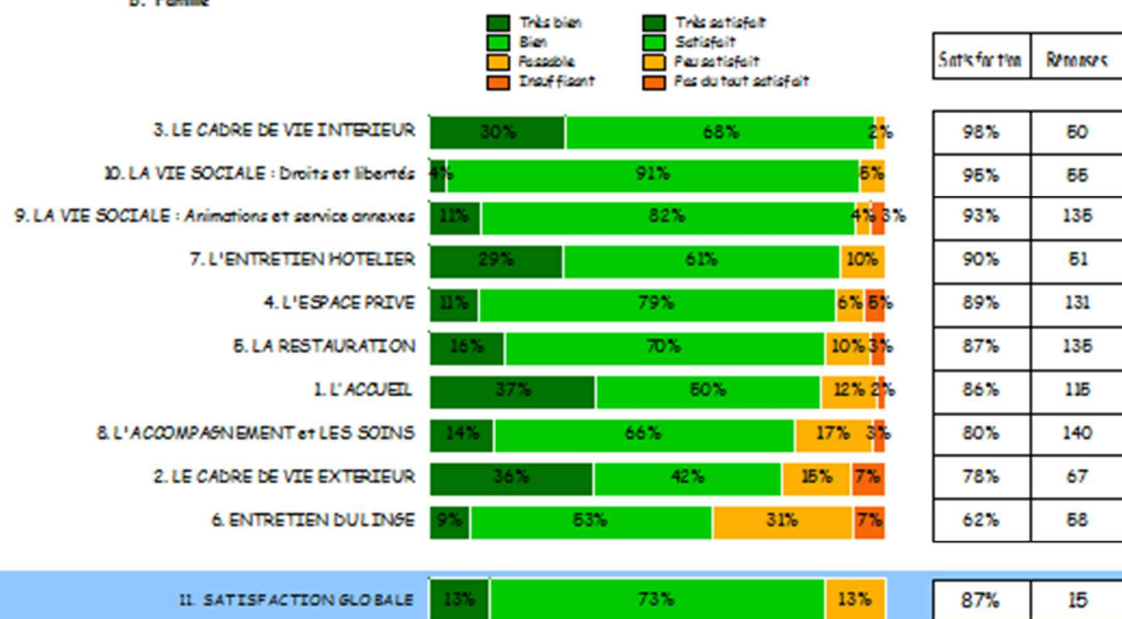
A 4 : Résultat enquête de satisfaction 2 013 « les Clos de Saint-Martin »



Rés. Les Clos de St Martin d'Ablois

RESULTATS GLOBAUX

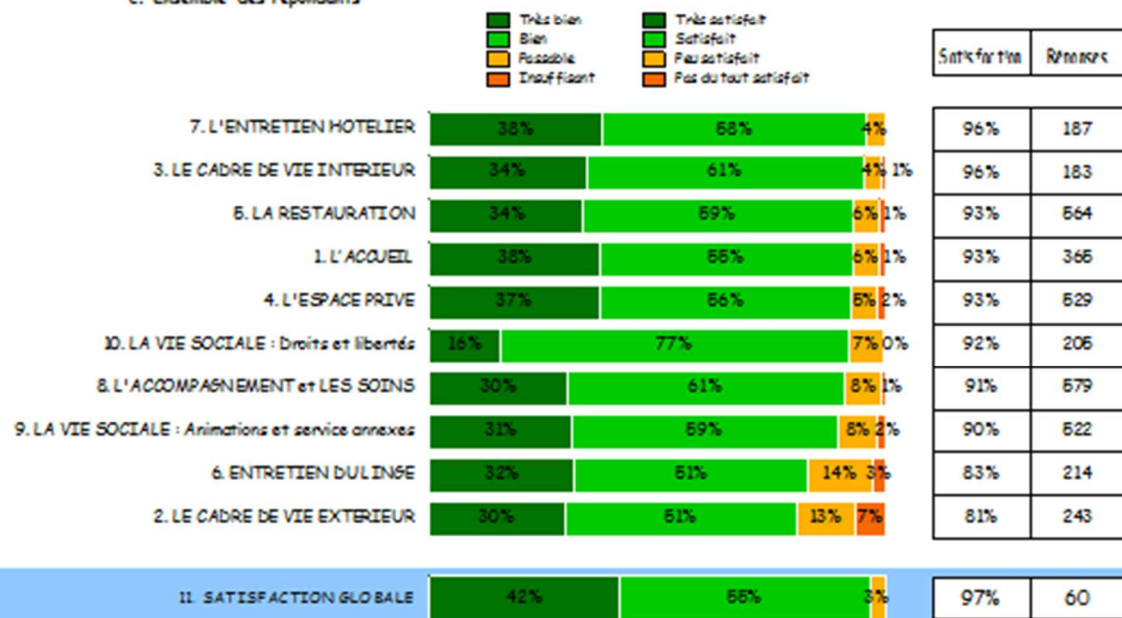
b. Famille



Rés. Les Clos de St Martin d'Ablois

RESULTATS GLOBAUX

c. Ensemble des répondants



A 5 : les 8 618 gestes techniques quotidiens

REPARTITION DES GESTES TECHNIQUES QUOTIDIEN		Moyenne quotidienne	
Infirmier	Distribution des médicaments	774	1 242
	⁸⁸ soins techniques	82	
	Surveillance état général	74	
	⁸⁹ Communication	288	
	visite des médecins	23	
	Gestion des chutes	1	
Aides-soignantes	⁹⁰ Aide à la toilette	2 058	5 026
	⁹¹ Aide à l'habillage	1 050	
	⁹² Aide à l'alimentation	435	
	⁹³ Aide aux transferts	756	
	⁹⁴ Aide aux déplacements	135	
	communication	432	
Agent de services	⁹⁵ Entretien des espaces privatifs	720	1 408
	Entretien des espaces communs	40	
	⁹⁶ Service repas	648	
Lingerie	⁹⁷ Entretien du linge des résidents	540	761
	Entretien du linge de toilette	221	
Cuisine	⁹⁸ Mise en place et production (commandes, livraisons et contrôles, mise en place, préparations et cuissons)	50	108
	Texture modifiée, régime, et goûts	58	
Vie sociale	Animation	37	48
	Soins de confort et bien-être	5	
	Relation familles	5	
Services généraux	Réparations dans les espaces privatifs et communs	25	25
TOTAL		8 618	

⁸⁸ Soins techniques = soins prescrits par le médecin traitant ou soin de prévention (diagnostic infirmier) pansement, injections, collyres, etc.

⁸⁹ Communication = chaque fois que le personnel soignant est en présence de façon duale avec un résident, il y a la nécessité d'une communication, explications des soins et recherche du consentement

⁹⁰ Aides la toilette = lavage, rinçage essuyage. Ces 3 opérations sont indispensables et toutes erreurs peuvent créer des complications cutanées. Une aide totale correspond aux 4 membres, au torse et au dos, au milieu du corps, au visage et aux pieds.

⁹¹ En règle générale, chaque résident porte au minimum 6 vêtements

⁹² Donner à manger totalement ou simplement couper les aliments ou peler un fruit et ouvrir un yaourt

⁹³ Aide aux transferts, passage du lit à la chaise douche, de la chaise douche ou garde-robe au lit, du lit au fauteuil,

⁹⁴ De la chambre au salon, du salon à la salle à manger, de la salle à manger au salon, du salon au parc extérieur....

⁹⁵ Entretien des surfaces poussière et solution anti-séptique (table, lit, adaptable), sol. Entretien +désinfection de la salle de bain (douche lavabo w.c. étagères)

⁹⁶ Service repas, mise de table, service à l'assiette en fonction des régimes, des goûts et habitudes et des textures, débarrassage et vaisselles.

⁹⁷ Chaque semaine, 1280 pièces de vêtements résidents sont traitées, nécessitant tri selon textiles, lavage et séchage, repassage et rangements dans les armoires des chambres.

⁹⁸ Commande, réception stockage et mise en œuvre des matières premières

A 6 : La Grille AGGIR

GRILLE AGGIR

NOM :

PRENOM :

DATE :

<i>Spontanément</i>	S	T	C	H	4 Oui = A
<i>Totalement</i>	S	T	C	H	1 à 3 Non = B
<i>Correctement</i>	S	T	C	H	4 Non = C
<i>Habituellement</i>					

Spontanément : pas d'incitation ni de stimulation*Totalement* : l'ensemble des activités du champ analysé est réalisé*Correctement* : qualité de la réalisation, conformité aux usages et à la sécurité vis-à-vis de soi et des autres.*Habituellement* : fait référence au temps et à la fréquence de réalisation

	S	T	C	H	GIR
TRANSFERT uniquement se lever, se coucher, s'asseoir, passer d'une position à l'autre dans les deux sens					
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant, jardin inclus					
TOILETTE DU HAUT bien se laver incluant préparation au rasage et coiffage. Pas le dos ni les dents. TOILETTE DU BAS sexe, membres inf et pieds. Pas les ongles ni orteils.					
ELIMINATION URINAIRE élimination dans lieu et ustensile appropriés, se laver ELIMINATION ANALE élimination dans lieu et ustensile appropriés, se laver					
HABILLAGE DU HAUT préparer, changer, passer des vêtements par la tête ou les bras HABILLAGE MOYEN fermer un vêtement, mettre une fermeture éclair, des pressions, une ceinture, des bretelles, un soutien gorge HABILLAGE DU BAS passer des vêtements par le bas du corps y compris les chaussettes, bas et chaussures					
ALIMENTATION SE SERVIR couper la viande, peler le fruit, remplir son verre, ouvrir un pot de yahourt, préparer ses aliments avt de les porter à la bouche. ALIMENTATION SE NOURRIR porter les aliments et boissons à la bouche et les avaler, gérer sa sonde gastrique.					
COMMUNICATION A DISTANCE utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette dans le but d'alerter					
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR à partir de la porte de la rue, sans moyen de transport					
ORIENTATION Se repérer dans le temps (année, mois, saison, matin, soir) Se repérer dans l'espace (lieux de vie habituel et nouveaux lieux)					
COHERENCE Communiquer de façon fiable et complète avec cohérence avec autrui, Se comporter seul ou en société sans nuire à autrui et à soi-même (courtois et adapté)					
GIR TOTAL					

Annexe 7 : documents PAP



Projet Accompagnement Personnalisé

PHOTO DU
RESIDENT

DATE DE CREATION :		DATE DE MISE A JOUR :	
M		Chambre	
Allergies :		Intolérances alimentaires :	

Potentialités	Cohérence		
	Orientation	TEMPS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Vue	ESPACE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Ouïe		
	Capacité à s'exprimer		
	Odorat		
	Déglutition	NORMALE <input type="checkbox"/> A RISQUE <input type="checkbox"/> MAUVAISE <input type="checkbox"/>	
Comportement à Risque *:			
* Si fugue: signalement à l'accueil			
Recommandations			
Lever	Heure		
Régime			
	Préférences		
	Restriction		
Petit déjeuner *	<i>*Posez la question,</i>	Heure	Où/Comment
<i>Choix possibles</i>	Quoi		
Entretien ménage	Horaire souhaité	Habitudes à respecter	
Mobilisation	Déplacements	INTERIEUR <input type="checkbox"/> EXTERIEUR <input type="checkbox"/> Verticalisation OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Transferts		
Hygiène	Habitudes pour la toilette		
	Douche souhaitée	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, QUAND ? : _____	
	Etat cutané		
	Prothèses dentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Où HAUT <input type="checkbox"/> BAS <input type="checkbox"/>	
	Prothèses auditives	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Où HAUT <input type="checkbox"/> BAS <input type="checkbox"/>	
Incontinence		Cf. protocole	
Habillage	Autonomie	Haut: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Bas: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Lunettes	Moyen : Boutonnage	
	Description		
Maquillage & soins de confort	Habitudes		
Coiffeur	Habitudes		
Sieste		Heure	Combien temps
		Où	Comment
Goûter		Préférence	Lieu
Animation préférée			
Divertissements préférés			
Visites et proximité familiale			
Coucher	Heure		
	Modalités		
	Souhaits		
Linge	Qui entretient		
Spiritualité	Religion		
	Pratiques		
	Attentes particulières		
Dernières volontés		NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> cf. protocole	

A 8 : focus formation AS et IDE

FOCUS FORMATION : NOUVELLES DIPLÔMÉES IDE

(diplômées en 2013 et 2014 –) UE = unité d'enseignement/S = semestre d'enseignement

Compétence	RISQUES DE MALTRAITANCE	COMMENT ÊTRE BIEN TRAITANT
<u>1 Évaluer une situation clinique et établir le diagnostic infirmier</u> UE2.3 S2 santé maladie handicap accident de la vie UE 3.1 S1 et 2 raisonnement et démarche clinique infirmier	Ne pas tenir compte d'informations cruciales ou tarder d'apporter les réponses. Analyse incomplète et transmissions aux médecins incomplets.	Recueillir toutes les informations pertinentes et les transmettre à l'autorité médicale. Prendre le temps de recueillir les informations auprès de l'équipe pluridisciplinaire, du patient, de la famille et d'analyser et interpréter. (en cas d'urgence, savoir hiérarchiser l'ordre des transmissions et des informations)
<u>2 concevoir et conduire le projet de soins infirmier</u> UE 3. 2 S2 et 3 projets de soins infirmier	Ne pas s'adapter aux habitudes, aux choix, aux goûts aux envies du résident Ne pas tenir compte des pathologies cognitives. Mauvaises évaluations des capacités motrices ou cognitives du résident.	Bonne évaluation des capacités de la personne, avec une collaboration pluridisciplinaire. Projet de soins est forcément individualisé et modifiable à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne mettre en œuvre les informations recueillies en compétence 1
<u>3 accompagner la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</u> UE 2.10 S1 infectiologies hygiène UE 4 1 S1 soins de confort et bien-être	Ne pas respecter un protocole d'hygiène ou une prescription médicamenteuse. Ne pas de respecter le PAP. Ne pas respecter le résident. Insister et forcer un soin	Appliquer le PAP et les prescriptions et les goûts (tant vestimentaire qu'alimentaire) En cas de refus passer la main ou remettre à plus tard et transmettre. Accepter le refus, sans remettre en cause sa compétence, et l'analyser.
<u>4 mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique</u> UE2.1 S1 biologie fondamentale UE 2.2 S1 cycles de la vie UE 2.4 S1 processus traumatiques UE 2.5 S3 processus inflammatoire et infectieux UE 2.6 S2 et 5 processus psychopathologiques UE 2.7 S4 défiance organique et processus dégénératifs UE 2.8 S3 processus obstructifs UE 2.9 S5 processus tumoraux UE 2.11 S1et 3et 5 pharmaco et thérapeutiques UE 4. 3 S2 e t4 soins d'urgence UE 4.4 S2 et 4 et 5 thérapeutique et contribution au diagnostic médical UE 4.7 S5 soins palliatifs et de fin de vie	Ne pas avoir acquis ces connaissances et être dans l'ignorance du fonctionnement du corps humain	Mettre à jour ses connaissances au fil du temps.
<u>5 initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs</u> UE 1.2 S2 et 3 santé publique et économie de la santé UE 4.6 S3 et 4 soins éducatifs et préventifs	Ne pas informer la personne des risques qu'elle encourt dans le non-respect de la prise de son traitement ou des précautions alimentaires. Ne pas stimuler, chaque fois que possible, les capacités cognitives ou	rappeler, guider, informer, et ne pas culpabiliser en cas d'inobservance.

	physiques de la personne (prévention des chutes, jeu de mémoire... vie quotidienne)	
<u>6 communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins</u> <i>UE 1.1 S1 et 2 Psycho, socio, anthropologie</i> <i>UE 4.2 S2 et 3 et 5 soins relationnels</i>	Ne pas respecter le mode de communication de la personne, Ne pas chercher à comprendre une demande exprimée par une personne n'ayant plus accès parole. Ne pas être à l'écoute de la famille ou/et de l'équipe pluridisciplinaire. « c'est moi le sachant et donc faites comme je dis » Ne pas voir les expressions non verbales et donc ne pas soigner le mal-être ou mal existant	observer, respecter la personne et ses capacités, s'adapter, et agir....
<u>7 analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle</u> <i>UE 4.5 S2 et 4 soins infirmiers et gestion des risques</i> <i>UE 4.2 S2 et 3 et 5 soins relationnels</i>	Ne pas remettre en cause ses ou sa pratiques de telle ou telle situation. Voir compétence 6. N'avoir que des certitudes.	Mettre à jours ses pratiques en fonction l'évolution technologique. Voir compétence 6
<u>8 rechercher et traiter les données professionnelles et scientifiques</u> <i>UE 3.4 S4 et 6 initiations à la démarche de recherche</i> <i>UE 6.1 méthodes de travail</i> <i>UE 6.2 anglaise</i>	Voir 7 Manque de curiosité, Ne pas hiérarchiser les informations Ne pas faire l'effort de savoir communiquer en anglais pour échanger avec les populations issues de l'immigration sociale.	Voir 7 Être curieux,
<u>9 organiser et coordonner des interventions soignantes</u> <i>UE 3.3 S3 et 5 rôle IDE, Organisation du travail et interprofessionnalité</i>	Ne pas travailler en pluridisciplinarité. Prioriser les soins, en fonction des événements. Ne pas avoir une absence d'un collaborateur, et ne pas réorganiser le travail en conséquence. En situation d'urgence, vouloir tout faire et ne pas diriger les actions de secours... avoir peur de dire à une collègue (IDE, AS et ASH) qu'elle a omis un des aspects du PAP ou plan de soins.	Avoir une vue d'ensemble du bien-être du résident et le partager positivement. Organiser les actes soins en respect des règles d'hygiène des différents intervenants, et des habitudes et potentialités du résident.
<u>00 UE communes à plusieurs compétences</u> <i>UE 5.1 S1 accompagnements dans la réalisation des soins quotidiens</i> <i>UE 5.2 S2 évaluation d'une situation clinique</i> <i>UE 5.3 S3 communication et conduite de projet</i> <i>UE 5.4 S4 soins et éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires</i> <i>UE 5.5 S5 mise en œuvre des thérapeutiques et coordinations des soins</i> <i>UE 5.6 S6 analyses de la qualité des soins et traitements des données scientifiques et professionnelles</i>		

FOCUS FORMATION : nouveaux Diplômés AS

(diplômées en juin et décembre 2013 – elles ont été faisant fonction AS avant d'entrer en formation de 1 à 5 ans)

MODULES	RISQUE DE MALTRAITANCE	COMMENT ÊTRE BINETRAITANT
<p>1 l'accompagnement 4 S théo + 4 s Stage <i>identification des besoins répérer l'autonomie apporter les aides et stimuler</i></p>	<p>Imposer des actes de soins ou de la vie quotidienne que le résident ne souhaite pas.</p>	<p>Rechercher un compromis (en fonction de ses habitudes).</p>
<p>2 apprécier l'état clinique 2 s théo + 4 s Stage <i>état clinique, signe de détresse paramètres vitaux analyser les anomalies identifier les risques (lesquels ?) et l'urgence</i></p>	<p>Ne pas prêter attention aux signes et dire de mal-être ou de douleur. ne pas analyser avec les IDE les paramètres vitaux</p>	<p>Maintenir le confort, le plus possible, par une position confortable, et une écoute attentionnée. hydratation adaptée à la tenue à la température du corps</p>
<p>3 réaliser des soins adaptés à la personne 5 s théo + 8 S de stage <i>rechercher des informations sur la personne, règles d'hygiène, organiser de son activité, choisir son matériel, réaliser évaluer</i></p>	<p>Forcer une personne à prendre une douche alors qu'il n'en prenait jamais. Ne pas recueillir les habitudes de vie ou ne pas les appliquer. Ne pas prendre en compte les changements d'habitude Stimuler à outrance et ne pas apporter l'aide nécessaire pour les déplacements ou tous gestes de la vie quotidienne. Mettre des protections à une personne continence</p>	<p>S'adapter en fonction des demandes et de l'état général du résident. Ex. : habillage, alimentation, élimination : sans prendre en compte des potentialités de la personne</p>
<p>4 Ergonomie lien avec IDE 1 s théo + 2 s Stage <i>identifier les principes d'ergonomie et de manutention, appliquer les règles de prévention (lien avec les pathologies), installer la personne</i></p>	<p>Ne pas utiliser le choix du matériel pour un transfert ou la marche. Avoir un fauteuil roulant non adapté (taille, motricité)</p>	<p>Adapter les zones circulation pour éviter les chutes (sol glissant, tapis, stationnement des chariots de travail du même côté). Aménagement de l'espace privatif en fonction des potentialités de déplacement de la personne.</p>
<p>5 Communication 2 s théo + 4 s Stage <i>écoute de la personne et son entourage, adapter son langage dans le respect, expliquer le soin réalisé, faire exprimer les besoins, apporter les informations lors de l'accueil, connaître les limites de son rôle dans les situations de crises et de violences de la personne.</i></p>	<p>Ne pas parler à la personne (indifférence) Ne pas les infantiliser (ma douce...) Utiliser systématiquement les prénoms. Tutoiement à proscrire Ne pas annoncer les actes que nous allons faire. Ne pas mettre les appareils auditifs avant les soins. En cas de refus, forcer les soins.</p>	<p>Annoncer ce que l'on fait, et solliciter la personne en même temps. Parler en langage courant (tension pour paramètres vitaux) Savoir remettre à plus tard son action en cas de difficulté avec le résident ou passer le relais à une collègue</p>

<p>6 <u>hygiène des locaux</u> 1 s théo + 2 s Stage <i>choix du matériel, dosage des produits, utiliser le bon produit et la bonne procédure, lutte contre les maladies nosocomiales, circuit du linge, installer le mobilier et le matériel, utiliser les techniques de rangement, évaluer son action et identifier et réparer les anomalies</i></p>	<p>Sols glissants non signalés. Développer les infections nosocomiales. La surprotection.</p>	<p>Surveillance pour respecter au maximum les règles d'hygiène. Remettre en cause les protocoles d'hygiène en fonction de la personne en fonction de son lieu de vie.</p>
<p>7 <u>Transmission</u> 1 s théo + 0 sage <i>identifier et rechercher les informations nécessaires, transmettre les informations liées à la réalisation du soin, s'exprimer en équipe, assurer la traçabilité, rechercher-organiser-hiérarchiser les informations liées à la personne, respecter les règles de déontologies (?) et le secret professionnel</i></p>	<p>ne pas analyser avec les IDE les paramètres vitaux. Ne pas transmettre les ressentis ou douleur de la personne. Transmettre des informations au mauvais moment ou la mauvaise personne. Ne pas prendre connaissance des transmissions de la veille alors que l'on était en repos. Ne pas appliquer la décision prise par l'équipe.</p>	<p>Le dire et l'écrire, et le lire et l'appliquer, et ainsi de suite...</p>
<p>8 <u>Organisation de travail</u> 1 s thé + 0 stage <i>Identifiera son champ d'intervention (en lien avec IDE), organiser son activité en tenant compte de la planification, utiliser les outils de planification du service.</i></p>	<p>Ne pas s'informer de la planification (faire comme d'habitude professionnellement) Ne pas réorganiser le travail en cas d'absence d'un collègue. Ne pas tenir compte de la charge de travail dans la planification et l'organisation des tâches et des horaires de travail de chacun.</p>	<p>Travailler en équipe et utiliser les supports.</p>

**A 9 : Etablissements enquêtés –
grille d’entretien du directeur et données statistiques**

Grille d’entretien/questionnaire cible directeurs d’établissement.

Présentation de l’établissement

Année d’ouverture	
Département région	
Statut Public (T ou H) Associatif Privé commercial	
Gestionnaire	
Implantation (Zone urbaine rurale suburbaine)	
Capacité d’accueil permanent temporaire Accueil de jour	
Date de renouvellement Conv ^o tripartie	
GMP/PMP	
DMS	
Age Moyen des résidents	
Effectifs dotés AS ASH IDE	
Effectifs dotés Médecin CO Psy aux. Médicaux	
Effectif réel AS ASH IDE	
Effectif réel Médecin CO Psy aux. Médicaux	
taux d’absentéisme global et s’il est connu celui AS ASH IDE	
ancienneté moyenne des personnels et s’il est connu celui AS ASH IDE	
Depuis combien de temps dirigez-vous cet établissement ?	
Et si vous le désirez, toutes informations complémentaires liées à l’histoire de votre établissement	

Comment, vous, directeur, définiriez-vous la bientraitance en 3 mots clés ?

Formations.

Dans votre établissement, aux cours des dernières années, avez-vous mis en place des formations bientraitance ?

Sous quelles formes ?

Quelles catégories de professionnels ?

Ses formations ont-elles permis des changements de pratiques individuelles ou collectives ?

Si oui lesquels
sinon pourquoi ?

La mise en œuvre de la bientraitance repose sur une diversité de professionnels et de niveau de formation. Selon vous, depuis la publication des recommandations ANESM Bientraitance, les jeunes diplômés que vous embauchez sont-ils suffisamment sensibilisés à la bientraitance ?

Et pourquoi ?

Organisation du travail de chaque professionnel.

Pensez-vous qu'il puisse exister une organisation idéale pour créer de la bientraitance

Si oui laquelle

Sinon existe-t-il une organisation à bannir pour éviter la maltraitance ?

Financement de la bientraitance :

Selon vous existe-t-il un seuil en dessous duquel la maltraitance devient inéluctable ?

Et pourquoi ?

Vos impératifs de gestion sont-ils un frein à la bientraitance ?

Et pourquoi ?

Données statistiques des établissements enquêtés

	PUBLIC	ASSOCIATIF			PRIVE COMMERCIAL		
ETABLISSEMENTS CONTACTES	1	2			11		
ETABLISSEMENTS AYANT REPONDU	1	2			4		
ETABLISSEMENT	A	B	C	D	E	F	G
DEPARTEMENT	51	93	93	10	45	02	51
OUVERTURE	1970	2002	2006	1991	2011	2002	2003
RENOVATION	2010						
CAPACITE AUTORISE	127	73	88	104	84	82	72
DONT ACC TEMP	2	4	4	4	4		2
DONT ACC DE JOUR	10		6	0			
DONT UHR				14			
DONT PASA							
DMS EN MOIS	12	36	3,26	32	NC	40,8	44
AGE MOYEN RESIDENTS	88	86	88	88	NC	86	88
RENOUUEMNT CT	2010	2012	2011	2013	2011	013 NON FAI	2010
GMP	735	751	737	822	760	723	769
PMP	175	224	154	168	165	195	115
GMPS	1188,25	1331,16	1135,86	1257,12	1187,35	1228,05	1066,85
EFFECTIFS DOTE selon convention tripartie							
MED CO	0,6	0,56	0,59	0,5	0,5	0,4	0,5
PSY	0,7	0,5	0,5	1	0,5	0,3	0,3
AUX	0,5	0,5	1,5	1	1	1	0
AS	27,5	13,87	16,86	30,5	18	21	14
ASH	20	22,17	24	23,25	16	15,6	9,57
IDE	6	4,5	4,27	6	4	5	4,54
taux d'encadrement AS	0,21653543	0,19	0,19159091	0,29326923	0,21428571	0,25609756	0,19444444
total soins (financement principal ARS)	34,6	19,43	23,22	38	23,5	27,4	19,04
total accompagnement (financement CG + ARS)	55,3	42,1	47,72	62,25	40	43,3	28,91
ratio encadrement accompagnement	0,43543307	0,57671233	0,54227273	0,59855769	0,47619048	0,52804878	0,40152778
EFFECTIFS REEL							
MED CO	0,6	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4	0,3
PSY	0,7	0,51	0,32	1	0,5	0,3	0,3
AUX	0,5	0	0,24	1	1	0	0
AS	27,5	15,27	18,87	30,5	18	21	14,5
ASH	20	24,91	25,41	23,25	15	15,6	9,57
IDE	6	3,6	3,67	6	4	4,6	3,73
taux d'encadrement AS	0,21653543	0,20917808	0,21443182	0,29326923	0,21428571	0,25609756	0,20138889
total soins (financement principal ARS)	34,6	19,17	23,08	38	23,5	26	18,5272727
total accompagnement (financement CG + ARS)	55,3	44,59	48,81	62,25	39	41,9	28,3972727
ratio encadrement accompagnement	0,43543307	0,61082192	0,55465909	0,59855769	0,46428571	0,51097561	0,39440657
TAUX D'ABSENTEISME	13%				7,50%	NC	11,84%
AS		16,24%	7,26%		6,60%	NC	6,53%
ASH		10,32%	15,62%		7,30%	NC	22,95%
IDE			25,89%		11,10%	NC	19,02%
ANCIENNETE DU PERSONNEL EN ANNEE	10	7,56	NC	NC	2,50		5,96
AS		8,06	NC	NC		8	5,74
ASH		7,5	NC	NC		10	6,9
IDE		2,52	NC	NC			1,1
ANCIENNETE DU DIRECTEUR EN ANNEE	1	3	0,25	1	1,5	10	10

A Epernay, le 15 août 2014