

**Université René Descartes-ParisV  
Faculté Cochin-Port Royal**

**IMPORTANCE de la FORMATION en EHPAD  
Rôle du médecin coordonnateur  
Illustration à partir d'un cas concret**

Dr Chantal Despierre  
DIU de Médecin Coordonnateur d'EHPAD  
d'Ile de France

Directeur de mémoire

2006-2007

Dr Linda Benattar

Au Docteur Linda Benattar qui a toujours su se rendre disponible pour nos rencontres et nos discussions et qui en apportant son regard de professionnelle m'a permis de bénéficier de conseils avisés.  
Avec tous mes sincères remerciements.

# SOMMAIRE

## Introduction

- I- Un Objectif : la démarche qualité**
  
- II- En Pratique : organisation de la formation au sein d'un groupe privé**
  - 1- La politique du groupe
  - 2- Les formats de formation
  - 3- L'évaluation de la formation
  - 4- Quelques exemples : liste des outils de formation et d'évaluation
  - 5 - L'organisation des formations
  
- III- Application : formation à l'approche et à la prévention de la maltraitance en institution**
  - 1- Etat des lieux en France
  - 2- Un exemple de formation
    - Définition et identification
    - Identification des facteurs déclenchants
    - Jeux de rôle
    - La conduite à tenir
    - Les modes de prévention
    - Le cas particulier de la contention physique
    - L'aspect juridique
    - Les engagements individuels et collectifs
    - En conclusion : se souvenir que ...
    - Evaluation des connaissances : une proposition de QCM

## Conclusion

## Introduction

Si qualité de vie et qualité des soins font partie intégrante du projet d'établissement, le médecin coordonnateur dont la mission essentielle est d'assurer la qualité des soins a parmi ses fonctions celle de la formation des différents salariés au sein de l'Ehpad. Cette mission est importante puisque de la qualité de la formation dépendent l'engagement et les compétences des professionnels, la qualité du service rendu aux personnes accueillies et l'habilitation des établissements.

L'acquisition de connaissances est aussi indispensable à l'élaboration du projet d'établissement et permet d'améliorer la qualité d'accompagnement, de service et de soins. Dans un contexte où l'évolution de la réglementation et l'augmentation attendue de la technicité, la remise à niveau des fonctionnements et des procédures est une nécessité. Le volet formation occupe d'ailleurs une place déterminante dans le dispositif de réforme des établissements accueillant des personnes âgées (réforme de la tarification, projet de vie, démarche qualité et outils d'évaluation, conventions tripartites ...). Le renforcement des qualifications et des compétences des personnels constitue un axe majeur du dispositif. Pour rappel, la démarche qualité et les outils d'évaluation dans les Ehpad, l'intégration du projet médico-social en faveur des personnes âgées dans un établissement de santé, la prise en charge des patients souffrant de maladie d'Alzheimer sont autant de thèmes qui font partie du volet formation de cette réforme (1).

Certes, le concept de qualité ne peut être le fait du seul médecin coordonnateur. Il fait partie du projet d'établissement et constitue un des outils mis en place par la direction pour améliorer la qualité de vie et la qualité des soins des résidents.

Néanmoins, le service rendu auprès d'une personne âgée fragile dépend très largement de la qualité du personnel en contact avec elle.

Chaque échange, chaque regard, chaque attitude compte.

Le médecin coordonnateur doit donc promouvoir une politique de formation et participer aux actions de formation des intervenants dans l'Ehpad. Il a un rôle de formateur et d'informateur et doit amener les équipes à un savoir faire répondant aux bonnes pratiques.

Cette fonction s'inclut dans son rôle d'animateur des équipes, ce qui implique qu'il sache manager l'équipe, faire circuler et partager l'information, valoriser les différents métiers afin d'entretenir le sentiment d'utilité de chacun et assurer la formation continue (2). Le médecin coordonnateur évalue aussi l'intérêt des formations proposées.

Pour illustrer cette mission, la formation à la prévention de la maltraitance en institution a été choisie, car ce sujet, qui doit faire l'objet d'une acuité de tous les jours, est l'exemple type d'un sujet délicat puisqu'il va au-delà des compétences reconnues par un diplôme.

Il permettra de montrer concrètement la mise en place des actions de formation au sein d'un groupe privé de plus de 18 000 lits répartis dans 175 établissements dans lequel l'amélioration de la qualité est une priorité.

La formation fait en effet l'objet d'une attention particulière qui permet de garantir tant la qualité de prise en charge du patient et du résident que le parcours professionnel du salarié.

## **I – Un Objectif : la démarche qualité**

La qualité implique une approche professionnelle faite de respect de la personne âgée. De grands progrès sont déjà réalisés, mais beaucoup de défauts, le plus souvent inconscients, subsistent encore dans les comportements. La qualité ne viendra que par la formation, et l'exigence des directions des structures, les cadres, certes peu nombreux, devant montrer l'exemple. Une qualité du bâti des établissements ne suffit pas ; elle doit être accompagnée de la qualité des soins et services (3).

Inscrite dans la loi du 2 janvier 2002, relancée par l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, la mise en oeuvre de la démarche qualité dans les établissements d'accueil pour personnes âgées devient une évidence. Cependant, la multiplicité des acteurs implique de veiller à la cohérence des pratiques. C'est d'ailleurs ce qui est attendu du médecin coordonnateur dans son rôle de conseil dans l'organisation des soins.

Le concept de qualité ne peut être le seul fait du médecin coordonnateur, puisqu'il fait parti d'une politique d'établissement mise en place par la direction pour améliorer la qualité des soins et, ainsi, la qualité de vie des résidents. De l'auxiliaire de vie au médecin gériatre en passant par l'infirmière coordonnatrice, l'aide soignante ou l'animateur, l'accompagnement du grand âge est pluridisciplinaire, inter-disciplinaire. L'accompagnement, le prendre soin doivent régulièrement être débattus au sein des équipes. Le sens des pratiques doit être questionné pour enrichir les points de vue et motiver les énergies.

Depuis 1999, tous les établissements sont appelés à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci, centrée sur les résidents, s'appuie sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration des prestations offertes, des projets de vie et de soins.

La convention signée entre ces différentes autorités précise les moyens alloués à l'établissement au regard des objectifs "qualité" retenus.

La démarche qualité en établissement, implique une réelle prise de conscience des enjeux pour la direction, ainsi qu'une implication constante et régulière des équipes. La notion de «faire ce que l'on dit et faire ce qu'on écrit » va se retrouver appuyée par la mise en place de documents écrits (procédures) permettant un meilleur suivi et une traçabilité plus tangible des actions. La loi du 2 janvier 2002 impose par une auto-évaluation des services tous les 5 ans, puis une évaluation externe tous les 7 ans, la mise en oeuvre d'une démarche continue.

L'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE (*Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements*) en évaluant en interne la qualité permet d'améliorer le service rendu aux résidents et à la famille, de définir les valeurs communes adoptées et les orientations retenues et de préciser les projets de vie et d'aides de soin (3).

La démarche qualité constitue un droit pour l'utilisateur et un devoir pour les professionnels. Cette auto-évaluation initiale puis périodique (au minimum 1 fois/an) permet d'identifier les points à améliorer puis d'engager les actions nécessaires dans le but d'améliorer la qualité du service rendu à la personne âgée.

**La roue de la qualité de Deming : planifier- agir -vérifier- ajuster**

En 1951, William Edward Deming introduit le concept d'amélioration continue de la qualité, ou le cycle PDCA, ou encore la roue de la qualité de Deming.

Selon Vilcot et Leclercq, l'objectif du PDCA est d'améliorer les résultats en mettant en oeuvre une démarche d'amélioration des performances (d'un établissement de santé, d'un département ou d'un service, d'une équipe) avec le temps, par petites étapes, en s'appuyant sur le savoir-faire des acteurs et en optimisant les processus et les modes d'organisation. Ainsi, on améliore la qualité fournie et la qualité perçue (4)

Deming construit le cycle de l'amélioration continue sur quatre étapes :

- Plan (planifier) : prévoir et définir ce que l'on veut obtenir et comment l'obtenir en se concentrant sur ce qui est essentiel et/ou critique.
- Do (faire) : mettre en oeuvre ce qui a été prévu en donnant les moyens prévus.
- Check (mesurer, vérifier, contrôler) : vérifier que ce qui est fait est conforme à ce qui est prévu.
- Act (réagir et améliorer) : corriger les écarts en modifiant les moyens, les méthodes ou en redéfinissant les buts.

Mettre en place cette méthode d'amélioration continue de la qualité, c'est mettre en place un « management de la qualité ».

## **II- En pratique : organisation de la formation au sein d'un groupe privé**

### **1- La politique du groupe**

La promotion d'une politique de formation et la participation aux actions d'information des soignants intervenant dans l'Ehpad constitue une des fonctions du médecin coordonnateur.

Garant de la pertinence gériatrique, il organise des enseignements et réunions de synthèse au sein des équipes. Ces actions de formation doivent être adaptées en fonction des besoins et en tenant compte de l'avis des soignants.

Au-delà de l'obligation fixée par les textes, la formation des soignants est aussi pour le médecin coordonnateur un moyen pour entretenir la motivation des équipes tout en leur donnant une sécurité dans leur pratique quotidienne « on sait mieux faire parce qu'on a appris et que l'on comprend pourquoi ».

Au delà de l'intérêt qui leur est ainsi accordé, de la reconnaissance, l'accès à la formation constitue pour les soignants une possibilité de valorisation de leur fonction, source de satisfaction avec l'éventualité d'une évolution de carrière.

En effet, l'accès à la formation organisé par le médecin coordonnateur, est une façon de porter un intérêt individuel sur les demandes et les nécessités du savoir de chacun et de proposer en conséquence un programme de valorisation des compétences. C'est donc une façon de reconnaître les capacités de chacun et de les développer par de nouvelles acquisitions. Les actions envisagées doivent aussi servir à améliorer les conditions d'exercice des soignants (5).

La politique de formation au sein de ce groupe privé a retenu mon attention et peut servir d'exemple et de trame pour tout médecin coordonnateur qui ne bénéficie pas d'une telle organisation.

Dans ce groupe où la notion de « qualité » est une priorité, la formation fait l'objet de programmes régulièrement remis à jour et adaptés en fonction des besoins. Le contenu pédagogique est élaboré par la direction médicale et différents acteurs médicaux et paramédicaux choisis pour leurs compétences (cadres de santé, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes).

Le département formation du siège et le département qualité travaillent ensemble, le premier s'occupant de la logistique de mise en place et de la validation des contenus, le second analysant les besoins en répondant aux enquêtes faites auprès des salariés sur leurs demandes de formations.

Le plan de formation est décidé annuellement : choix des thèmes et nombre de personnes à former. Un programme trimestriel des formations s'adaptant aux besoins et aux demandes des salariés est mis en place.

Les axes prioritaires et les personnels sont choisis en fonction de l'historique de l'établissement, de l'arrivée de nouveau personnel ou chez ceux dont l'évaluation à distance a révélé des faiblesses. Ceux qui en ont besoin sont identifiés pour chaque établissement.

Avant d'être diffusée à l'ensemble des résidences, chaque formation est d'abord testée auprès de non-soignants afin d'en valider la compréhension et le rythme.

Des formateurs choisis pour leurs compétences assureront alors les formations au niveau des régions dans différents établissements (ex : médecin gériatre et maladie d'Alzheimer, infirmière spécialisée en soins palliatifs et formation à la fin de vie,

ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotricien et formation à la prévention des chutes). Les formateurs remonteront à la direction médicale les remarques qui lui auront été faites afin qu'elle fasse évoluer le contenu de la formation et mette en place une nouvelle version.

## **2- Les formats de formation**

Plusieurs formats de formation sont élaborés :

- Formation interne comptabilisée dans le plan de formation,
- Formation continue des équipes,
- Mini-formations,
- Formations extériorisées (ex : formation incendie, management, relaxation et massage)

### **a) Formation interne (durée 4 à 7heures)**

- prévention de la maltraitance
- maladie d'Alzheimer
- geste d'urgence en gériatrie
- prévention des chutes
- gestes et manutentions
- accompagnement en fin de vie
- projet de soins individualisés (réalisé à partir de cas cliniques concrets)
- gestion des risques et management (risques des soignants tels que conflits, usure ou risque dans le domaine du soins comme accident au sang, risque alimentaire)

### **b) Formation continue**

L'outil est le DVD qui reprend de manière visuelle les protocoles écrits et/ou les formations.

Rapide et facile d'accès, il permet de rappeler les principes de base et de contrôler régulièrement les gestes dans un temps court et devant plusieurs personnes :

- canicule et grand froid
- gestes d'urgence
- toilette et environnement (nettoyage, technique de toilettes, respect de la personne)
- Nutrition et prévention de la malnutrition
- Prévention des chutes
- Gestes et postures
- 

### **c) mini-formations**

Adaptées à la vie de l'établissement, ces mini-formations sont effectuées à partir des protocoles et sont ciblées sur les besoins. Elles peuvent être animées par le médecin coordonnateur, l'infirmière ou le psychologue. Chaque salarié bénéficie de 20 minutes par semaine de mini- formations sur tous les domaines de son exercice.

## **3 – L'évaluation de la formation**

A l'issue de chaque formation, puis à 3 mois et à 6mois, une évaluation sous forme de QCM élaborés par la direction médicale est proposée afin de savoir si la formation a été bien intégrée (autrement dit si la pédagogie a été bonne), si elle répond aux attentes et si elle a amélioré les pratiques.



Le médecin coordonnateur intègre dans son rapport annuel d'activité médicale, le type de formations effectuées avec pour chaque formation, le nombre de personnes formées.

#### 4 – quelques exemples des outils de formation et d'évaluation

Thème/support	Outils de formation	Outils d'évaluation
Lavage des mains	Protocole	Grille d'évaluation pratique
Maladie d'Alzheimer	Formation (1 journée) Fiche : « Que faire devant un épisode d'agressivité » Fiche : « Que faire devant un refus d'alimentation » Fiche : « Les principes de prise en charge des personnes désorientées »	QCM
Toilettes des résidents	DVD - Toilette au lit, à la douche, au lavabo	Grille d'évaluation pratique
Les chutes	DVD Formation prévention des chutes Protocole en cas de chutes Protocole analyse et prévention des chutes	QCM
Contention	protocole	QCM
Décès d'un résident	Protocole Rites mortuaires	QCM
Douleur	protocole	QCM
Fugue	protocole	QCM
Hospitalisation d'un résident	protocole	QCM
Plans de soins individualisés	protocole	QCM
Escarres	protocole prévention des escarres	QCM
	protocole traitement des escarres	QCM
Suicide	protocole	QCM
Transmissions ciblées	Protocole Formation « transmissions »	QCM
Planification murale	protocole planification murale en cuisine protocole planification murale en infirmerie Protocole planification murale dans les offices	

Gale	protocole	QCM
Fausse route	protocole	
Diarrhée	protocole	
Fièvre	protocole	
Hydratation/Déshydratation	protocole hydratation protocole reconnaître une déshydratation DVD canicule	
Accueil des nouveaux résidents	protocole	
Dossier de soins	protocole	
Tuberculose	protocole	QCM
Hospitalisation à la demande d'un tiers	protocole	QCM
Légionelle	protocole	QCM
TIAC	protocole	QCM
Hépatite C	protocole	QCM
Infection à Clostridium difficile	protocole	
Préparation et gestion des médicaments	protocole	
Distribution des médicaments	protocole	
Surveillance des selles	protocole	
Accident d'exposition au sang	protocole	
Grille de Virginia Henderson	fiche nursing fiche urines-selles fiche environnement	
Fiches de suivi des résidents	fiche de surveillance de l'alimentation fiche de surveillance particulière fiche de liaison fiche de surveillance de l'hydratation	
Accompagnement des familles	protocole	
Accompagnement en fin de vie	Formation 5 cas pratiques	QCM
Gestion de l'incontinence	Formation	
Gestes d'urgence	Formation	QCM
Gestes et manutentions	Formation	QCM
Prévention de la maltraitance/respect du résident	Formation Protocole respect de la dignité du résident Chartre des droits et libertés de la personne	QCM Grille d'auto-évaluation respect du résident

	âgée dépendante Chartre des droits et libertés de la personne accueillie 10 cas pratiques	
--	---	--

## 5 - L'organisation des formations

L'organisation des formations internes fait l'objet d'une procédure qui comprend plusieurs étapes (nationale, régionales et locales) et permet une traçabilité.

Au niveau national, la direction médicale et le service formation définissent les priorités de formation (ex : formation Alzheimer dans les unités protégées, formation aux gestes et manutentions auprès des aides-soignantes) désignent les formateurs, le temps consacré à la formation (ex 7h pour les thèmes Alzheimer et prévention de la maltraitance, 4h pour gestes et manutentions) et le nombre de personnes à former en fonction des besoins, sachant que chaque formation ne peut regrouper plus de 8 à 15 personnes (ex : 10 personnes maximum pour la formation Alzheimer, 6 à 8 pour les gestes d'urgence, 15 pour la prévention de la maltraitance, 8 pour gestes et manutentions).

Selon le plan de formation national, les formations sont réparties au niveau régional, selon un calendrier annuel en indiquant les dates et horaires de chaque session, l'intitulé de la formation, le nom du formateur (qui peut être le médecin coordonnateur), les établissements concernés par chaque session et le nombre de personnes que chaque établissement doit former.

Au niveau de l'établissement, le médecin coordonnateur, le directeur et l'infirmière coordinatrice répartissent les différentes formations et ciblent le nombre de personnes à former. Chaque formation est tracée par une feuille de présence adressée à la direction nationale permettant ainsi de comptabiliser les différentes formations effectuées. En 2006, 237 personnes ont suivi la formation Alzheimer, 207 l'accompagnement de fin de vie, 768 les gestes et manutentions et 594 la formation de prévention de la maltraitance.

## III- Application : Formation à l'approche et à la prévention de la maltraitance en institution

### 1 - ETAT DES LIEUX EN FRANCE

Selon l'enquête TNS SOFRES « les français et le grand âge » réalisée auprès d'un échantillon de 1000 personnes représentatif de la population française pour la fédération hospitalière de France en avril 2007, 49 % des français ont une mauvaise image des maisons de retraite (soit 11 % de plus /2005) et estiment d'une façon générale que la maison de retraite est un cadre de vie imparfait qui ne représente qu'une solution par défaut. 79 % des plus jeunes y mettent leurs aînés à contrecœur et 87 % des 60 ans et plus ne souhaitent pas y aller.

Parmi les craintes évoquées, les soupçons ou les constats de maltraitance sont énoncés par près d'un tiers des sondés, soit une progression de 5 points en 2 ans, en partie imputable au traitement médiatique des « affaires » qui agitent ponctuellement l'opinion (6).

Tableau 1 : L'opinion à l'égard des maisons de retraite

	Enquête TNS Sofres février 2003	Enquête TNS Sofres avril 2007	Evolution
Cela coûte cher			

d'aller en maison de retraite Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion	95 % 3 % 2 %	96 % 1 % 3 %	+1 -2
Il n'y a pas suffisamment de places disponibles Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion	-	86 % 7 % 7 %	
Les personnes âgées ne souhaitent pas aller en maison de retraite Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion	81 % 10 % 9 %	84 % 9 % 7 %	+ 3 % - 1 % - 2 %
On y met ses parents (ou ses grands-parents) à contrecœur Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion	76 % 17 % 7 %	79 % 14 % 7 %	+3 % -3 % =
<b>Les personnes âgées y sont souvent maltraitées</b> Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Sans opinion	27 % 60 % 13 %	<b>32 %</b> 52 % 16 %	<b>+ 5 %</b> - 8 % - +3 %

L'intérêt pour la maltraitance des personnes âgées est assez récent et de plus en plus d'études sont réalisées afin de mieux comprendre ses différents aspects. (7) En 1987, le conseil de l'Europe définit la maltraitance comme « tout acte ou omission, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

« La violence, ce n'est pas seulement une action, une volonté délibérée de nuire, par des coups ou des menaces, des injures ou une spoliation des biens. Ce peut-être aussi une violence par omission. L'oubli qu'un vieillard peut avoir soif ou envie d'uriner » (8)

La maltraitance peut être multiple : psychologique (manque de respect, insultes, infantilisation, tutoiement, chantage, privations diverses...), financière (vol, extorsion de fonds, signatures forcées, facturation injustifiée de services...), physique (contention non justifiée, contusion, coups, gifles, gestes brutaux, nourrir de force ou

trop rapidement, refus de soins essentiels ...), civique (privation des droits élémentaires du citoyen, des papiers d'identité), médicamenteuse (abus de neuroleptique, privation des médicaments nécessaires), négligence active (privation des aides indispensables à la vie quotidienne : manger, s'habiller, se lever, aller aux toilettes ; recevoir des visites ; non respect de l'intimité, manque de réponse aux appels...), négligence passive (oubli, abandon). L'International Network for the Prevention of Elder Abuse adopte la définition suivante, reprise par l'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé en 2002 : "On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée » (9).

Les données canadiennes évaluent la prévalence à 4% chez les personnes âgées de plus de 65 ans (10). Selon les enquêtes menées en Finlande, aux Pays Bas et au Royaume-Uni la prévalence est de 4 à 6 % (11). Ces chiffres sont probablement sous-évalués car beaucoup de victimes gardent le silence par peur des représailles...

Dans toutes les études, les proches sont le plus souvent à l'origine de la maltraitance dont la fréquence est nettement plus grande en famille comparée à l'institution.

En France, sur les 60 000 appels reçus par l'association ALMA depuis sa création, 75 % des cas de maltraitance se passe en famille (essentiellement maltraitance financière et psychologique) et 25 % en institution sachant que dans 15 % des cas, ce sont les familles qui continuent à maltraiter dans l'institution (12) Notons que le nombre d'appel pour maltraitance augmente chaque année (de 49 % en 1997, il atteignait 65 % en 2001).

Selon la DGAS, 31 % des signalements concernent des établissements pour personnes âgées (13).

En 2002, l'association ALMA (Allô Maltraitance personnes âgées) rapporte le détail des motifs de maltraitance à domicile et en institution (tableau 2).

Le principal motif de maltraitance en institution concerne les négligences (qui regroupent tout manque d'aide à la vie quotidienne) encore appelées maltraitance par omission (40 %) suivi par les violences psychologiques (15 %) et les violences physiques (11%).

Tableau 2 : **Motifs des appels pour maltraitance (ALMA France, 2002)**

	Au domicile	En Institution
Violences psychologiques	22 %	15 %
Violences financières	18 %	7 %
Violences physiques	14 %	11,5 %
Violences civiques	4 %	5 %
Violences médicamenteuses	0,5 %	3 %
Négligences actives ou passives	10 %	<b>40 %</b>
Autres	31,5 %	18,5 %

L'étude qualitative menée par la DRESS donne un éclairage nouveau en mettant en évidence les perceptions des personnes âgées face à des comportements maltraitants (14). Lors de cette enquête, les plaintes en institution que les 80 personnes interrogées par un sociologue rapportent sont les vols, les escroqueries, les violences verbales (injures, langage familier ou infantilisant, mépris et ignorance de ce que dit la personne âgée), l'inattention à la souffrance physique ou psychique exprimée par la personne, la dénutrition, la malnutrition, le manque de personnel, le défaut ou refus de soins, le manque d'affection, le manque d'argent, le manque d'hygiène des locaux et des corps, le placement forcé, la contention, l'enfermement, les représailles, les menaces de représailles, l'incompétence du personnel, la séparation du conjoint.

En fonction du type d'atteinte, la maltraitance, aux yeux des personnes âgées, se décompose en 3 catégories : atteintes à l'intégrité de la personne (tableau 3), à la dignité (tableau 4) et à l'autonomie citoyenne qui regroupe l'ensemble des comportements entravant la capacité ou réduisant la liberté de décider soi-même (tableau 5).

**Tableau 3 Les atteintes à l'intégrité de la personne : comportements ayant des répercussions sur la santé physique ou psychique**

Type d'atteinte	Exemple rapporté par les personnes âgées
Brutalité et négligence dans la prise en charge de la personne âgée dans la vie quotidienne	« sur ma table j'avais renversé. En voulant ramasser ma fourchette, je me suis appuyé sur la table et j'ai fait tout tomber (pleurs). Elle m'a dit : « ce soir je vous ressers tout ce qui est tombé »
Dénutrition liée à l'absence d'aide à la prise des repas, à la non prise en compte des régimes ou des goûts de la personne âgée. Ne pas écouter la personne manifestant un inconfort dans les soins en la laissant pleurer ou geindre	« il faut pas que je mange des affaires avec de la sauce. Ils le savent : j'ai donné un certificat médical. Mais ils s'en foutent, hein !!! Savez bien, ils ont pas le temps de regarder tout ça »
Refus de soins ou administration de soins inadaptés. Non soulagement de la douleur Manque d'hygiène	« Moi je ne lave pas le dos ni les pieds »
Brutalité ou inattention dans les gestes d'aide à la toilette	« Elle me piquait en me frottant le cou »

**Tableau 4 Les atteintes à la dignité de la personne : comportement ayant des répercussions sur l'estime de soi**

Paroles blessantes, humiliantes et dégradantes	« vous avez fait votre temps » « Parler au dessus de la personne comme si elle n'était pas là »
Brutalité dans l'annonce du diagnostic	« j'avais maigri de 3 kg. C'était pas normal, alors le docteur m'a envoyé passer une radio. Monsieur R. vous avez une bricole, il a appelé ça. C'est comme ça qu'on m'a annoncé gentiment que j'avais un cancer. Qu'est ce que vous voulez ... »
Atteintes à la pudeur	Géné d'être lavé et habillé par une très jeune

	femme, s'est vu répondre : « te fais pas de bile ni d'illusions, tu feras fuir les femmes » ou « parce que souvent il y a le pistolet pour uriner sur la table à côté de mon déjeuner. Ça j'aime pas »
Sentiment d'abandon	« et puis les miens me manquent. Alors on pense beaucoup. On vit dans le souvenir. Et comme j'ai 87 ans, j'ai pas le choix. Enfin jusqu'ici y a pas à se plaindre, ça s'est bien passé »

**Tableau 5 Les atteintes à l'autonomie citoyenne : comportements gênants la liberté de décision pour soi**

Type d'atteinte	Exemple rapporté par les personnes âgées
Manque d'argent et d'accès aux soins	« Il faut que je fasse refaire mes appareils dentaires. J'ai fait trois devis pour prendre le moins cher. Le curateur m'a dit « mais ça coûte trop cher, ça »
Contention, enfermement, placement forcé	« Si vous n'êtes pas contente, vous pouvez toujours vous en aller » « Ah ne sais pas parce que soit disant que quand on faisait partie de l'Apa, on ne pouvait plus sortir, rien du tout. Alors j'espère qu'on peut quand même descendre un petit peu pour prendre l'air »
Manque d'aide ou aide inadaptée. Absence d'attention aux habitudes de vie (horaire du lever, de la toilette, des repas, composition des repas)	« la maltraitance s'est d'être bousculée, houspillée, pressée pour me lever, m'habiller, manger....), ce serait qu'on me fasse faire des choses que je ne peux pas faire »

Dans le but d'améliorer la prévention, il est important de connaître les facteurs de risque.

La dépendance constitue le premier facteur de risque, plus une personne est dépendante (physiquement ou psychologiquement), plus le risque d'être maltraitée augmente.

Tout événement qui augmente la surcharge de travail (ex : incontinence, diarrhée, vomissements) peut être source de maltraitance et ce d'autant que l'institution travaille à flux tendu en terme de personnel. Il faut garder à l'esprit que l'épuisement des professionnels est une source importante de maltraitance.



Prévenir la maltraitance suppose d'avoir développé une politique de confiance au sein de l'établissement, d'avoir fait en sorte que ce sujet ne soit pas tabou et d'avoir mis en place une politique de gestion des ressources humaines et de formation telle que toutes les équipes au sein de la structure sache la reconnaître, l'identifier, la dénoncer et lutter contre. En effet, malgré sa bonne volonté, le personnel peut se retrouver en situation de maltraitance s'il n'a pas une formation adaptée.

Le rapport de l'Inspection générale publié en 2006 montre que la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables n'a pas été très efficace ! Or aucun acte de maltraitance ne peut être toléré et les sous effectifs ne doivent pas constituer une excuse même si, on le sait, ils augmentent la probabilité de surmenage et donc la menace de maltraitance.

La maltraitance faisant partie de l'univers du soignant, le médecin coordinateur et le directeur de l'établissement doivent s'impliquer dans sa prévention en mettant en oeuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité impliquant une politique de formation de tout le personnel.

La prévention et la lutte contre les maltraitements envers les personnes vulnérables font l'objet d'une volonté politique. Le 30 avril 2002, la circulaire ministérielle n°2002-265 prévoit la mise en place de dispositifs de prévention au sein des établissements et précise les conditions de signalement de situations rencontrées. Le 29 janvier 2003, le gouvernement lance un plan de lutte nationale contre la maltraitance à l'origine de la création d'un comité de vigilance et de la mise en place d'un dispositif de contrôle et d'inspection des établissements sanitaires médico-sociaux. En 2006, la prévention de la maltraitance fait partie des thèmes prioritaires de formation et le 21 mars 2007, un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance est lancé conjointement à la création de l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM) ou « agence de la bientraitance ». Cette agence évaluera régulièrement les établissements et mettra à leur disposition des guides de bonnes pratiques pour développer la démarche qualité.

## **2 – LA FORMATION EN PRATIQUE**

Cette formation propose une démarche pour identifier les situations de maltraitance, les aborder, leur trouver une solution et les prévenir

### **Plan de la journée**

La formation d'une durée de sept heures regroupe 15 personnes maximum issues de plusieurs établissements.

#### **A- Définir et identifier**

#### **B- Les facteurs déclenchants**

#### **C- Mise en situation : jeux de rôle et discussion**

#### **D- Conduite à tenir face à une maltraitance constatée, comment détecter une personne maltraitée**

#### **E- Modes de prévention**

#### **F- Les contentions**

#### **G- Aspect juridique**

#### **H- Les engagements individuels et collectifs**

#### **I- Conclusion**

## **J- Evaluation des connaissances**

### **A – Définition et identification**

Après une définition de la maltraitance, les différents types de maltraitance sont présentées selon la classification en 6 points du conseil de l'Europe et illustrées par des exemples concrets. A titre d'exemples, pour concrétiser la notion de violence psychologique, c'est une auxiliaire de vie qui éloigne volontairement téléphone et télécommande de la personne alitée pour la punir d'avoir uriné dans le lit ; c'est un conjoint qui répond systématiquement à la place de sa femme lors d'un entretien. Pour illustrer la violation des droits : pas d'organisation des élections en maison de retraite, subtilisation des courriers par un membre de la famille, consentement aux soins non obtenus et acharnement thérapeutique. De même pour rendre plus compréhensible la notion de négligence passive ou négligence sans intention de nuire différentes situations sont évoquées : ne pas tenir compte de la douleur physique, l'ignorer ou la minimiser, donner des repas non équilibrés et insuffisants, ne pas mettre à disposition du matériel adéquat pour la manutention entraînant une chute, violer une obligation particulière de prudence ou de sécurité exposant autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures). L'exclusion mérite aussi l'attention : soigner une personne en l'ignorant ou en parlant à une autre (une situation fréquente !), ne pas intervenir quand une personne ou un groupe exclut une autre personne.

La rigueur des horaires qui ne permet pas de respecter le rythme de chacun, la non observance de l'obligation d'hygiène qui implique les soins d'incontinence et le change régulier de vêtement, des locaux mal adaptés illustrent la violence institutionnelle.

### **B- L'identification des facteurs déclenchants**

Pour l'identification des facteurs déclenchants, des groupes de 2-3 personnes sont amenées à réfléchir aux facteurs déclenchants et leur données sont rapportées sur un paperboard selon 4 items qui concernent la personne âgée, le soignant, la famille et les proches, l'institution.

#### **- Concernant la personne âgée :**

Le premier facteur de la maltraitance est la faiblesse. En effet, avec l'avance en âge, la personne âgée subit des modifications tant sur le plan physique (diminution de l'acuité sensorielle, diminution de la force musculaire, de la souplesse, lenteur des réactions, dépendance, maladie) que psychique (troubles des fonctions supérieures : mémoire, analyse, jugement, vigilance .. ; perte des facultés d'adaptation à la chaleur, au froid, face à un incendie les rendant vulnérables aux dangers domestiques). L'âge amène une anxiété et une appréhension avec une résistance à tout changement (cadre de vie, hospitalisation, deuil, angoisse de la mort, perte d'autonomie, refus du handicap, refus de se voir vieillir, sollicitations répétées rendant ces personnes âgées vulnérables à leur tour, maltraitantes pour ses proches, les soignants, les autres résidents.

A côté de la faiblesse engendrée par le phénomène naturel du vieillissement, il existe en institution des facteurs secondaires qui fragilisent encore la personne âgée : le « deuil » du chez soi, le cadre, le silence, le manque d'information, la perte des repères habituels, la séparation, les mauvaises relations familiales, l'abandon ...

**- Concernant le soignant**

L'impolitesse et la mauvaise humeur, le « pouvoir » du soignant, la fatigue, le stress, le « burn-out », la fragilité propre à chacun, le seuil de tolérance faible pour certains, les préoccupations personnelles, les mauvaises relations au sein de l'équipe, la non reconnaissance du travail effectué, le manque d'organisation, le manque de formation...

**- Concernant la famille et les proches**

Leur tolérance peut être altérée du fait de la culpabilité qu'ils éprouvent, des conflits, de l'épuisement ou du déni de la maladie.

**- Concernant l'institution**

Le manque d'informations, d'organisation des soins, le manque d'écoute et de souplesse sont autant de facteurs de maltraitance.

Afin d'identifier les maltraitances, chacun effectue le test, selon l'enquête RIFVEL (ref : [www.fep.montreal.ca/violence](http://www.fep.montreal.ca/violence)) qui répond à 4 questions : Qui est maltraité ? Quel est son comportement ? Qui peut être maltraitant ? Quel est son comportement ?



# LE PROFIL ET LE COMPORTEMENT



1 Profil de la personne que je crois être maltraitée		2 Comportement de la personne que je crois être maltraitée			
Cette personne...		Cette personne...			
	oui	non	oui	non	
1 Est dépendante de l'aide d'autrui pour les soins de base (se nourrir, faire sa toilette, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Vit en réclusion évidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Reçoit l'aide d'une même personne depuis longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Chute sans raison apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Souffre d'un handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Est incapable (ou embarrassée) d'expliquer ses blessures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Souffre de douleurs chroniques peu ou pas soulagées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Demande la permission à un tiers pour répondre aux questions qu'on lui pose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Est désorientée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Dit qu'on la maltraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ne peut communiquer ses émotions, ses expériences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Exprime son intention de se séparer de la personne avec qui elle vit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Souffre d'une maladie mentale ou dégénérative (ex. : Alzheimer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Dit qu'on lui doit de l'argent, qu'il lui manque de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Présente des troubles de comportement (déambulation, agressivité, cris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Se plaint du manque de confort de son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Consomme avec excès de l'alcool ou des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Perd du poids de manière inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Est traitée pour dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Paraît effrayée, méfiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Vit seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Présente une apparence négligée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Est mariée et a connu des problèmes de violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Menace de se suicider ou souhaite mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 A peu de contacts avec sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 A l'air calme à l'excès, apathique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Entretient des relations avec un seul membre de sa famille qui vit des difficultés économiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Pleure facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 N'a pas le contrôle de ses avoirs financiers ou de son argent au quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Change brusquement d'humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Vit chez un membre de sa famille en lui payant une pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Si vous répondez « OUI » à trois questions ou plus, il est probable que votre intuition est fondée: vérifiez-la en prenant contact avec un professionnel dont l'adresse figure au dos de ce test.*



# LE PROFIL ET LE COMPORTEMENT



## 1 Profil de la personne que je crois être maltraitante

Cette personne...	oui	non
1 Vit avec la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 S'occupe d'elle depuis longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Dépend financièrement de la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Est soumise à une surcharge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Souffre elle-même de problèmes de santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Est confrontée à des problèmes familiaux, conjugaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Est traitée pour une dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Consomme avec excès de l'alcool, des drogues ou des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Est isolée socialement (peu d'amis ou de famille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ne reçoit pas de gratification pour ce travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 N'est pas préparée à aider une personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Accepte mal la charge de soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Refuse de demander de l'aide aux professionnels ou à l'entourage (famille, amis, voisins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ne reçoit aucun appui pour cette charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 A des problèmes financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous répondez « OUI » à trois questions ou plus, il est probable que votre intuition est fondée: vérifiez-la en prenant contact avec un professionnel dont l'adresse figure au dos de ce test.

## 2 Comportement de la personne que je crois être maltraitante

Cette personne...	oui	non
1 Prive la personne âgée de l'aide et des soins dont elle a besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Prive la personne âgée de nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Isole la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Refuse de laisser la personne âgée seule avec un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Limite les dépenses de la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Insulte la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Menace la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Réprimande la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Harcèle la personne âgée, se montre inutilement exigeante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Se plaint du comportement de la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Critique constamment la personne âgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Déprécie la personne âgée, l'humilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Se montre agressive à l'égard d'un tiers (ex. : bris d'objet, intimidation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Paraît méfiante, soupçonneuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Dépense plus d'argent que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous répondez « OUI » à trois questions ou plus, il est probable que votre intuition est fondée: vérifiez-la en prenant contact avec un professionnel dont l'adresse figure au dos de ce test.

### C- Jeux de rôle

Les jeux de rôle permettent de matérialiser et de mémoriser des actes relevant de négligences passives, de loin les plus fréquentes. Des équipes soignant/malade sont constituées pour préparer les jeux de rôle illustrant des situations de la vie courante en institution.

Dans le premier cas, le résident est dans son lit. Les soignants refont le lit au dessus de sa tête en parlant de leur dernier week-end et sont agacés par les questions que

pose le résident. Une personne joue le rôle du résident, 2 autres jouant le rôle des soignants.

Dans le second cas, le soignant apporte un plateau complet (repas, couverts, verre) et l'installe au résident non voyant (la personne jouant le résident a les yeux bandés), lui dépose sur la table en lui souhaitant bon appétit et quitte sa chambre.

Dans le troisième cas, le soignant donne à manger à un résident dépendant. Le résident est assis à table. Le soignant est pressé, lui donner à manger vite, sans essuyer la bouche, avec une grande cuillère et ne prend pas le temps de lui donner à boire.

Dans le quatrième cas, le soignant qui vient de terminer le ménage, sort de la chambre sans avoir réinstallé à portée de main du résident dépendant alité qui ne peut pas bouger son téléphone, sa télécommande, la sonnette, le verre d'eau, ses lunettes et ses revues.

A l'issue de ces jeux de rôle où chaque attitude sera discutée, les grands principes du Respect de la Dignité sont rappelés :

- ◆Frapper avant d'entrer
- ◆Dire bonjour et se présenter
- ◆Prévenir de ce qui va être fait
- ◆Expliquer les soins qui seront faits
- ◆Laisser un verre d'eau rempli à portée de main
- ◆Tenir compte des désirs et volontés des résidents et leur demander leur appréciation des soins
- ◆Tout faire pour obtenir le consentement du patient lors des soins
- ◆Veiller à l'installation des pieds sur les repose-pieds des fauteuils roulants
- ◆Veiller à la fermeture effective des barrières de lit quand il y en a
- ◆Toute contention doit être prescrite
- ◆Fermer les fenêtres et les portes pendant la toilette
- ◆S'assurer du calme ambiant (éviter les TV en marche en permanence)
- ◆S'assurer d'un éclairage adapté
- ◆S'assurer d'une température ambiante adaptée

#### **D- Quelle conduite à tenir face à une maltraitance avérée ?**

La vigilance et la prudence sont de règle car il faut savoir que les victimes ont peur des représailles, peur d'être abandonnées, d'être placées loin de leur proche, d'être délaissées, de créer des conflits et d'être une charge pour la société. De plus, elles ignorent souvent la gravité de leur situation, leurs droits et les possibilités d'aide. Le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance prévoit d'ailleurs avant fin 2009, la création d'un dispositif complet d'écoute et d'accompagnement sur l'ensemble du territoire (réseau ALMA) afin de favoriser une démarche de proximité et faciliter le signalement. Afin de mieux faire connaître le n° national, une campagne d'information grand public devrait être programmée fin 2007.

La prudence s'impose car il faut avoir à l'esprit que la dénonciation par les familles ou des collègues peut être calomnieuse, le patient peut être atteint d'une pathologie mentale à l'origine d'un syndrome de persécution, la personne âgée peut vouloir culpabiliser ses proches ou son entourage.

Des exemples concrets sont présentés aux stagiaires qui réfléchissent en équipe sur la conduite à tenir. Les résultats sont notés sur un paperboard.

En pratique, il faut d'abord en référer à la direction, à l'infirmière, à la surveillante ou au médecin de l'institution et essayer de comprendre les dires de la personne pour essayer de trouver l'auteur de la violence. Aucune solution ne peut être systématisée, chaque cas étant un cas particulier qui aura sa solution particulière. Dans la mesure du possible, la conciliation est toujours préférable (la commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de prise en charge (CRUQ), selon le décret du 2/03/2005 conformément à la loi du 4/03/02 en secteur sanitaire, a pour rôle d'assister et d'orienter les patients qui s'estiment victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement. Le médecin conciliateur reçoit les réclamations, rencontre et informe les plaignants dans le respect absolu du secret médical et de secret de la vie privée. Il a un rôle de médiateur et de modérateur). Dans le secteur médico-social, le médecin coordonnateur et le directeur sont les conciliateurs. Un soutien psychologique est initié auprès de la personne maltraitée ainsi qu'un bilan médical et paramédical. On peut être amené à demander une protection juridique type sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle. Les équipes sont réunies afin d'exposer la situation et mettre en place des plans d'action.

## **E- Modes de prévention**

L'ensemble des stagiaires annonce à haute voix les modes de prévention qui sont inscrits et classés par le formateur selon 4 items : individuel, collectif, auprès du patient et de l'institution.

Au niveau individuel il est important de bien se connaître et connaître ses limites. Être respectueux, courtois et poli. Savoir se faire remplacer si on perd patience. Bien se gérer pour éviter la fatigue, le stress et l'énerverment. Savoir prendre du recul et positiver. Chercher à se former, à mieux s'informer et pouvoir en parler au sein de l'institution.

Au niveau des équipes, c'est l'intérêt des transmissions orales et écrites, des plans de soins infirmiers à visée préventive et d'accompagnement. Il est important d'élaborer des procédures de travail avec une répartition précise des tâches de chacun. Créer des lieux d'expression libre (groupes de paroles), pouvoir réfléchir en équipe sur les valeurs éthiques de nos fonctions et sur l'amélioration de la qualité et la prévention du « burn-out ».

Auprès du patient, empathie, écoute et communication verbale forment un trépied indispensable.

Au niveau de l'institution il est important de former, d'écouter, de soutenir et de rester vigilant.

## **F- Cas particulier de la contention physique**

### **Définition**

Selon l'ANAES (HAS aujourd'hui) dans son rapport d'octobre 2000 (*Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*), la contention physique dite passive se caractérise par l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.



Le principal argument mis en avant est la sécurité de la personne et avant tout la prévention des chutes. Mais, la déambulation, les troubles du comportement voire les mesures disciplinaires sont de faux motifs.

Le recours à la contention implique d'en connaître au préalable les risques, de savoir la réévaluer régulièrement et doit faire l'objet d'un programme de soins individualisé (toute contention doit être prescrite pour un temps donné).

En ce qui concerne la contention médicamenteuse, le médecin coordonnateur joue un rôle pédagogique car la prescription, qui émane du médecin traitant, répond toujours à une demande des soignants. Il faut donc former les soignants afin qu'il aient une autre réponse que la camisole chimique.

### **Les risques**

Les stagiaires énoncent les risques liés à la contention physique et le formateur les classent en fonction de 4 rubriques : physiques (fonte musculaire, anorexie, fausses routes, lésions cutanées, strangulation, trouble du transit) psychologiques (repli sur soi, agitation, syndrome de glissement, résignation, sentiment d'emprisonnement), sociales (perte de dignité, restriction des libertés individuelles, déshumanisation) et répercussions sur l'équipe (culpabilité, anxiété, ressenti pénible).

### **Les recommandations de bonne pratique**

La décision d'immobiliser une personne âgée au lit ou au fauteuil est une décision médicale éclairée par l'avis de l'équipe soignante. Elle ne doit être prise qu'après avoir évalué les risques et les besoins (balance bénéfices/risques), en l'absence d'autres alternatives. La pose d'une contention impose un programme de soins et de surveillance et faire l'objet d'ainsi d'une réévaluation au moins journalière

En tant qu'acte de soins, la décision doit être prise avec le consentement éclairé du patient après lui avoir expliqué les motifs et la possibilité de la lever si besoin. Il faut aussi informer la famille des raisons et des risques.

La contention doit faire l'objet d'une prescription médicale, horodatée (durée dans la journée et dans le temps), précisant les risques à prévenir, le matériel à utiliser et le programme de surveillance.

Dans tous les cas, il faut garder à l'esprit que le recours à la contention doit être le moins souvent possible, le mieux possible et le moins longtemps possible et c'est au médecin coordonnateur de mettre en place une politique de réduction de son usage.

## **G- L'aspect juridique de la maltraitance**

Le fait d'être lié au secret professionnel autorise la révélation de sévices ou de privations infligées à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique (article 226/14 du nouveau code pénal). A l'inverse une non dénonciation de mauvais traitement peut être punie Il faut donc dans un premier temps le signaler à son supérieur hiérarchique. Après une enquête interne et l'évaluation de la gravité, la direction avertit la DDAAS et en cas de gravité avérée les autorités judiciaires (le procureur de la république).

Au 31 décembre 2005, 311 signalements en établissement dont 39 % en établissement pour personnes âgées ont été porté à la connaissance des DDASS (contre 5318 au domicile !). Dans 55 % des cas, les signalements sont faits par le



personnel de l'établissement, 17 % par les familles et 10 % par les victimes (ref : *Direction générale de l'action sociale 2005*).

La personne ayant signalé le cas bénéficie d'une protection juridique. En revanche, si l'accusation est sans fondement, il peut donner lieu à une plainte en diffamation ou plainte pour dénonciation calomnieuse.

### **H- Les engagements individuels et collectifs**

Chaque stagiaire inscrit alors sur son livret ses propres engagements pour l'amélioration de sa prise en charge au quotidien auprès des résidents.

Le formateur énonce alors les engagements collectifs de l'équipe : démarche qualité, traçabilité, information claire sur le fonctionnement des établissements.

### **I- En conclusion : se souvenir que ...**

Il faut se souvenir que la famille est le milieu le plus chaleureux mais aussi le plus dangereux.

Que parfois, il est difficile de savoir qui est l'agresseur et qui est l'agressé.

Il faut avoir à l'esprit que la maltraitance est bien souvent une maladie de la tolérance et que notre propre degré de patience, d'adaptabilité, de tolérance peut diminuer. Il est important de savoir repérer précocement la maltraitance, dont les formes sont diverses et d'agir pour protéger la victime.

Se souvenir qu'un patient peut aussi être ou devenir une personne maltraitante, que la maltraitance est avant tout liée à l'ignorance, au manque d'information et de compétence et que la prévention reste le meilleur traitement.

### **J- Evaluation des connaissances**

A l'issue de la formation, chacun peut s'évaluer en répondant à un QCM d'une vingtaine de questions.

Proposition de QCM

- 1- Définir la maltraitance
- 2.- La négligence lors d'un acte de soin n'est pas une maltraitance  
vrai *Faux*
- 3- Parmi ces violences entourer celles qui sont suspectes de maltraitance  
2 résidents sont retrouvés dans le même lit  
*1 patient a des hématomes aux poignets*  
*Les résidents opposants sont menacés de contention*  
*Un soignant reçoit des cadeaux personnels*  
*L'usage de pourboire est de mise pour obtenir de l'attention supplémentaire*  
Oter les sucreries de la chambre d'un diabétique  
*Aérer la chambre pendant les soins pare qu'il fait trop chaud*  
*Menu non modifié en fonction de convictions religieuses*  
Le résident refuse la toilette qui est alors imposée  
*Le petit fils d'un résident « empreinte » régulièrement sa carte bancaire*
- 4- Quels sont les situations qui relèvent de la maltraitance  
*Pour des raisons de service, Mr X est couché à 19H alors qu'il aime rester au salon TV pour regarder les informations de 20h*

*Le petit déjeuner est servi entre 7h et 7h30, même si les résidents dorment*  
*Madame A vous appelle sans arrêt pour des choses futiles*  
*Madame H n'a pas de famille, le directeur ouvre son courrier personnel*  
*Monsieur Y a une démence évoluée en fin de vie et sa famille insiste pour le réanimer*

5 – Quelles sont les situations de vulnérabilité

*La dépression*  
*La violence*  
*L'isolement*  
*L'invalidité*  
*La vie en institution*  
*La démence*

6 - De quoi devez vous vous protéger pour ne pas être négligent ?

*de ma mauvaise humeur*  
*de mon surinvestissement*  
*de mon indifférence*  
*de mon esprit « solitaire »*  
de refuser les formations proposées

7 – A domicile, une famille peut être maltraitante envers un proche car

*Elle est épuisée par sa dépendance*  
*Elle menace de ne plus s'occuper de lui*  
*Elle dénie la maladie et veut faire comme avant*  
Elle le stimule alors qu'il souffre physiquement  
*Elle refuse toute aide extérieure*  
Elle recherche des soutiens à l'accueil de jour

8 - Une institution peut être maltraitante car

elle a des horaires « à la carte »  
elle tient compte des visites personnelles  
elle demande la participation des familles aux animations  
*elle accueille des résidents sous tutelle sans leur consentement*  
*les projets de vie sont méconnus des soignants*  
*les projets de soins sont élaborés par les IDE et le médecin*

*uniquement*

9 – Ordonner chronologiquement votre action avant la toilette du patient

- a) fermer la porte de la salle de bain
- b) saluer le résident
- c) se présenter
- d) annoncer ce que l'on va faire
- e) obtenir son consentement
- f) frapper avant d'entrer
- g) allumer la lumière
- h) se rendre avec le résident à la salle de bain

*f-b-c-g-d-e-h-a*

10 – Quelles sont les raisons qui font que les victimes peuvent avoir peur de dénoncer des actes de malveillance ?

*crainte de l'exclusion  
peur d'être abandonnée  
ignorance de ses droits  
habituée des violences familiales  
peur des représailles  
crainte d'être changée de résidence*

11 – Vous constatez des ecchymoses sur le corps d'un résident que vous connaissez. : ordonner les réponses

- a) je vérifie qu'il n'a pas chuté
- b) je préviens l'IDE
- c) l'IDE vient constater et confirmer l'absence de chute connue
- d) l'IDE ou la surveillante alerte la direction
- e) je rassure le résident
- f) je lui demande ce qui est arrivé
- g) l'IDE appelle le médecin présent et le psychologue
- h) la direction appelle sa famille

*f-a-e-b-c-d-g-h*

12- Quel est l'objectif d'une contention physique ?

*mettre une personne en sécurité  
éviter les agressions envers d'autres résidents  
éviter la déambulation*

13 - Cocher les bons motifs de contention :

*prévenir les chutes à répétition  
lutter contre les fugues  
avoir moins à surveiller en raison du manque d'effectifs  
empêcher l'appui après une fracture  
stabiliser un résident qui glisse du fauteuil  
gérer un trouble du comportement  
punir un résident trop « entreprenant »*

14 – l'équipe peut utiliser une contention quand :

*le médecin a fait une prescription  
c'est une décision collégiale  
d'autres alternatives ont échoué  
la famille est avertie et a signé l'autorisation  
les risques de chute sont importants  
le résident a besoin de diminuer son angoisse de la chute*

15 – Les conséquences d'une contention physique peuvent être :

*sentiment d'emprisonnement*



## Conclusion

La mise en œuvre d'une politique de formation au sein de l'établissement fait partie des missions du médecin coordonnateur. L'étude de la répartition des temps de mission l'évalue à 4% du temps. C'est un temps indispensable car l'amélioration de la qualité des soins, objectif prioritaire du médecin coordonnateur, passe par une bonne formation des équipes intervenant au sein de l'Ehpad.

Si l'exemple du groupe Orpéa a été choisi, c'est parce que la politique de formation mise en place peut servir d'exemple et de trame pour tout médecin coordonnateur qui ne bénéficie pas d'une telle organisation.

Le cas particulier de la prévention de la maltraitance illustre de façon concrète le déroulé d'une formation. Contrairement à des thèmes comme la prévention des chutes ou la prévention de la malnutrition, la formation à la prévention de la maltraitance ne fait pas l'objet de protocoles bien systématisés. Cet exemple peut ainsi servir de guide à tout médecin coordonnateur qui souhaiterait la mettre en place dans son établissement.

La notion de maltraitance regroupe en effet des situations de nature différente qui ont toutes pour effet d'entraîner la souffrance d'une personne vulnérable.

En institution, les négligences et les maltraitements psychologiques sont les plus nombreuses. Or, les risques de maltraitance constituent l'exemple type de risques qui peuvent être anticipés par une sensibilisation des personnels à qui on donne les moyens de faire évoluer leurs comportements afin d'optimiser la qualité de vie des résidents. N'oublions jamais que l'incompétence et l'ignorance font le lit de la maltraitance.

Cette formation à la fois didactique et active (par les jeux de rôle notamment) a le mérite d'aborder tous les aspects de la maltraitance et permet ainsi de développer la culture de la « bienveillance » au sein des établissements.

Cette notion, appelée à se développer, est d'ailleurs dans notre pays à l'origine de la création en mars 2007 de l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM). Son but est de développer la culture de la bienveillance au travers de missions visant à élaborer et approuver les bonnes pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité des prestations ; promouvoir une démarche qualité orientée vers les usagers ; habiliter les organismes indépendants qui seront chargés de mesurer périodiquement la mise en œuvre de bonnes pratiques, et éventuellement l'écart entre la qualité attendue et la réalité de leur fonctionnement et accompagner les établissements et services dans une démarche d'amélioration continue de leurs prestations, au bénéfice des résidents.

Face aux plaintes de plus en plus nombreuses et à l'augmentation significative de la notion de risque de maltraitance dans les maisons de retraite évoquées par les français lors d'un sondage récent, il est indispensable de donner aux personnels des Ehpad une formation adaptée.

Le médecin coordonnateur dont la mission est d'améliorer la qualité des soins et par là même la qualité de vie des résidents doit sensibiliser les personnels au risque de maltraitance et développer par une formation appropriée la notion de bienveillance afin que chacun se sente concerné et reste vigilant dans sa pratique de tous les jours.

## REFERENCES

- 1- circulaire n° DHOS/P2/2005/257 du 30 mai 2005
- 2 - Malbec JC- Missions du médecin coordonnateur
- 3 - Ministère de l'emploi et de la solidarité. Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Guide d'accompagnement Angelique, ENSP, juin 2000
- 4 - Lecllet H. Vilcot C. : Les indicateurs qualités en santé (p. 22) Paris AFNOR, 2001.
- 5 - Mémoire DIU médecin coordonnateur « rôle du médecin coordinateur dans la motivation des différents acteurs en ehpad » sophie dupuy 2003-2204.
- 6 - Enquête TNS SOFRES-Fédération Hospitalière de France réalisée le 11 et 12 avril 2007
- 7- Berg N., Moreau A., Giet D. La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société ; Rev Med Brux, 2005 , S344-S349.
- 8- Belfer.R., Maltraitance, en parler c'est déjà prévenir., l'infirmière magazine, n° 89
- 9- What is elder abuse ? Action on Elder Abuse Bulletin, 1995 ;11
- 10 - E. Podnieks , National survey on abuse of the elderly in Canada. J Elder Abuse Neglect 1992 ; 4 : 5-58.
- 11- IGAS, décembre 2005
- 12 – Hugonot R. , La maltraitance dans les EHPAD, 4<sup>e</sup> assises nationales du médecin coordonnateur en EHPAD, 2007
- 13 - Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en oeuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux- IGAS, décembre 2005).
- 14 - Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative, Etudes et Résultats, n° 370, janvier 2005.

