

Université René Descartes – Paris V
Faculté Cochin-Port Royal

*Prévention de la Maltraitance en milieu gériatrique.
Un exemple de projet de mise en place d'une
Commission de Suivi de la Bienveillance
dans un Etablissement d'Hébergement
pour Personnes Agées Dépendantes.*

Docteur Jean-Pierre Moulinié

Diplôme Inter Universitaire
de
Médecin Coordonnateur en EHPAD

Directeur de l'enseignement : Professeur Anne-Sophie Rigaud

Responsables de l'enseignement : Docteurs Serge Reingewirtz et Jean-Claude Malbec

Directeur de Mémoire :
Docteur Jean-Jacques Arvieu
Chef du pôle Gériatrique
« Les Abondances »
Boulogne-Billancourt

Année Universitaire 2008-2009

SOMMAIRE

1) Remerciements	p 2
2) Introduction	p 3 à 5
3) 3-1 La personne âgée dépendante fragile et vulnérable	p 5 à 8
3-2 La maltraitance	p 8 à 11
3-3 La bientraitance	p 8 à 11
4) Présentation du Centre gérontologique « les Abondances »... Historique de la création de la commission de suivi de la bientraitance	p 12 à 13
5) 5-1 Présentation de la résidence « Océane »	p 14 à 15
5-2 Enquête interne sur la protection de la personne âgée à la résidence Océane	p 15 à 24
5-2-1 - Population de l'enquête	
5-2-2 - Méthodologie	
5-2-3 - Résultats	
5-2-4 - Discussions, synthèse	
5-3 Elaboration du projet à la résidence	p 25 à 28
5-3-1 - Objectifs	
5-3-2 - Méthodologie	
5-3-3 - Evaluations	
5-4 Mise en œuvre du projet	p 28 à 32
5-4-1 - Commission de Suivi de la Bientraitance	
5-4-2 - Equipe opérationnelle de bientraitance	
5-4-3 - Synthèse, évaluation, perspectives	
6) Conclusion	p 33 à 34
7) Bibliographie	p 35 à 37
8) Glossaire	p 38 à 39
9) Résumé et mots clés	p 40
10) Annexes	p 41

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants du diplôme, en particulier au Professeur Anne-Sophie Rigaud,
aux Docteurs Serge Reingewirtz et Jean-Claude Malbec.

Au Docteur Jean-Jacques Arvieu, chef du pôle gériatrique du Centre de Gériatrie
« Les Abondances » à Boulogne-Billancourt, qui a bien voulu m'accueillir dans son service à
l'occasion de mon stage pratique
et qui a accepté d'être mon Directeur de Mémoire dont il a été l'initiateur.

A toute son équipe les Docteurs Brigitte Atchia, Youssef Boudiba, Jamileh Jafarbay,
Leïla Draïa, Delphine Varoquaux, Nadjat Djili, Léa Sharifian, Mme Emmanuelle Garoche
coordinatrice de l'UEOG, les secrétaires médicales Mmes Françoise Rio et Claire Durand
pour leur gentillesse, leur patience, leur professionnalisme, leur enseignement au cours de
mon stage et surtout leur grande disponibilité à mon égard.

Des remerciements tout particuliers au Docteur Brigitte Atchia
qui m'a tout particulièrement aidé et conseillé dans la conception de ce mémoire.

INTRODUCTION

« Est-ce que nous accepterions pour nous-mêmes ce que nous faisons, ou ne faisons, à nos vieux aujourd'hui ? »

Geneviève Laroque
Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie (24)

La maltraitance institutionnelle des personnes âgées est restée longtemps un sujet « tabou » (24). La prise de conscience de l'existence de ce néologisme a émergé à la fin des années 80 grâce au Professeur Robert Hugonot et à ses travaux (9). Des affaires de négligence ou de violences dans des « maisons de retraite » ont alerté et ému l'opinion publique, ces actes souvent banalisés sous le couvert de soins ordinaires dispensés par le personnel soignant, pouvaient aussi être ceux des résidents entre eux ou même des familles, mais dans tous les cas étaient favorisés par la perte d'autonomie de ces personnes âgées.

Les pouvoirs publics ont pris conscience de ces problèmes, des plans et diverses mesures ont été mis en place pour lutter contre ce grave problème de société (13-15-16-21). La maltraitance des personnes âgées où qu'elles se trouvent est inacceptable et doit être prévenue et combattue par la bientraitance.

Particulièrement sensibilisé lors de mon stage pratique aux « Abondances » de Boulogne-Billancourt dans le service du Dr Jean-Jacques Arvieu j'ai pensé mettre en place dans mon établissement, à l'instar d'une vigilance sanitaire comme un Comité de Lutte contre les infections nosocomiales (CLIN, une Commission de Suivi de la bientraitance (CSB), calquée sur cette création originale du Dr Arvieu et de son équipe.

Comment aborder la prévention de la maltraitance en milieu gériatrique ? (13)

Ce problème de la prévention est très développé dans la littérature sur la maltraitance.

Les cinq propositions suivantes semblent être indispensables :

- Avoir des procédures clairement définies
- Instaurer un management approprié
- Avoir des conditions de travail adaptées
- Favoriser la communication et la réflexion
- S'adapter aux usagers

De nombreux travaux, rapports, mémoires (24-25-27) et articles donnent une liste des actions de prévention. Michel Debout dans son rapport (6) en propose un certain nombre dont je citerais quelques exemples :

- Pour mieux connaître :

Enquête nationale, repérage des faits et situations portés à la connaissance des autorités dans le cadre du registre national, création d'un observatoire des violences, campagne de communication de proximité.

- Pour révéler, repérer, prendre en charge :

Extension de l'accueil et de l'écoute téléphonique à tout le territoire national, organiser le suivi et la gestion des situations de maltraitance, sensibiliser les professionnels au repérage de la maltraitance, élaborer un guide de bonnes pratiques à leur usage, inscription des items de maltraitance dans le dossier de soins et le dossier médical, permettre aux victimes et aux témoins de révéler les faits plus facilement.

- Pour protéger :

Rappel aux intervenants des sanctions civiles et pénales, renforcer les missions de contrôle des DASS, engager le programme pluriannuel national d'inspection et de contrôle au titre de la prévention de la maltraitance.

- Pour prévenir :

Garantir les droits et libertés des usagers des structures sociales et médico-sociales, améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées, renforcer la coordination pour éviter les ruptures de prise en charge, former les intervenants, respecter la personne âgée et soutenir les aidants familiaux et les professionnels.

Robert Moulias, liste différentes solutions pour prévenir les maltraitances en institution médico-sociale du secteur des personnes âgées (7), dont je citerais parmi celles proposées deux solutions d'effets rapides :

- *Evaluation des pratiques, présence de psychologue et d'animateur.*

Quatre solutions d'effets immédiats :

- *Sensibilisation des institutions et de leur personnel,*
- *Convention avec un service de gériatrie,*
- *Reconnaissance des professionnels,*
- *Place importante des associations.*

Un rapport du sénat a lui aussi établi un rapport de 27 propositions pour prévenir la maltraitance (19). L'UNAPEI dans un livre blanc paru en 2000, liste à son tour un certain nombre de propositions (20). Enfin Robert Hugonot (8) fait quant à lui remarquer que « *la lutte contre toutes les formes d'exclusion doit être l'axe principal de la prévention des maltraitances* ».

Avant d'essayer de rappeler et de définir dans les trois chapitres suivants les notions de vulnérabilité, de fragilité rattachées à la vieillesse et de maltraitance, de bientraitance et afin d'introduire la présentation du sujet de ce mémoire, rappelons ce qu'écrit Jean-Jacques Arvieu, concepteur et créateur avec toute son équipe, d'une commission de suivi de la bientraitance (CSB) au pôle gériatrique « les Abondances », du concept de bientraitance (1) (26).

« ...La nouveauté c'est le développement de la bientraitance. Il faut entendre ici l'affirmation de la volonté d'intégrer ce concept dans l'organisation et la gestion des établissements, y sont notamment citées la gestion des ressources humaines et la formation obligatoire en matière de lutte contre la maltraitance et de promotion de la qualité...Nous préférons adhérer au concept de bientraitance qui est d'avantage conforme à notre mode d'action et plus en phase avec la démarche d'amélioration continue de la qualité. Il s'agit de promouvoir le savoir faire par la protocolisation des actes...basés sur des référentiels de bonnes pratiques, ils décrivent comment bien faire et donc bien traiter, en l'occurrence, la personne âgée.

Il faut mettre en place une culture de la bientraitance reposant sur le respect de la personne. Cela passe par un projet de vie et de soins adaptés et personnalisés ».

3)3-1 LA VIEILLESSE OU LA PERSONNE AGE DEPENDANTE, FRAGILE ET VULNERABLE

On aborde ici la notion de **vieillesse** aboutissement logique, biologique normal de tout être humain qui est le vieillissement évoqué à l'entrée civile de la soixantaine. Ce vieillissement normal a bien entendu des retentissements physiologiques, psychologiques et sociaux étroitement liés et que nous évoquerons brièvement.

Aspects physiologiques :

Tous les différents systèmes sont atteints, cardiaque, pulmonaire, vasculaire, cérébral, neurosensoriel, rénal, musculaire et osseux.

Ce déclin généralisé est accentué par la diminution de la mobilité et de l'activité physique. Il est aggravé par la moindre pathologie surajoutée.

Aspects psychologiques et psychomoteurs :

Apparition de troubles praxiques, de troubles du langage, de l'écriture, de troubles cognitifs et de la mémoire, de l'équilibre avec son corollaire de risques de chute dont on sait la gravité.

Aspects sociaux :

Le réseau social de la personne âgée diminue, favorisant l'isolement. La société et la culture aggravent la sensation de perte des responsabilités dont le passage à la retraite des activités professionnelles est l'exemple le plus marquant.

Si on admet qu'il n'y a pas réellement d'âge biologique de la vieillesse, alors peut-on dire peut-être que sa représentation commence vers l'âge de 65 ans, qui correspond à une période de la vie où la plupart des personnes sont retirées de la vie active.

Le nouveau concept de **fragilité** :

Né aux Etats-Unis dans les années 90, il se développe en France sous l'impulsion du Pr Bruno Vellas, responsable du pôle gérontologique de Toulouse et du Pr Yves Rolland (22) dont l'idée est de *prévenir la fragilité pour repousser le plus tardivement possible la dépendance et la maladie chez les personnes âgées.*

Qu'est ce que la fragilité ?

Les définitions sont nombreuses et évoluent avec le temps. Parmi les plus récentes on pourrait dire « *C'est un syndrome gériatrique résultant de diverses modifications physiologiques liées à l'âge, pouvant survenir indépendamment de pathologies spécifiques (4)* » ; ou « *La fragilité devient une entité pour décrire une situation instable que l'on tente de définir sur des bases physiques, biologiques, psychologiques, environnementales, économiques et sociales (24)* »

La fragilité aussi peut-être abordée de différentes façons qui sont complémentaires (3) :

- *Sur le plan médical, la personne âgée fragile est poly pathologique... Elle présente des syndromes gériatriques (marqueurs de la fragilité) comme les chutes itératives, la confusion aiguë, l'incontinence.*
- *Sur le plan de l'approche fonctionnelle, la personne âgée ayant besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne*
- *Sur le plan de l'approche de la diminution des réserves physiologiques de la personne âgée : réserves nutritionnelles (perte de poids, anorexie, sarcopénie), force musculaire, capacités cognitives, aptitudes psychomotrices, intégration sociale.*

Les personnes âgées présentent donc un risque de déstabilisation face aux stress que représentent une maladie aiguë intercurrente, une chute, un deuil.

La fragilité est un état évolutif, on estime que 10 à 25% des personnes âgées sont fragiles, surtout si elles ont plus de 85 ans.

La fragilité peut être évaluée, il existe pour cela des outils et des échelles :

- L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)
- Le Mini Mental State Examination (MMSE), pour la fonction cognitive
- L'échelle de Tinetti pour l'équilibre, la marche, les chutes
- Le Mini Nutritional Assessment (MNA), pour la malnutrition

L'évaluation de cette fragilité permet donc d'en appréhender toutes les composantes et ainsi de pouvoir proposer des actions préventives ou curatives.

La personne âgée fragile est celle qui présente le plus grand risque de dépendance majeure (25).

Notion de vulnérabilité :

Ce concept est très proche de la fragilité.

Nous devons distinguer différentes dimensions...ne pas confondre une incapacité fonctionnelle sur le plan somatique avec une incapacité psychique et un patient en perte d'autonomie fonctionnelle peut rester très autonome dans ses choix et décisions...

Il faudra aussi explorer la sphère sociale, lieu de répercussions d'une incapacité sous forme de dépendance... avec les préjugés qui sont monnaie courante chez les personnes âgées. (2)

Les personnes âgées sont comme les enfants exposées aux violences et à la maltraitance. Cette vulnérabilité est reconnue par le législateur qui exige de protéger la personne vulnérable par les articles 222-13 et 14 du code Pénal, « Réprimant ainsi sévèrement les violences sur les personnes particulièrement vulnérables en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique »

Bien que reconnue cette notion reste imprécise et vague, en fait le concept de vulnérabilité du sujet âgé trouve sa source dans une intrication de facteurs tels que la fragilité physique, intellectuelle, psychologique, l'isolement et les conditions économiques. (Transport d'argent, dépôt de valeurs dans une banque expose la personne âgée à l'agression d'un tiers) (4).

L'ensemble des ces concepts : vieillesse, fragilité, vulnérabilité fait le lit de la maltraitance dans cette population de personne âgées.

3-2 LA MALTRAITANCE

« Tout individu a droit à la vie, à la liberté, et à la sûreté de la personne. »

« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

Articles 3 et 5 de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme
(10 décembre 1948) ONU (14)

Définir la maltraitance n'est pas une chose facile, en effet ce mot est comme la bienveillance un néologisme. Lorsqu'on parle de maltraitance on peut utiliser des termes ou des mots qui décrivent la même réalité : violence, sévices, abus, négligence, viols.

En fait la maltraitance des personnes âgées est longtemps restée en France un tabou.

Ce n'est qu'en novembre 1987 que ce phénomène suscitera de l'attention et un intérêt progressif grâce au Professeur de Gériatrie Robert Hugonot qui publiera en 1990 « Violence contre les vieux » (9), ouvrage dans lequel il préconisera les premières mesures de protection envers les personnes âgées et attirera surtout l'attention des pouvoirs publics et des professionnels sur cette maltraitance.

Une seconde étude « La vieillesse maltraitée » (10) viendra consolider les réflexions à conduire en face de ces importants et douloureux problèmes.

A son instigation et grâce à son prodigieux travail le premier réseau d'écoute téléphonique spécialisé et de proximité verra le jour en France en 1995 : l'Association ALMA (ALlo Maltraitance ; coordonnées des Centres d'écoutes : numéro national 3977) (annexe VII).

La maltraitance est devenue un sujet de société qui existe aussi bien à domicile qu'en institution. La meilleure définition serait peut-être la suivante :

« La maltraitance naît souvent des interactions quotidiennes entre le personnel et les résidents, les résidents entre eux, les familles et les résidents ou les familles et le personnel. Ces interactions sont d'autant plus fréquentes en institution que le collectif supplante souvent l'individuel. De plus, malgré la volonté des soignants et des familles de bien faire, la personne âgée est parfois « violente ». Ces violences sont alors normalisées sous couvert de soins ordinaires ». (24)

La définition actuelle la plus communément admise est celle donnée en 1987 par le Conseil de l'Europe (10) page 5 : « *Tout acte ou omission, commis par une personne (ou un groupe), qui porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou physique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un groupe) ou qui compromet gravement le développement de la personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* »

De nombreuses classifications des maltraitements existent, plusieurs sont utilisées, aucun consensus n'existe. Je reproduis ici la classification internationale retenue par Robert Hugonot qui se décline en six catégories : (24)

- **Les maltraitements financiers** : le vol, l'extorsion d'argent, le détournement de fonds, les procurations abusives, l'acceptation de pourboires, la privation de ressources.

- **Les maltraitements psychologiques** : Elles se caractérisent par le fait d'ignorer la présence de la personne âgée lors des soins ou de la priver de tout soin, sous prétexte qu'elle est vieille. Le chantage, l'humiliation, les menaces, le harcèlement, l'infantilisation, le tutoiement ou le fait de donner des surnoms.
- **Les maltraitements physiques** : Elles consistent à infliger, sciemment ou non, des souffrances physiques ou à interdire l'accès à des soins de santé de qualité. Pour le personnel ces moyens peuvent accélérer le rythme de travail. Les coups, les fractures, les griffures, l'abus sexuel ou le ligotage.
- **Les maltraitements médicaux** : Excès ou privation de médicaments, de soins, d'examens.
- **Les maltraitements civiques** : Atteintes aux droits de la personne. Elles sont aussi appelées violences sociales. Ces abus consistent à retirer à la personne son pouvoir de décision et son rôle social. La manipulation du vote, la restriction ou l'interdiction des visites, la demande abusive de tutelle ou de curatelle.
- **Les négligences, actives ou passives.**

De novembre 2002 à mars 2007 des plans nationaux de lutte contre la maltraitance ont été mis en œuvre. (9 et 21) dont les actions menées ont permis la création de dispositifs de veille et de contrôle, la formation des personnels, le traitement des situations de maltraitance, le soutien des victimes, le repérage des maltraitants, les sanctions à appliquer.

Quelle est l'incidence actuelle de la maltraitance en France ? (16)

Elle est loin d'être maîtrisée et les données quantitatives sont encore peu nombreuses (1),

« On l'estime à 5% des plus de 65 ans. La Direction générale de l'Action Sociale et l'association ALMA, fournissent des données partielles...De 2001 à 2005 la DGAS a été informée de 1147 cas de maltraitance. D'après ALMA, 28% des cas recensés avaient eu lieu en établissements et 31% des signalements concernaient des établissements de personnes âgées...Au 31 décembre 2005, le nombre des établissements médico-sociaux pour personnes âgées est de 10.700, 600.000 PA sont prises en charge, sur un total de 953 signalements, 39% concernent les PA...La maltraitance est répartie ainsi :

- Violences sexuelles 33%
- Violences physiques 26%
- Négligences graves 20%
- Violences psychologiques et morales 15%
- Viols 6%

Origine des signalements :

- Personnel des établissements 55%
- Famille 17%
- Victime 10%

L'agresseur présumé est :

- Membre du personnel 47%
- Résident 39%
- Famille 9%
- Tiers 3%

à 70% l'agresseur présumé est du sexe masculin.

3-3 LA BIENTRAITANCE

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) mise en place le 21 mars 2007 est la référence de la bientraitance.(11,12 et 13)

La bientraitance est là aussi un concept dont l'origine est le constat de l'existence de la maltraitance. Concept un peu flou lors de sa création mais qui fait maintenant partie intégrante du langage des gérontologues et des gériatres et qui peut aider chaque professionnel dans la réflexion sur son engagement et sur les actes du quotidien.

C'est une forme d'action de tous pour promouvoir le bien concret de chaque individu accompagné, la bientraitance n'est pas l'absence de maltraitance, mais une intention positive pour une personne et un acte concret pour la réaliser.

Le philosophe Paul Ricoeur (23), dans les notions qui entourent et préparent le concept de bienveillance évoque et développe *la sollicitude qui consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre.*

Incarnée dans un geste individuel, la sollicitude répond à une fragilité momentanée ou durable par une réponse singulière, soucieuse de l'unicité de l'autre et de sa vulnérabilité.

4) PRESENTATION DU CENTRE DE GERONTOLOGIE « LES ABONDANCES

HISTORIQUE DE LA CREATION DE LA COMMISSION DE SUIVI DE L'EQUIPE OPERATIONNELLE DE LA BIENVEILLANCE (CSB et EOB)

Les « Abondances » 56 rue des abondances ,92100 Boulogne-Billancourt,

Tél : 0141225656.

Chef du pôle gériatrique : Dr Jean-Jacques Arvieu

Etablissement public de santé (EPS) doté d'une capacité de 382 lits et de 160 places de SSIAD depuis le 1^{er} octobre 2004 comprenant :

- 196 lits de soins de longue durée (USLD) dont 49 lits spécialisés dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées, ainsi qu'un secteur dédié à la psycho gériatrie.
- 40 lits d'EHPAD, dont 4 lits d'hébergement temporaire. Construction actuelle d'un EHPAD de 120 lits.
- 30 lits de soins de suite et réadaptation (SSR), avec projet d'extension du service à 60 lits.
- 120 places de soins infirmiers à domicile.
- 5 lits en hôpital de jour SSR (ouverture fin 2009).

Outre sa capacité d'hébergement, l'établissement dispose d'un accueil de jour de 12 places qui reçoit des personnes âgées en provenance de leur domicile et qui sont en perte d'autonomie. Des activités de stimulation, de prévention et d'entretien y sont proposées tout au long de la semaine.

Une unité d'évaluation et d'orientation Gériatologique (UEOG) créée en 1995, évaluée, en relation avec le médecin traitant, les situations des personnes âgées et de leur entourage sur le plan de la santé, de l'autonomie et de l'environnement, une consultation « mémoire » de proximité fonctionne dans le cadre de l'UEOG depuis son ouverture.

Participe au réseau gériatrique du département et au centre local d'information et de coordination gériatologique (CLIC) de Boulogne-Billancourt.

Historique de la création d'une CSB et d'une EOB :

Il s'agit d'une création originale de toute l'équipe du pôle gériatrique initiée par le chef de service le Docteur Jean-Jacques Arvieu.

L'idée princeps est partie en 2005 de la mise en place aux « Abondances » de deux séances de formation auprès du personnel dont les thèmes portaient sur la prévention de la maltraitance et sur la bientraitance du sujet âgé institutionnalisé. Une volonté est alors apparue de prolonger la démarche par des rencontres régulières dans tous les services avec une équipe « pivot », autour d'un travail de réflexion à partir des pratiques quotidiennes.

Ces temps de rencontre donnant lieu à des formations ponctuelles.

C'est ainsi qu'était constituée une commission pluridisciplinaire, liée à la commission de coordination qualité et gestion des risques, qui à l'image d'un CLIN, d'un CLUD ou d'un CLAN, serait une instance de réflexion et de proposition.

Cette commission de suivi de la bientraitance (CSB) désignant en son sein une équipe opérationnelle (EOB), agissant sur le terrain et réalisant des formations.

Les objectifs de cette CSB sont issus d'une réflexion menée en pluridisciplinarité par des médecins, des psychologues et une ergothérapeute, tous liés par les sentiments de l'importance d'améliorer les conditions de vie, au centre de gériatologie, des résidents et des personnels.

La CSB se réunit 3 fois par an, ses acteurs constituent un groupe de réflexion d'une douzaine de personnes (médecins, cadres de santé, personnel soignant, psychologues et la coordinatrice de l'UEOG), le deuxième groupe est l'EOB qui a débuté les formations en septembre 2007 dans les 8 secteurs de soin de l'établissement, à raison d'une formation hebdomadaire obligatoire pour tous.

L'évaluation de la CSB aux « Abondances » est réalisée par des audits internes dans le cadre de la démarche qualité ou par des audits cliniques ciblés (1).

5) 5-1 PRESENTATION GENERALE DE LA RESIDENCE « OCEANE »

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Océane », rattaché au groupe DomusVi, *gérant un réseau de 74 résidences médicalisées implantées dans 33 départements en France. Ces maisons de retraite, conventionnées, accueillent pour des périodes temporaires ou permanentes les Aînés n'ayant plus la possibilité physique ou psychologique de vivre à domicile en toute sécurité*, est une résidence moderne médicalisée située porte des Lilas dans le 19^{ème} arrondissement de Paris. Etablissement de statut privé, ouvert depuis le 29 janvier 2007.

Cette Résidence compte 106 chambres-logements, équipés aux normes en vigueur avec dispositifs d'appel et de nombreux espaces de vie conviviaux : salons de lecture, bibliothèque, salons de jeux, salle dédiée à la kinésithérapie.

Les chambres sont disposées sur trois étages comportant chacun deux unités de soins dont certaines sont des unités « protégées » pour y accueillir 28 lits en unités Alzheimer et dont le personnel est formé spécifiquement à la prise en charge des personnes âgées souffrant de cette affection.

Par ailleurs dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, une réflexion est menée à l'occasion de la réactualisation du projet d'établissement et du projet de soins pour transformer les unités protégées actuelles en deux Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et une unité d'hébergement renforcée (UHR).

Des prestations hôtelières de qualité sont proposées et une restauration offrant aux résidents des menus variés, sont élaborés et validés par une commission des menus et une diététicienne.

Les animations sont nombreuses, pluriquotidiennes favorisant les échanges et la convivialité avec des rencontres intergénérationnelles, des revues de presse, des journées et des fêtes à thème, les anniversaires des résidents sont fêtés. Des sorties extérieures culturelles sont organisées chaque mois,

Le projet de soins individualisé est élaboré et réactualisé entre le résident, l'entourage familial, l'équipe soignante pluridisciplinaire professionnelle, le cadre de santé et le médecin Coordonnateur.

Un conseil de vie sociale associant les résidents, les familles et des membres du personnel, à la vie collective de la résidence se réunit trois fois par an.

Par ailleurs, nous avons répondu (septembre 2009) au questionnaire d'autoévaluation de l'Anesm : « Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement », version du 30 mars 2009.

Enfin la résidence « Océane » est déjà particulièrement impliquée dans la prévention de la maltraitance avec la mise en place depuis 2008 (2 formations dispensées) d'une convention de formation (annexe VI) avec l'association Française pour la Bientraitance des Aînés et/ou Handicapés (AFBAH).

Tous les salariés de la Résidence Océane sont signataires de la Charte des Droits et Liberté de la Personne accueillie (annexe IV) et ont connaissance de la Charte des Droits et Liberté de la personne âgée dépendante :

Ils s'engagent ainsi solennellement à respecter la liberté, la personnalité et la dignité de chaque résident.

5-2 ENQUETE INTERNE SUR LA PROTECTION DE LA PERSONNE AGEE A LA RESIDENCE

Médecin Coordonnateur dans cet EHPAD de 106 lits dont 28 en unités protégées pour y accueillir les résidents présentant une démence (type Alzheimer ou autre), j'ai initié et mis en place la même enquête, que celle réalisée en 2006 par le Docteur Brigitte Atchia au pôle gériatrique les « Abondances » de Boulogne, pour son mémoire de Diplôme Universitaire « d' Ethique et de Pratiques de la santé et des Soins » (25) et cela afin d'essayer de me rendre compte et d'évaluer, parmi les réponses que me rendraient les personnels, les soignants, les administratifs et les professionnels extérieurs intervenant dans la résidence, la notion de protection qu'ils pouvaient avoir concernant la personne âgée en général et plus particulièrement en institution.

(Questionnaire en annexe I).

5-2-1 : Population de l'enquête :

Ce questionnaire a été remis en mains propres à tout le personnel et individuellement avec des explications, pendant la période du 1^{er} au 18 Septembre 2009. Remplis, ils ont été déposés soit dans mon bureau soit à l'accueil dans un dossier prévu à cet effet.

La population concernait 2 groupes :

5-2-1-1 : Premier groupe, de loin le plus nombreux (41 personnes) impliquait aussi les médecins traitants et les spécialistes libéraux (questionnaires déposés dans leurs casiers), les paramédicaux, les psychologues et l'équipe soignante.

(Tableau)

FONCTIONS	EFFECTIFS
Médecins libéraux (traitants et spécialistes)	12
Kinésithérapeutes, animateur, pédicure	5
Psychologues	2
Equipe soignante : IDEC, IDE, ASD, AMP et ASH	20
Pharmacien, Biologiste	2

5-2-1-2 : Deuxième groupe (9 personnes), comprenait les administratifs : La directrice, les adjoints du service économique et de l'hébergement, le service des admissions, de l'accueil, du standard, le responsable de la cuisine, le service technique et une gérante de tutelles.

FONCTIONS	EFFECTIFS
Direction	1
Hébergement, Admissions	1
Service économique,	2
Tutelle	1
Présidente du conseil de la vie sociale	1
Accueil, Standard	1
Responsable cuisine, alimentation	1
Service technique	1

5-2-2 : Méthodologie :

Le questionnaire comportait des questions ouvertes avec anonymat garanti.

La fonction dans la Résidence était demandée mais était facultative.

La méthode des questions ouvertes offrait à la personne interrogée une grande liberté dans les réponses et surtout permettait d'éviter des réponses induites.

5-2-3 : Résultats :

En fait 49 questionnaires ont été distribués et 23 rendus. Soit un pourcentage de 47 % de réponses. On peut donc déjà estimer qu'un peu moins de la moitié du personnel, des professionnels et des intervenants extérieurs de l'EHPAD est réellement concernée par la protection des Personnes âgées et des Résidents.

Malheureusement un strict anonymat ayant été respecté et la fonction exercée (facultative) dans la Résidence n'ayant été signalée que sept fois (IDE et Psychologue une fois, ASD deux fois, Kiné trois fois), je ne serais pas en mesure de détailler les résultats par groupes, mais je les rendrais dans leur globalité questions par questions.

Dépouillement des questions – réponses :

8 questions ont été posées (annexe I)

Le dépouillement s'est fait sur le regroupement de significations identiques, sur des substantifs ou des champs lexicaux.

Première question : Qui doit être protégé en particulier ?

Sur les 23 questionnaires rendus, pas de 0 réponse mais certains ont parfois fait plusieurs réponses associant le Résident et le personnel, le Résident et la Personne âgée, la personne âgée désorientée.(29 réponses)

Réponses :

Personne âgée ou patient : 10

Résident : 5

Le personnel interne ou externe (ambulancier !) : 4

Personnes âgées malades, en déficience, à capacité altérée : 3

Résidents présentant des troubles cognitifs : 2

Personnes atteintes physiquement et physiologiquement : 2

Personnes âgées vulnérables : 2

Tout le monde : 1

Deuxième question : Par qui la personne âgée doit- elle être protégée ?

23 questionnaires rendus, pas de 0 réponse, mais parfois plusieurs réponses associant famille et entourage, soignants et professionnels (expliquant les 31 réponses)

Réponses :

Par tous les professionnels et le personnel : 12

Par l'entourage : 7

Par la famille : 3

Par le tuteur : 3

Par tout le monde : 3

Par les soignants : 2

Par personne bienveillante : 1

Troisième question : De qui doit-elle être protégée ?

26 réponses expliquées, sur les 23 questionnaires, par plusieurs réponses à la même question.

Pas de 0 réponses.

Réponses :

Des chutes, des maladies, de la maltraitance, des autres résidents : 6

Des soignants, de la famille et d'elle-même : 5

De l'institution : 4

De toute personne mal intentionnée : 3

Du personnel et de l'environnement extérieur : 3

De n'importe qui : 2

De toute personne négligente : 1

Des préjugés liés à l'âge du résident : 1

Du tuteur : 1

Quatrième question : Quand doit-elle être protégée ?

22 réponses sur 23 questionnaires rendus.

Réponses :

A chaque moment, tout le temps : 10
Pendant la toilette : 2
Dès l'apparition d'une détresse : 2
A la demande d'un tiers : 1
Dès l'admission dans l'institution : 1
Quand elle est en danger : 1
Quand elle est en souffrance : 1
Quand elle est abandonnée par la famille : 1
Dès les premières alertes : 1
Pendant les épidémies : 1
Quand atteinte aux droits : 1

Cinquième question : Où doit-elle être protégée ?

21 réponses sur les 23 questionnaires.

Réponses :

Dans tout l'établissement : 14
Partout : 9
En dehors de la résidence : 3
Dans son intimité : 1

Sixième question : Pour quelles raisons doit-elle être protégée ?

24 réponses dont une réponse double.

Réponses :

C'est une personne fragile, faible, ayant perdu ses capacités : 14
Pour son confort et son bien-être : 3
C'est une personne isolée en rupture de liens affectifs : 2
Pour éviter la maltraitance : 1
En raison de sa maladie : 1
Pour sauvegarder son intégrité physique : 1
Pour éviter l'isolement : 1
Pour ne pas mettre en jeu son pronostic vital : 1

Septième question : Comment doit-elle être protégée ?

24 réponses sur 23 questionnaires dont une réponse double.

Réponses :

Par la bienveillance : 8

En dénonçant la maltraitance : 3

Par la vigilance : 3

Par le personnel : 2

En la protégeant de son entourage : 2

Par des réunions avec la famille dans l'institution : 2

En surveillant ses biens : 1

Par le confort et du matériel adapté : 1

Par tous moyens légaux : 1

Par la vaccination : 1

Huitième question : Pourquoi doit-elle être protégée ?

19 réponses.

Réponses :

Elle n'a plus ses capacités intellectuelles et physiques : 5

Parce que elle est âgée et vulnérable, sans défense contre les préjugés : 5

Pour préserver intérêt et bien-être : 2

Pour éviter toute complications et conserver sa dignité : 2

Pour éviter les souffrances de fin de vie : 1

Pour vivre dans la dignité : 1

Pour éviter toute maltraitance : 1

C'est le rôle de la société : 1

Elle peut être un danger pour elle-même et pour autrui : 1

5-2-4 : Discussion :

Cette enquête a été menée de façon transversale à « Océane », le questionnaire a été remis à tous les professionnels, au personnel administratif, direction comprise, aux soignants, avec une tentative aux Médecins libéraux généralistes ou spécialistes traitants. Les réponses ont été colligées par le cadre infirmier et déposées à l'accueil de la résidence.

Critiques et commentaires sur le questionnaire :

Ce sont les mêmes que ceux rapportés par Brigitte Atchia (25) p.26-27, à savoir que les questions étaient ouvertes et difficiles à analyser, mais ce choix était celui de l'auteur qui ne souhaitait pas influencer les réponses.

Etant donné que le nombre des réponses par questions était parfois important et hors sujet, il a été nécessaire de les regrouper et les disposer dans des champs lexicaux, en sachant que ceux-ci ne traduiraient peut-être pas les réflexions des sondés.

Il y a là une possibilité de biais subjectif de l'analyse des réponses.

Enfin, on constate d'emblée qu'à l'instar du mémoire précédemment cité (25), cette enquête semble montrer que tous les personnels et professionnels de l'institution interrogés ont vis-à-vis de la protection des personnes âgées des réponses et des réflexions assez diverses même si l'unanimité se rejoint dans les questions les plus fondamentales.

Identification des personnes interrogées :

L'anonymat a toujours été respecté, par ailleurs l'identification de la fonction exercée dans l'institution était facultative et n'a pratiquement pas été, malheureusement, renseignée. Seuls 7 (14 %) des sondés ont été identifiés dans le 1^{er} groupe de l'enquête : 3 (15 %) parmi le personnel des soignants (IDEC, IDE, ASD, ASH, AMP), 3 (100 %) parmi les Kinésithérapeutes, 1 (50 %) sur les 2 psychologues.

Commentaire sur le nombre des questionnaires rendus et sur l'anonymat des réponses :

23 réponses (47 %) sur 49 questionnaires distribués est-ce satisfaisant ? ou peut-on déjà en conclure qu'il n'y aurait qu'une petite moitié des professionnels exerçant en Gériatrie qui seraient sensibilisés à la protection des Personnes Agées dépendantes.

Par ailleurs 86 % de réponses anonymes, est-ce la crainte de voir divulguer pour la majorité d'entre nous sa méconnaissance envers les Aînés ?

Analyse des réponses aux questions :

Analyse de la première question : Qui doit-on protéger ?

39% des réponses désignent la Personne Agée,

21% le résident (image positive ici de la PA résidente en EHPAD)

17% font état du personnel, pourcentage non négligeable et préoccupant renvoyant peut-être à l'épuisement des soignants ? Cette observation renvoie à une étude (5) de Lionel Daloz *qui confirme les liens existant entre l'épuisement professionnel et la maltraitance, elle invite à concevoir les sujets présentant un haut niveau de « burnout »t comme étant à risque pour les patients, constituant un niveau possible d'action (de prévention et de prise en charge) contre la maltraitance.*

Les 11 autres réponses concernent les PA malades ou déficientes, à capacités altérées, atteintes physiquement, vulnérables (2 réponses).

A noter des réponses doubles ou triples associant résident et personnel, résident et PA désorientée.

Pas de non réponse.

Un point très positif : 21% de réponses concernent dans cette question les résidents c'est-à-dire ceux qui résident, qui vivent dans cette institution véritable « lieu de vie ».

Analyse de la deuxième question : par qui la PA doit-elle être protégée ?

52% des réponses indiquent que cette protection doit être assurée par tout le monde, par tous les professionnels et les personnels. Est-ce satisfaisant ? Oui si j'ajoute à ce pourcentage 5 réponses incluant les soignants, cela donne 74% de protection à l'intérieur de l'EHPAD.

Famille et entourage représentent 43%.

La question est posée alors de savoir si la protection est plus sûre à l'intérieur de l'institution ?

4 réponses concernent la tutelle (17%), ce qui peut nous interroger sur la méconnaissance de la législation des personnels et des professionnels. Voilà peut-être un futur sujet de formation à mettre en place.

Analyse de la troisième question : De qui la PA doit-elle être protégée ?

Il y a eu parfois plusieurs réponses pour une même question, aucune non réponse.

En fait ici trois catégories de réponses :

- 1- La PA doit être protégée de tout et de tous : 91%
- 2- La PA doit être protégée de personnes désignées : 52%
- 3- La PA doit être protégée d'un système : 56%

Il faut noter que bien que le mot « maltraitance » n'ait été noté que 6 fois, c'est bien de la maltraitance dont il s'agit ici et que quelque soit la forme que celle-ci revêt, c'est bien contre elle que la personne âgée doit être protégée.

Analyse de la quatrième question : quand doit-elle être protégée ?

Une seule non réponse.

43% ont répondu tout le temps, à chaque moment

9% au moment de la toilette.

Réponses intéressantes mais probablement insuffisantes quand on sait que la fréquence de la maltraitance même involontaire n'est pas négligeable lors des toilettes.

Enfin 5% des réponses ont été très précises : dès l'admission en institution, quand il y a une atteinte aux droits.

Analyse de la cinquième question : Où doit-elle être protégée ?

2 non réponses. Dans 61% des réponses dans tout l'établissement, dans 39% partout et dans 13% en dehors de la résidence.

Une réponse « dans son intimité ».

Analyse de la sixième question : Pour quelles raisons doit-elle être protégée ?

61% évoquent la fragilité et la vulnérabilité, 13% le bien-être et le confort.

Certaines des réponses sont précises et évoquent la maltraitance, l'isolement affectif, la maladie ou la mort proche.

Analyse de la septième question : Comment doit-elle être protégée ?

Une grande catégorie de réponses: 82% la responsabilité collective et le professionnalisme des personnels, ce qui démontre bien l'importance de la collectivité dans cette protection. Bienveillance et vigilance sont citées dans 48% de ces réponses, 13% dénoncent la maltraitance.

Les moyens légaux évoqués dans 4% des réponses, là encore la législation dans la protection de nos aînés semble assez méconnue et pourrait faire l'objet d'une série de formations au personnel.

Analyse de la huitième question : Pourquoi doit-elle être protégée ?

4 non réponses. Deux catégories de réponses : La vulnérabilité et la dignité et le respect.

- vulnérabilité 43%, dignité et respect 26%
- parce que c'est le rôle de la société : 4%.

Synthèse des réponses au questionnaire :

Il ressort de cette enquête une grande diversité de réponses représentant près de 50% des professionnels et des personnels interrogés. Le poste occupé ou la profession exercée dans l'établissement ont été dans la grande majorité des cas volontairement occultés. Doit-on en conclure qu'une moitié seulement de ces professionnels est concernée par la protection de la personne âgée ou qu'elle craint de montrer sa méconnaissance ou son désintérêt de ce problème ? Il est intéressant de constater un nombre (17%) non négligeable de réponses sur la protection du personnel envers lui-même. Serait-il épuisé, vulnérable ?

Enfin un large consensus se fait sur la fragilité et la vulnérabilité de la PA, qui doit être protégée partout et par tous, qui doit être respectée en tant qu'être humain à part entière avec dignité. On entre alors ici dans une démarche éthique, étape commune qui reliera les professionnels et les obligera à une même approche » (25).

5-3 ELABORATION DU PROJET DE LA RESIDENCE « OCEANE »

Un tel projet de suivi de la bientraitance au sein d'un établissement gériatrique ou d'un EHPAD doit nécessairement s'inscrire dans le projet d'établissement et en particulier dans le projet de soins et s'étendre à tous les services et/ou unités.

Revenons à la bientraitance. (12)

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

La bientraitance est l'une des dimensions essentielles à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Elle vise prioritairement :

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

Anesm, questionnaire (12) : Bientraitance des personnes accueillies en établissement « version du 30 mars 2009, dans le cadre en préparation d'un texte à venir sur l'évaluation interne en EHPA ».

Réponses à ce questionnaire de la résidence « Océane » en annexe II.

Ce projet ne peut aboutir sans l'accord et l'impulsion de la direction de l'EHPAD, sans la volonté du médecin coordonnateur et sans la collaboration sans faille du cadre de santé et de tous les soignants, de la participation active de tous les personnels des services ou unités de l'institution.

5-3-1 Objectifs :

- 1) Il convient de s'imprégner de la notion de respect d'autrui à tous les niveaux de la vie en institution, tant à l'égard des résidents qu'à l'égard des personnels et des familles.
- 2) Il importe de reconnaître et de valoriser le travail des professionnels en charge des personnes âgées dépendantes.
- 3) Il faut mettre en exergue le sens des missions d'accueil et d'accompagnement par des formations de sensibilisation de tous les personnels.

A partir de ces objectifs rassemblés, on est autorisé à entreprendre la constitution d'une commission de suivi de la bientraitance (CSB)

Il faut toujours garder à l'esprit que la maltraitance en établissement de santé doit être gérée comme un risque sanitaire. (1)(16) (Jean-Jacques Arvieu ; CSB et audit clinique ciblé : Premiers pas vers la gestion des risques de maltraitance dans un service de gériatrie.)....

Il n'est pas inutile de rappeler que la maltraitance présente des facteurs de risque de réalisation suivants : (15)

- *Risques liés aux conditions d'installation (équipements inadaptés, matériel absent ou insuffisant, défaut d'entretien et d'hygiène, absence de surveillances des accès)*
- *Risques liés aux conditions d'organisation (organisation du travail défaillante, animation, coordination des équipes insuffisantes, pas ou pas assez d'accompagnement aux prises de fonctions, pilotage de l'établissement inadéquate)*
- *Risques liés aux conditions de prise en charge (atteinte à la liberté, non respect des habitudes, défaut ou excès d'aide et de soins, limitation de la vie sociale pour la personne)*

5-3-2 Méthodologie :

5-3-2-1 Acteurs de la Commission de Suivi de la Bienveillance

2 groupes seront constitués :

Premier groupe :

Groupe de réflexion et de propositions (**CSB**) comprenant la Directrice, le médecin coordonnateur (MEDEC), un cadre administratif, le cadre infirmier (IDEC), un représentant des médecins libéraux traitant intervenant dans la résidence, les deux psychologues, le référent kinésithérapeute, un membre du personnel des admissions, l'animateur, le Président ou un membre du conseil de la vie sociale et si possible une personne extérieure à l'établissement.

Deuxième groupe :

Groupe d'observation ou Equipe d'Observation de la Bienveillance (**EOB**), véritable équipe de terrain comprenant un médecin référent le médecin coordonnateur, le cadre de santé, une psychologue, un représentant des soignants (ASD, AMP ou ASH)

5-3-2-2 Actions de formations internes

L'équipe de terrain ou EOB interviendrait dans un premier temps au rythme d'une réunion ou formation d'une heure environ mensuelle et cela dans chacune des unités de la résidence.

Elle s'aiderait de documents ou de supports (programme **Mobiquat** (**SFGG**), avec mise à disposition de kits-outils ou de trousse de bienveillance) pour travailler autour de situations de maltraitance et pour apporter des réponses pour être un Bienveillant. (Annexe V).

5-3-2-3 Actions de formation externes

Solliciter par exemple les équipes mobiles Gériatriques de son secteur ou celle intervenant habituellement dans l'institution pour les formations et les évaluations.

5-3-3 Evaluations de la Commission de Suivi de la Bienveillance

Ces évaluations pourraient être faites par des audits directs dans le cadre de la démarche qualité mais aussi par des audits cliniques ciblés (1) (16).

L'élaboration d'un projet de création de CSB et de EOB dans notre institution à l'instar de la création originale du pôle gériatrique « Les Abondances » de Boulogne, représente pour nous un enjeu fondamental.

En effet il est nécessaire d'aborder, en équipes pluridisciplinaires, je dirais pratiquement chaque jour le sujet de la bienveillance.

Il faut questionner ses pratiques quotidiennes, échanger professionnellement avec tous les membres de l'équipe, respecter les bonnes pratiques gage de la qualité. Les dérapages involontaires peuvent survenir insidieusement, se répéter. Le travail des soignants et des aidants est fatigant, parfois éprouvant pour certains (5) (17) (18), il faut parler, exposer en réunion ses problèmes, participer à des groupes de paroles, échanger pour se mettre à l'abri de la maltraitance.

5-4 MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE LA COMMISSION DE SUIVI DE BIENVILLANCE ET DE L'EQUIPE OPERATIONNELLE A « OCEANE »

En accord avec la direction, il a été décidé de créer et de mettre en œuvre avant la fin de l'année 2009 une Commission de Suivi de la Bienveillance (CSB) dont les propositions seront appliquées pour action dans toutes les unités de soins de l'institution par une équipe opérationnelle de surveillance (EOB).

5-4-1 La CSB :

Premier groupe de réflexion aura pour missions :

- D'émettre des recommandations, de rédiger et de valider des procédures et des protocoles en matière de bientraitance et de lutte contre la maltraitance.
- D'être une veille en matière de réglementations.
- D'évaluer les actions entreprises et d'en rédiger le bilan par un rapport annuel qui sera incorporé dans le rapport annuel d'activités du Médecin Coordonnateur.
- De fixer les objectifs annuels, si besoin pluri annuels qui seront mis en œuvre par l'EOB.
- D'être saisie pour avis concernant des situations et des situations de maltraitance dans l'institution.
- De participer éventuellement à une sous commission d'une Commission Médicale d'Etablissement (CME) de ou des hôpitaux avec lesquels la résidence « Océane » a ou aura signé des conventions, en tant que thème de vigilance sanitaire ou en lien direct avec la Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires (COVIRIS).
- De participer régulièrement aux réunions du CLIC ou du PPE de son secteur.

Composition de la CSB :

- La Directrice
- Le Médecin Coordonnateur
- Le cadre de santé
- Un médecin libéral (parmi les médecins traitants intervenants dans l'EHPAD)
- Une IDE
- Une ASD ou une AMP
- Une psychologue
- Un représentant d'une gérance de tutelle
- La Présidente du conseil de vie sociale
- Un représentant des Résidents
- Un témoin extérieur à l'institution sensible aux problèmes d' « humanité ».

Il conviendra de procéder à l'élection ou de désigner un Président et un vice-Président lors de la première réunion. Cette CSB aura force de propositions quant aux formations et aux actions qui se réaliseront en interne ou en externe, elle en fera le bilan et elle statuera.

Enfin elle se réunira trois fois par an.

5-4-2 **L'EOB :**

Deuxième groupe équipe opérationnelle qui aura pour missions :

- De mettre en pratique sur le terrain les recommandations et les protocoles
- D'être à l'écoute des personnes quelles qu'elles soient
- De repérer les situations à risque de maltraitance
- D'informer et de **former** les personnels
- De participer aux travaux de la CSB
- De mener des évaluations de bonnes pratiques professionnelles et des protocoles.

Composition de l'EOB :

- Le Médecin Coordonnateur, médecin référent
- Le Cadre de santé (IDEC)
- Un Psychologue (les 2 psychologues de l'institution)

Cette équipe opérationnelle (EOB) devra être reconnue par tout le personnel de l'établissement car ses membres auront une légitimité pour la constituer de par leur formation, de par la définition de leur poste de travail ou de fonction et surtout de par leurs implications antérieures dans la lutte de prévention contre toute forme de maltraitance.

5-4-3 **Synthèse, évaluation, perspectives :**

Dans un premier temps l'EOB adoptera un rythme d'une séance de formation mensuelle d'une heure qu'elle optimisera si possible en passant à deux séances mensuelles.

Cette formation, assurée par un binôme ou un trinôme de l'EOB s'adressera aux soignants, mais aussi aux non soignants, aux personnels administratifs, à la maintenance et l'entretien, aux animateurs.

Pour ses interventions pédagogiques l'équipe devra s'appuyer sur des moyens techniques tels que ordinateur portable, rétro projecteur et sur le kit « Bientraitance » distribué par le Ministère de la santé sous l'égide de la Société Française de Gériatrie et gérontologie « MOBIQUAL ».(annexe V)

La CSB pourra aussi faire appel pour certaines de ses actions de formation des organismes extérieurs à l'institution tels que les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMGE) des hôpitaux avec lesquels ont été passées des conventions.

Je pense ici tout particulièrement à l'EMGE de l'hôpital Bretonneau qui intervient très régulièrement et efficacement à « Océane » depuis près de deux ans.

La CSB demandera, à des experts en bientraitance ou à des personnalités extérieures sensibilisées à ces problèmes, leur concours ou leurs participations à des formations spécifiques. Elle pourra même les inviter à participer à certains de ses conseils tri annuel.

La CSB pourrait aussi organiser chaque année au sein de l'institution une « Journée Bientraitance ».

Dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques ou dans le cadre de la certification qualité, la CSB dans le cas d'un signalement avéré de maltraitance décidera aussitôt la mise en œuvre d'une action de correction et de sensibilisation aux actes qui ont été relevés.

La CSB proposera et élaborera les programmes des sujets de formations qui seront mis en œuvre et appliqués par l'EOB.

Quelques exemples de formations proposées :

Le respect de la personne âgée en tant que personne (libre arbitre, intimité, tutoiement, vouvoiement), l'écoute dans une attitude professionnelle, le respect du rythme de la personne âgée (la préparation à la nuit, le temps du réveil, de la toilette, des repas, le refus alimentaire), la communication, la prise en charge de la douleur.

Création d'un « Classeur » Commission de suivi de la Bienveillance qui sera archivé dans le bureau de la Direction, rassemblera :

- La liste des membres de la CSB et l'EOB
- Le calendrier des réunions et des comptes rendus de la CSB
- Les fiches d'émargement
- Les comptes rendus des formations dispensées par l'EOB
- Les projets de formations
- Les projets d'audit ou d'audits ciblés
- La fiche Maltraitance

CONCLUSION

« La vieillesse est noble lorsqu'elle se défend elle-même, garde ses droits, ne se vend à personne et jusqu'au dernier souffle domine sur les siens »

Cicéron (De la vieillesse)

Ce projet d'élaboration et de mise en place au sein de la résidence « Océane » d'une commission de suivi (CSB) et d'une équipe opérationnelle (EOB) de la bienveillance a pour objectif principal la qualité de vie du résident, il s'intègre tout naturellement dans le projet de soins individualisé intimement lié au projet de vie et bien entendu au projet de l'Etablissement.

Il faut répondre aux besoins de la personne âgée. Cette démarche s'articule autour des principes généraux suivants :

- Sauvegarde de l'identité de chacun, respect de la dignité et préservation des droits et liberté
- Autonomie encouragée
- Recherche du confort et de la sécurité
- Qualité du service hôtelier
- Soins adaptés à l'établissement de santé
- Développement de la vie sociale
- Association des familles à la vie institutionnelle

Il est vrai que toute démarche d'amélioration continue de la qualité est difficile mais le bénéfice obtenu à l'égard de la personne âgée résidente, du personnel dans son ensemble et de l'institution n'a pas de prix.

Je ne doute pas que les efforts et le travail de mise en place d'une CSB seront vains, ils seront très vite récompensés par la richesse des enseignements et la correction des dérives éventuellement constatées.

Les améliorations seront toutes axées sur le bien être de la personne vivant en institution et rejailliront inéluctablement sur tous les personnels et sur l'établissement dans son ensemble avec la satisfaction retrouvée et enrichie de produire un service de qualité.

Travailler auprès des personnes âgées en institution est souvent ressenti comme éprouvant, voire dévalorisant pour certains, c'est pourquoi il faut reconnaître le travail des soignants et toujours le revaloriser.

Il est fondamental de questionner les pratiques quotidiennes et de communiquer de façon professionnelle entre tous les membres de l'équipe, de savoir se remettre en question, réévaluer ses propres pratiques ce qui permet à chacun d'accepter les limites de son savoir être et sa vulnérabilité face à la maladie et la vieillesse.

Il faut se garder de juger ou de condamner une action trop hâtivement.

Seule la remise en question éthique pourra briser l'engrenage des violences éventuelles involontaires ou non et par extension toute forme de maltraitance.

Enfin s'il faut bien reconnaître que dans ce domaine de la lutte contre la maltraitance et dans la politique du développement du concept de bientraitance, les pouvoirs publics se montrent très actifs, il n'existe pas de solutions totalement et véritablement efficaces sans une implication à tous les niveaux des institutions, des personnels et des professionnels de gérontologie.

Il faut développer une culture de la bientraitance dans les établissements, y enclencher une démarche qualité dynamique avec des formations et autoévaluations régulières, des évaluations externes par des organismes habilités, une fixation d'objectifs d'amélioration de la qualité avec mise en place d'un suivi. Il faut sensibiliser et former les personnels à la bientraitance, c'est là que la création dans l'EHPAD « Océane » d'une commission de suivi (CSB) et d'une équipe opérationnelle (EOB) de la bientraitance prendra tout son sens.

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

- 1) Arvieu jj Un audit ciblé sur la préservation de l'intimité en gérontologie. Revue Décideurs en gérontologie 2007 ; août-septembre 2007 ; n° 87 . p. 21-22
- 2) Meire Ph « La vulnérabilité des personnes âgées » Louvain Med. : S221-S226, 2000
- 3) Cornette P ;Schoevaerdt D ; Swine C « Evaluation de la fragilité de la personne âgée » Louvain Med. : S228-S230, 2004
- 4) Margueritte E.et all «Les maltraitements envers les personnes âgées », Urgence pratique-2004 n°66, p.35
- 5) Daloz L. « Représentations des soignants négligeant/maltraitant : étude préliminaire sur 21 sujets épuisés en gériatrie » ; la revue de Gériatrie, Tome 32, N°9 novembre 2007
- 6) Debout M. Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Editions ENSP, 2003, p.2
- 7) Moulias R. « Prévention des maltraitements en milieu médico-social » Gérontologie, n°145, janvier 2008
- 8) Hugonot Robert. Violences invisibles. Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées. Paris : Dunod, 2007, p. 108

Documents et ouvrages :

- 9) Hugonot R. Violence contre les vieux. Toulouse : Erès, 1990. 140 p.
- 10) Hugonot R. La vieillesse maltraitée. Paris : Dunod, 1998. 236 p.
- 11) Anesm : revue de la littérature ; Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » Février 2008
- 12) Anesm : Questionnaire d'autoévaluation de la bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement. Avril 2009. (Questionnaire et guide de remplissage)
- 13) Anesm : Revue de la littérature. Recommandations « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre » Fév. 2008
- 14) Déclaration Universelle des droits de l'homme. ONU, 1948
- 15) Programme de prévention et de lutte contre la maltraitance des Personnes Agées ; Secrétariat d'Etat aux PA ; nov. 2002)

- 16) Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Rapport définitif. Bas-Theron Fr., Branchu C., Rapport n°2005 179. Mars 2006. IGAS
- 17) Burnout, épuisement des soignants. Epuisement professionnel physique et moral : Etude Press-next,
- 18) Enquête Press-Next.Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.4^{ème} journée du CNSF ; 13 mars 2006,8 p.
- 19) Sénat ; rapport commission d'enquête n°339, juin 2003
« Maltraitance envers les personnes handicapées : brisons le silence »
- 20) UNAPEI. Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions la société ; prévenir, repérer, agir. Livre blanc, Paris, UNAPEI, 2000.
- 21) Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Philippe Bas ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. (14 mars 2007)
- 22) Le nouveau concept de « fragilité » : journal du médecin coordonnateur n°33/septembre 2009
- 23) Paul Ricoeur. Soi-même comme un autre. Paris : Seuil, 1990.

Mémoires et travaux universitaires :

- 24) Garcia Stéphanie « La bientraitance des personnes âgées face aux négligences banalisées en institution.Mémoire ENSP, 105 p., 2002,
- 25) Atchia le Clec'h Brigitte « Protection de la personne âgée en gériatrie, particulièrement en unité de soins longue durée », Université Paris-Sud, 71 p., 2005-2006
- 26) Arvieu jj « Comité de suivi bientraitance et audit clinique ciblé : premiers pas vers la gestion des risques de maltraitance dans un service de gériatrie ». Mémoire pour l'obtention de DU qualité en établissement de santé. Université René Descartes-Paris V,2007
- 27) Lacal A. Goujout D. « Maltraitance des personnes âgées en institution. Mieux connaître pour mieux prévenir » DIU médecin coordonnateur en EHPAD. Université René Descartes-Paris V.51 p. ; 2004-2005

Sites Internet :

www.ansm.sante.gouv.fr

www.sante.gouv.fr,

www.multimania.com/papidoc, www.legifrance

www.mno.ch/psychoger08/grilles/MMSE_GRECO.pdf

www.presst-next.fr

www.mobiqua.l.f

www.next.uni-wuppertal.de

GLOSSAIRE

AFBAH : Association Française pour la Bientraitance des Aînés et/ou Handicapés

ALMA : ALlo MALtraitance des personnes âgées

AMP : Aide Médico Psychologique

ASD : Aide Soignante Diplômée

ASH : Agent des Services Hospitaliers

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements,
Services sociaux et Médico-sociaux

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CLIN : Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNSF : Collège National des Sages Femmes

COVIRIS : COordination des VIgilances et des Risques Sanitaires

CSB : Commission de Suivi de la Bientraitance

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EOB : Equipe Opérationnelle de Bientraitance

EPS : Etablissement Public de Santé

Etude PRESST-NEXT :

- PRESST : Promouvoir En Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail

- NEXT: Nurses Early Exit Study

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordonnateur

MEDEC : Médecin Coordonnateur

MMSE : Mini Mental State Examination

PA : Personne Agée

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PPE : Point Paris Emeraude

SOLRES 92 : SOLidarité-RESpect pour la bientraitance du sujet âgé. (92000)

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériologie

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement renforcée

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes handicapées mentales

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

UEOG : Unité d'Evaluation et d'Orientation Gériologique

RESUME

La maltraitance existe en institution, elle est inacceptable. Elle peut être une réalité quotidienne sous la forme de négligences voire de violences envers les personnes âgées dépendantes, fragiles et vulnérables et cela sous couvert de soins ordinaires. Reconnue en France depuis la fin des années 80, de nombreuses mesures de prévention et de lutte ont été prises. Nous avons donc choisi pour la prévenir et la combattre de promouvoir la bientraitance au sein de notre établissement. Après une enquête interne auprès de tout le personnel afin d'essayer d'évaluer chez lui la notion de protection qu'il pouvait avoir envers la personne âgée, nous avons, à l'instar d'une réalisation inédite et originale de l'équipe du pôle gériatrique « Les Abondances » à Boulogne-Billancourt, projeté de mettre en place une Commission de Suivi de la Bientraitance (CSB) avec une Equipe restreinte et Opérationnelle Bientraitance (EOB).

Ce projet, qui a pour objectif principal la qualité de vie du résident, s'intègre tout naturellement dans les projets de soins et de vie individualisés intimement liés au projet d'établissement.

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité est difficile mais son bénéfice à l'égard de tous et en particulier de la personne âgée résidente et de l'ensemble du personnel n'a pas de prix. La culture de la bientraitance doit être développée dans les institutions avec des formations et des évaluations internes et externes. C'est pour cela que la création à « Océane » d'une CSB et d'une EOB prendra tout son sens et sera un véritable gage de qualité.

Mots clés :

Maltraitance, bientraitance, vulnérabilité, fragilité, personnes âgées, vieillesse, dépendance, EHPAD, qualité, enquête qualitative, prévention, dignité, respect, audit ciblé

ANNEXES

- I- Questionnaire pour le mémoire : *Enquête sur « Prévention de la maltraitance en milieu gériatrique. Un exemple de projet de mise en place d'une commission de suivi de la bientraitance en EHPAD »*

- II- Questionnaire d'auto évaluation de l'Anesm (version du 30 mars 2009): « Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement » *Résultats du questionnaire rempli par la direction, le médecin coordonnateur, le cadre de santé et le conseil de vie sociale (Septembre 2009)*

- III- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance
(Version révisée en 2007. Centre de gérontologie « Les Abondances », Boulogne)

- IV- Charte des droits et libertés de la personne accueillie

- V- MOBIQUAL : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des soins

- VI- Convention entre l'EHPAD « Océane » et l'Association pour la bientraitance des Aînés et/ou Handicapés

- VII- Affiche du numéro d'appel téléphonique 3977 pour signaler la maltraitance