

La bientraitance en EHPAD:

Une approche de sensibilisation du personnel

Emmanuelle FILLION

Fillionemmanuelle@orange.fr

Points clés:

Les pratiques et attitudes des professionnels du secteur médico-social ont une incidence majeure sur le bien-être des personnes vivant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ; et l'impact des postures professionnelles sur les troubles du comportement (Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence -SCPD) des résidents souffrant de démences dégénératives s'avère inévitable. Aussi la notion de bientraitance, qui reste une réalité complexe, se doit-elle d'occuper une place privilégiée dans les structures d'accueil de personnes âgées en perte d'autonomie psychique, pour susciter auprès des intervenants un travail permanent de réflexion et d'échanges :

- sur le bien-être, la qualité de vie, le respect des choix de la personne souffrant de démence, accueillie massivement aujourd'hui en EHPAD,
- sur les facteurs de risque multiples présents en institution,
- sur leurs motivations à travailler dans le champ du vieillissement pathologique.

Voici l'exemple d'une approche de sensibilisation à la bientraitance menée auprès de l'ensemble du personnel de 2 EHPAD Ardennais.

Mots clefs : Bientraitance - maltraitance passive - personnes âgées dépendantes - démences - troubles du comportement - espace de parole

INTRODUCTION

Depuis 1999, EHPAD sont des structures médicalisées. Invités aujourd'hui à devenir de véritables habitats collectifs dotés d'une fonction de socialisation et de services, ils accueillent des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes. Ces dernières souffrent souvent de polyopathologies, qui amoindrissent leur qualité de vie et portent atteintes à leur autonomie. L'institutionnalisation intervient le plus souvent, quand la détérioration psychique et/ou physique est telle, que demeurer à domicile devient inadapté,

trop dangereux, trop onéreux, trop lourd à gérer pour les proches.

Les symptômes déficitaires (altérations des fonctions mnésiques, instrumentales, exécutives), les SCPD (agressivité, agitation, cris, idées délirantes, hallucinations, désinhibition, euphorie, instabilité de l'humeur, troubles de l'appétit, comportements d'errance, de déambulation, de vérification, de poursuite incessante, ...) sont donc fréquemment rencontrés dans ces établissements. Or, les soignants sont encore rarement formés à l'accompagnement spécifique de ces malades et aux troubles du

comportement associés à leurs pathologies neurologiques. Ce qui va engendrer chez les professionnels un sentiment de malaise, de désarroi, d'impuissance, de peur, de sidération, d'angoisse de perte, rendant difficile l'appréhension de la parole du patient. En effet, s'il n'a plus « toute sa tête », comment prendre au sérieux ce qu'il nous dit ? Pourquoi rechercher du sens alors que la perception que l'on a de lui renvoie à la folie, à la perte de la réalité ? Les risques sont alors élevés de perdre de vue l'humanité de ces malades, de les percevoir comme « fous » ou comme simples objets de soins ; associées à des dysfonctionnements personnels, collectifs, institutionnels, des attitudes inadaptées et maltraitantes sans en avoir conscience vont ainsi s'installer insidieusement : inattention, omissions, oublis, négligences, manque de prise en compte des besoins, risque de réverbération (je décide à la place de l'autre, puisque je fais à sa place)...

La bientraitance étant devenue incontournable pour tout acteur du champ médico-social, cette idée se doit d'occuper une place centrale dans les approches du « prendre soin » et une préoccupation nécessaire pour tous ceux qui interviennent auprès des personnes âgées fragilisées par les maladies neurocognitives.

Aussi, le projet de sensibiliser l'ensemble du personnel à la bientraitance et prévenir la maltraitance s'est-il mis en place fin 2009 au sein de nos quatre EHPAD de la Mutualité Française Ardennes (MFA). Il a pris la forme d'une information pour aider à la prise de conscience de l'impact nocif pour les résidents de toutes les formes d'interactions délétères « malignant social psychology » (1) ; non seulement pour ne pas les banaliser et au contraire les améliorer, mais aussi pour prévenir ces paroles et postures professionnelles

inadéquates, en repérant les situations à risque, où des dérapages peuvent se produire si l'on n'y prend garde. En qualité de psychologue, j'ai coordonné et animé l'ensemble du projet.

LA BIENTRAITANCE ... DES CONTOURS IMPRECIS

En 1990, le Conseil de l'Europe définit la maltraitance comme une violence se caractérisant par « *Tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.* » (2). En 1992, le Conseil complète cette définition par une typologie des actes de maltraitance actifs - pratiqués avec la conscience de nuire ou passifs - relevant de l'ignorance ou de l'inattention de l'entourage. Le concept de bientraitance, contrairement à la maltraitance, ne bénéficie d'aucune définition. C'est « *une recherche* » et elle « *doit être réinventée, à partir de certains fondamentaux, par chaque établissement et service* », selon l'ANESM (3) qui ajoute : « *Ainsi, la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Elle n'est ni le contraire logique, ni le contraire pragmatique de la maltraitance. La bientraitance s'inscrit dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné du temps. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens* ».

La bientraitance n'est pas l'absence de maltraitance, mais elle peut contribuer à

sa prévention ; ce concept est donc à définir en équipe dans les structures pour aider chaque professionnel à réfléchir sur le sens de ses actes au quotidien. Pour atteindre cet objectif, nous avons élaboré un plan d'actions en plusieurs étapes.

METHODOLOGIE

Pour aborder la bientraitance avec les équipes, nous avons utilisé à la demande de notre Direction, le kit 'Bientraitance' issu du programme MOBIQUAL (Mobilisation pour l'Amélioration de la Qualité des Pratiques Professionnelles) mis à disposition par le réseau REGECA (Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne). D'autres supports nous paraissent intéressants pour de prochaines réunions (film « Comment maltraiter un vieillard en Institution en 10 leçons » association Alma France, techniques de prise en charge dénommée *Humanitude* (4), de communication *la Validation* (5) ou *l'approche prothétique élargie* (6). Faire participer familles et résidents à notre travail de réflexion n'a pas été retenu comme proposition, pour des questions d'organisation.

Etape 1- Des groupes de travail de 5 à 12 personnes ont été constitués de manière pluridisciplinaire (personnel soignant, administratif, de restauration, d'entretien, d'animation) au sein des 4 EHPAD, ainsi que les stagiaires présents et certains bénévoles (soit 145 personnes au total). Deux regroupements de 2 heures, à une semaine d'intervalle, composés des mêmes personnes ont été programmés.

Etape 2- Les notions de bientraitance et de maltraitance ont été appréhendées et discutées, avec en filigrane, des échanges sur le travail au quotidien, les satisfactions et les difficultés rencontrées avec les personnes souffrant de pathologies dégénératives, des idées de

solution proposées. L'ensemble des éléments constitutifs de la bientraitance a donné lieu à l'élaboration d'une charte de bientraitance intra-groupe. Un référent volontaire dans chaque groupe a été nommé.

Etape 3 et 4 - Le regroupement des référents de chaque groupe intra-EHPAD a permis l'élaboration d'une charte bientraitance par structure ; puis le regroupement des référents de chaque EHPAD a abouti à l'élaboration d'une seule charte commune pour les quatre EHPAD.

Etape 5- Une présentation du travail collectif a été proposée à l'ensemble des acteurs (directions, membres du personnel, familles, résidents).

Etapes 6 et 7- Un groupe de référents bientraitance composé de volontaires a été constitué dans chaque EHPAD, afin de poursuivre la réflexion sur les modalités de suivi à mettre en œuvre pour la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance ; deux questionnaires différents sur le respect de la charte bientraitance, l'un à destination des résidents, l'autre du personnel ont été élaborés, et diverses actions de sensibilisation programmées tout au long de l'année.

La bientraitance perçue par le personnel

L'ensemble du personnel a pu réfléchir à ce concept de bientraitance et aux interrogations suivantes : « Qu'est-ce que la bientraitance, pour vous ? », « Comment agir pour que cette bientraitance soit mise en œuvre au quotidien pour tous et notamment pour les plus fragilisés par une désafférentation cognitive ? ».

Le travail en petits groupes a permis à chacun de se pencher sur ces questions essentielles, d'échanger librement dans le respect des différences de perceptions interpersonnelles, et de faire converger les convictions individuelles vers une vision commune de la bientraitance. Selon les professions, les années d'expérience, la sensibilité des uns et des autres, les réponses données étaient parfois différentes mais complémentaires, d'où des échanges riches entre les professionnels. C'est à partir des réflexions collectives que nous avons pu établir une définition de ce que la bientraitance représente pour nous : L'ensemble des ressources humaines (savoirs, savoir-faire, savoir-être) et des moyens institutionnels qui, de manière associée vont concourir au bien-être des résidents en EHPAD et à leur qualité de vie ».

Le film issu du kit bientraitance nous a permis d'aborder la question de la maltraitance active, mais également passive. Certains soignants s'attendaient à des images plus violentes, brutales ou choquantes ; ils ont ainsi pu se rendre compte que la maltraitance pouvait prendre d'autres formes auxquelles, parfois, ils ne pensaient pas, comme par exemple :

- Entrer dans une chambre sans frapper à la porte, ou sans attendre la réponse du résident,
- Le tutoyer, l'appeler par son prénom sans demande explicite de sa part, l'infantiliser,
- Ne pas répondre à son appel, ne pas tenir compte de ses demandes, plaintes (douleurs),
- Le lever trop tôt ou trop tard selon ses habitudes de vie ou ses désirs,
- Réaliser des toilettes trop rapides, faire à la place de la personne « pour aller plus vite »,
- L'absence du respect de son intimité lors de soins intimes (porte ouverte, pas

de rideau de séparation tiré en chambre double...), des allers et venues innombrables dans sa chambre,
- Lui servir des repas trop tôt, dans un laps de temps rapide (30 min dans le film),
- Lui imposer ses propres choix (éteindre toute lumière pour dormir / fermer les volets « parce qu'on dort mieux dans le noir »).

Un an après l'affichage de la charte bientraitance dans les EHPAD, l'ensemble du personnel a été sollicité pour répondre à un questionnaire anonyme, afin d'évaluer le respect de celle-ci et l'existence d'une modification éventuelle dans leur posture professionnelle.

L'EVALUATION DU PERSONNEL

Nous avons retenu les réponses du personnel de deux EHPAD : notre choix s'est porté sur celui qui nous semble le plus « bientraitant » d'un point de vue architectural, organisationnel, du matériel mis à disposition et de la décoration offerte, et celui qui, au contraire, nous apparaît le moins adapté des quatre sur ces mêmes critères. Les deux établissements accueillent un pourcentage équivalent de personnes présentant une pathologie démentielle.

La résidence A « bientraitante » : une conception architecturale intéressante pour l'accompagnement de personnes souffrant de troubles cognitifs : 5 unités de vie de plein pied, un CANTOU central, une organisation favorisant une afférentation cognitive (nombre restreint mais stable d'intervenants, pas de rotation d'équipe, la proposition régulière d'animations en pavillon pour offrir un attracteur à l'attention), des murs décorés selon les saisons et événements, un jardin arboré et fleuri, des espaces extérieurs pour circuler, un

environnement valorisant pour ceux qui y vivent comme pour ceux qui y travaillent , un « *lieu où renaître* » (7); 64 résidents sont accueillis, 62,5% présentent une démence de type Alzheimer ou syndrome apparenté, un Gir Moyen Pondéré (GMP) de 601, 50 salariés, 25 personnes diplômées dans leur domaine d'intervention, 64% de réponses au questionnaire.

La résidence B « à améliorer »: une large bâtisse sur 4 étages avec 2 ascenseurs pour un potentiel de 65 résidents, de longs couloirs où deux fauteuils ne peuvent se croiser, une salle de restauration collective, une salle de goûter et d'animation ne pouvant

accueillir tous les résidents, nécessitant de nombreux travaux de réaménagement et de mise aux normes, des efforts de décoration mais de vieux locaux globalement tristes, pas de jardin, un accès sur la voie publique, 58 résidents, 64% présentant des troubles démentiels, un GMP de 509, 37 salarié, 17 diplômés dans leur champ d'intervention, 57% de réponses au questionnaire. Des particularités importantes : peu de réunions d'équipe, l'absence de direction sur le terrain, pas de projet d'établissement élaboré et un plan social en cours.

Présentation des résultats et discussion

Citez 3 idées de bientraitance véhiculées par la charte bientraitance	
<i>Résidence A</i>	
Vouvoiement	69%
Frapper avant d'entrer dans la chambre	31%
Respect de la pudeur/ intimité	28%
<i>Résidence B</i>	
Respect de la pudeur/intimité	48%
Vouvoiement	38%
Frapper avant d'entrer dans la chambre	25%

Les trois valeurs véhiculées par la charte, citées le plus fréquemment par le personnel des résidences A et B sont : le *vouvoiement* (69 et 38%), le *respect de l'intimité* (28 et 48%) et *frapper à la porte avant d'entrer* (31 et

25%), qui est également en lien avec l'intimité. Les échanges lors des groupes de discussion vont dans le sens de cette prise de conscience pour le personnel, que son lieu de travail est également un lieu de vie à part entière

pour le soigné. Mais avec quelle place pour l'intimité dans nos structures ? Concilier ces réalités privé – intime - individuel / public - collectif reste complexe pour le personnel et la frontière s'efface au profit de l'organisation institutionnelle et de sa logique à elle. En ce sens, la « violence institutionnelle » est omniprésente. A noter : 14% du personnel de la résidence B n'a pas répondu à cette question.

Citez les éléments qui vous paraissent faciles / difficiles à respecter envers les personnes démentes			
Résidence A		Résidence B	
Difficiles :		Difficiles :	
Respecter leur rythme et habitudes de vie	27%	Respecter leur libre circulation	28%
Assurer une prise en charge de qualité	22%	Respecter leur rythme et habitudes de vie	24%
Préserver leur autonomie	15,5%	Assurer une prise en charge de qualité	17%
Accepter leur refus des repas/des soins	13%	Respecter leur intimité, sexualité	13%
Faire preuve au quotidien d'écoute, de dispo.	10%	Accepter leur refus des repas/soins	11%
Respecter leur libre circulation	9,5%	Non réponse	14%
Faciles :		Faciles :	
Vouvoiement	45%	Vouvoiement	47,6%
Frapper à la porte avant d'entrer	22,7%	Frapper à la porte avant d'entrer	38%
Respect de leur choix vestimentaire	20,4%	Emploi du nom de famille	28,5%
Emploi du nom de famille	17,3%	Respect de leur culture/religion	23%

Le personnel des deux structures a donné des réponses communes mais dans des proportions variables pour certaines. Les éléments qui semblent les plus difficiles à respecter pour le personnel envers les personnes démentes sont : le *respect de leur rythme et habitudes de vie* (27 et 24%), leur *assurer une prise en charge de qualité* (22 et 17%), *préserver leur autonomie* (15,3%) pour la résidence A (item qui ne ressort pas pour la résidence B, mais qui peut être associé à la *prise en charge de qualité*), *respecter leur libre circulation* (9,5 et 28%). Pour 10% du personnel de la résidence A, la difficulté de *faire preuve d'écoute et de disponibilité* au quotidien est relevée.

Nous retrouvons pour le personnel cette difficulté de concilier l'organisation du travail avec son temps objectif (heures de lever/coucher, des repas, des toilettes, ...), et les habitudes de vie du résident, son rythme à lui, subjectif, ses besoins, variables d'une journée à une autre, mais qui restent subordonnés au primat de l'institutionnel et aux

habitudes de travail bien souvent. Le « manque de temps » évoqué est constant.

Par ailleurs, les décalages entre le droit aux choix des résidents et les devoirs professionnels du personnel sont nombreux. La liberté des uns s'oppose souvent au devoir de protection et à la logique sécuritaire des autres. Et les solutions trouvées tendent la plupart du temps à réduire l'espace vital de la personne âgée : restriction d'aller-venir par crainte de la chute, de la fugue, interdiction de fumer dans la chambre par crainte d'un incendie...restrictions d'autant plus nombreuses que la personne est désorientée.

C'est aussi probablement en ce sens que les soins relationnels (l'écoute et la disponibilité) semblent difficiles à respecter, au profit des soins davantage techniques ; ces derniers offrant une mise à distance protectrice et rassurante, car moins engageante et frustrante, donc moins stressante.

Nous retrouvons pour le personnel de la résidence B toute la difficulté de

respecter la *libre circulation* ; cela s'explique par l'architecture mal adaptée de leur établissement pour les transferts et les déplacements (quatre étages, un seul ascenseur pour transporter uniquement un fauteuil roulant), ce qui n'est pas le cas de la résidence A.

La difficulté pour le personnel de respecter le *refus des soins/des repas* ressort également (13 et 11%), car ces activités sont au cœur de leurs missions de soignant ; le refus de manger ou d'accepter les soins éveille dans chaque cas des conflits de valeurs, et s'accompagne souvent de la question à demi-formulée: «qu'est-ce qu'on fait : on force ou pas ? ».

Les échanges au cours des groupes de réflexion nous ont permis d'aborder ces interrogations nouvelles et de tenter de se décentrer des modèles normalisés. Par exemple pour les repas : quatre repas par jour, pris à telles heures, en position assise, avec une fourchette et

un couteau.... Pouvoir se dire : telle personne peut manger à 15h si elle a faim, avec ses mains, debout voire en marchant, représente une vraie révolution. Cela nécessite un processus de détachement des héritages socio-culturel, familial, individuel, des normes propres à chacun, et une formation spécifique.

Les éléments de bientraitance considérés comme facilement applicables concernent le *vouvoiement* (45 et 47,6%), *frapper à la porte* (22,7 et 38%), *l'emploi du nom de famille* (17,3 et 28,5%) ; un élément ressort dans la résidence B, le *respect du choix religieux/culturel* : on retrouve dans cette structure des résidents d'origine variée (portugaise, polonaise, maghrébine notamment), deux sont musulmans pratiquants. Le *respect du choix vestimentaire* ressort dans la résidence A à 20,4% et pas dans la résidence B.

Travailler sur le thème de la bientraitance a-t-il modifié votre comportement au quotidien sur le terrain ?				
	OUI	PARTIELLEMENT	NON	Pas de réponse
<i>Résidence A</i>	30%	53%	16%	
<i>Résidence B</i>	28%	38%	19%	14%

Ainsi, 83% des personnes de la résidence A et 56% de la résidence B reconnaissent avoir modifié leurs comportements depuis la sensibilisation à la bientraitance, notamment envers les personnes démentes.

La différence de pourcentage est importante et peut être en lien avec le climat anxigène régnant au sein de la résidence B (pas de Direction sur le terrain, pas de projet d'établissement, des emplois menacés), et des moyens

institutionnels insuffisants ; le manque de bienveillance, voire de

bientraitance, ressenti par le personnel à leur égard permet de faire l'hypothèse d'une propension plus grande à la résistance au changement de leur comportement et de leur remise en question (source supplémentaire de stress négatif), dans une attitude d'opposition. Les 14% de non réponse à cette question peuvent aller dans ce sens.

CONCLUSION

Nous pouvons dire que notre sensibilisation à la bientraitance nous a permis d'amorcer « *une communauté conceptuelle* », comme l'a dénommée A. QUADERI (8), qui permet aux soignants de se détacher de leur routine pour élaborer le soin. Pour ce faire, des espaces de parole sont nécessaires. Il est indispensable d'interroger nos pratiques, nos propres ressentis, pour éviter les projections et les différencier de ceux du malade. Ce que nous renvoie la personne âgée démente peut être difficile à accepter ; inconsciemment, l'image de la personne souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté est liée à la perte de soi et à nos angoisses de mort. Nous sommes face à notre propre peur du vieillissement, à la crainte du désinvestissement de notre corps et de notre vie psychique. Mettre des mots sur nos fantasmes réprimés, nos représentations latentes du malade, de la maladie semble indispensable pour optimiser l'accompagnement qualitatif de nos anciens, en perte d'autonomie et prévenir ainsi la maltraitance active mais surtout passive, la plus fréquemment rencontrée. Nous projetons de poursuivre nos réflexions collectives dans ce sens au sein des établissements de la MFA.

Par ailleurs, les conditions de travail, d'organisation, le projet d'établissement et la philosophie de soins qu'il véhicule, la formation du personnel et, par extension, l'environnement socio-politico-économique, sont eux-mêmes des éléments constitutifs de la bientraitance. Ils vont contribuer à l'état subjectif de bien-être ou au contraire de mal-être, de stress et de burn-out du personnel. Et après cette sensibilisation à la démarche de bientraitance, ne pas pouvoir répondre aux choix des résidents en lien avec les contraintes de la machine

institutionnelle (effectifs et moyens limités), suscite souvent des sentiments d'insatisfaction et de culpabilité, sur lesquels nous travaillons désormais en équipe.

Aujourd'hui, aucun effet curatif sur la démence n'a été prouvé. Traitements médicamenteux et non médicamenteux (réhabilitations cognitive, sociale, motrice, sensorielle, musicale...) n'ont pas encore démontré leur efficacité ; même si les impressions cliniques générales sur les effets bénéfiques des approches non médicamenteuses (éviter de l'isolement, sensations d'apaisement, de plaisir) sont meilleures que les résultats mesurés, et certains troubles du comportement mieux gérés (agressivité, agitation, cris notamment) en fonction des réponses communicationnelles et comportementales des accompagnants (personnel, famille).

Une personne atteinte d'un syndrome démentiel, reste un être instinctif, sensitif, émotionnel. Aussi est-il indispensable de former le personnel des institutions accueillant des personnes souffrant de démence, à « l'écoute de leur langage » (9). Cela lui permettra d'acquérir les connaissances nécessaires pour changer de regard sur ces malades, de créer un meilleur accordage affectif et d'affirmer la permanence de l'être humain en toute circonstance, même les plus dégradées. Mais la qualité des relations primera-t-elle un jour davantage sur la rapidité d'exécution des tâches inhérentes aux exigences des institutions ? Positifs, nous en faisons le pari.

Références:

(1) KITWOOD T, 1997, Dementia reconsidered. The person comes first, Open University Press,

(2) HUGONOT R, 1992, « Violence contre les vieux », Erès, Collection Santé et Société.

(3) ANESM, 2008, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », p.10 et 16.

(4) GINESTE Y, PELISSIER J, 2007, « Humanité : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux », Armand Colin.

(5) FEIL N, 1997, « Validation – Mode d'emploi », Edition Pradel.

(6) VILLENEUVE J, 2002, « Guide pour l'aménagement des unités prothétiques fermées en CHSLD », Objectif prévention, n° 25, p. 1.

(7) BETTELHEIM B, 1975, « Un lieu à renaître », Ed Robert Laffont, Collection Pocket.

(8) QUADERI A, 2004, « Rhétorique et pragmatique dans les groupes de parole en gériatrie » in Connexions, Erès, n°84, p.49-55.

(9) PLOTON L, 2004, « Maladie d'Alzheimer – A l'écoute d'un langage », 3^{ème} édition, Chroniques sociales.