



Premières Assises Départementales de la bientraitance des Bouches-du-Rhône

*« L'accompagnement des professionnels
au service des personnes âgées et des personnes
handicapées : un enjeu essentiel pour
la promotion de la bientraitance »*

Compte rendu des débats

Colloque du 26 février 2010
Parc Chanot, Marseille

Sommaire

Ouverture des Assises	4
• Jean-Noël GUERINI, Président du Conseil général, Sénateur des Bouches-du-Rhône	
• Serge DAVIN, Directeur Adjoint Honoraire de la DRASS, modérateur de la journée	
La richesse d'une pluralité d'approches pour un partage de valeurs, au service d'une construction collective de la bientraitance : le chemin vers un compromis ?	6
Comment définir la maltraitance d'un point de vue juridique? Comment peuvent réagir les intervenants face à des actes de maltraitance? Quelles sont leurs responsabilités?	6
• Antoine PIQUERAS, Avocat au barreau de Perpignan, spécialisé dans le secteur social et médico-social	
Comment construire un cadre d'actions porteur de sens pour les professionnels ? Les apports d'une démarche éthique	8
• Jean-Jacques NILLES, Professeur de Philosophie, Maître de Conférences en sciences de gestion à l'Université de Savoie, Conseil Scientifique et Formateur en éthique professionnelle	
L'approche médicale comme vecteur fondateur d'un positionnement éthique ou comme outil parmi d'autres. "Vieillir et mourir heureux, pourquoi pas ?"	12
• Jacques SOUBEYRAND, Docteur en médecine, Professeur à la Faculté, Praticien hospitalier-consultant, Médecine interne et Gériatrie, Président de l'Entraide des Bouches-du-Rhône	
Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles : un passage obligé entre les concepts et l'action ?	17
Des repères pour évaluer : Présentation de trois recommandations de l'ANESM sur les missions des responsables d'établissements et de services, et les stratégies d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	17
• Michèle PONDAVEN, Chef de projet ANESM	
Comment accompagner les professionnels dans une démarche «vertueuse» de bientraitance ?	23
Table ronde 1 : Définir le sens de l'action au bénéfice des personnes accompagnées : Quel rôle pour le responsable d'établissement et l'encadrement ?	23
Participants :	
• Mylène GRIMALDI, Responsable qualité, Jacques SIMON, Directeur Ressources Humaines au Centre Gérontologique Départemental	
• Philippe LANNES, Directeur du Foyer de Vie Les Chênes de l'ADSEA 13	
• Philippe NIOGRET, Directeur des ESAT Le Rouet et La Parade, Association AMSP	
• Monique LINOSSIER, Directrice, Association ELIA	
• Virginie CROT, Psychologue, Dominique CHARLIER, Directeur, EHPAD Un Hameau pour la Retraite	

Table ronde 2 : Les pratiques au quotidien entre vulnérabilité des professionnels et accompagnement de la personne aidée dans sa singularité 33

Participants :

- Danielle DELEUIL, Monitrice éducatrice, Laure ROMEO, Monitrice éducatrice, Jacques LORE, Moniteur d'atelier, Foyer de Vie Poinso-Chapuis Association ARI
- Echata MGOMRI, Aide-soignante, Martine CODER, Aide-soignante, Julia MARINONE, Conseillère en Vie Sociale, EHPAD Le Lacydon, Association ENTRAIDE
- Ferouz LATRECHE, Aide-soignante, Charlène MALGUY, Aide-soignante, EHPAD Bastide Saint-Jean
- Sophie BOLINCHES, Coordinatrice d'animation, Lydia GORENE, Infirmière, Christophe NICAUD, Aide-soignant, EHPAD Saint-Jean, La Fare les Oliviers
- Camille DUPRE, Directrice, Patricia PLASSE-FAUQUE, Auxiliaire de vie, Service d'aide à domicile NS 13

Clôture de la journée 43
Serge DAVIN

Ouverture des Assises

Jean-Noël GUERINI, Président du Conseil général, Sénateur des Bouches-du-Rhône

Mmes et MM., je suis très heureux d'ouvrir ces Assises départementales de la bientraitance. La maltraitance des adultes vulnérables, personnes âgées et personnes handicapées, a longtemps été un phénomène méconnu et mal pris en considération, à l'exception des cas extrêmes relevant de poursuites pénales qui continueront à être sévèrement sanctionnés. Mais la notion de maltraitance est souvent difficile à bien appréhender quand il s'agit non pas de violences physiques ou psychologiques, mais d'absence ou d'insuffisance réelle ou ressentie d'attention et d'affection.

Depuis une vingtaine d'années, avec l'amélioration générale des conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, cette question complexe a été de mieux en mieux prise en considération. Avec M. le Préfet de région, nous avons ainsi mis en place, en septembre dernier, le Comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance. Ce comité associe l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre la maltraitance avec des représentants des associations d'usagers, d'établissements, de la justice et de la police. Ce comité a pour mission principale la réalisation d'un état des lieux des difficultés recensées et de la mise au point des actions à conduire.

Au cours de la première réunion de ce comité avec le préfet, nous avons décidé d'organiser ces assises dans le but d'instaurer une dynamique permettant de combattre la maltraitance. Je suis naturellement très sensible à l'objet de ces assises.

Notre collectivité est un acteur majeur dans la prise en charge des personnes âgées et handicapées, en institution ou à domicile. Je rappelle que dans nos départements plus de 20 000 personnes âgées sont accueillies en établissement et près de 23 000 soutenues à domicile grâce à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'APA. S'y rajoutent 3 500 personnes handicapées placées dans des structures spécialisées et plus de 4 000 justifiant d'une aide à domicile pour les actes de la vie courante.

Notre responsabilité collective est de permettre à tous de vivre dans de bonnes conditions. L'âge ou le handicap ne peuvent être des obstacles au bien-être. La plénitude des droits de chacun doit être garantie, quel que soit le degré de handicap ou de dépendance. Mais il faut avoir conscience que notre engagement en faveur des personnes âgées et handicapées, citoyens à part entière, va se développer dans les années à venir au regard de l'accroissement prévu des besoins. L'augmentation de la durée de vie, que ce soit pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, l'évolution de notre société avec des structures familiales plus éclatées, moins soudées, entraînent des besoins nouveaux. Nous savons combien sont déterminants à la fois le confort des structures d'accueil, la compétence et la disponibilité des personnes qui fournissent les soins en établissement ou à domicile.

J'ai, à cet égard, pleinement conscience de la difficulté et de la complexité des missions des professionnels. Vos métiers sont difficiles, et notre rôle est de vous donner les moyens de les exercer dans les meilleures conditions possibles. Vous représentez souvent pour les personnes un vecteur essentiel de chaleur humaine et de fraternité. Le contact humain joue un rôle essentiel.

Je voudrais ainsi manifester ma gratitude à tous les professionnels et aux responsables des établissements pour le travail admirable effectué au quotidien. La question de la bientraitance est au cœur de nos politiques de solidarité. Permettez-moi toutefois de souligner que le Conseil général des Bouches-du-Rhône a toujours fait preuve d'une grande vigilance sur cette question, en étant particulièrement attentif au fonctionnement des établissements et en assurant des contrôles systématiques et inopinés.

Depuis 1998, nous avons fermé dix-huit maisons de retraite dans lesquelles les conditions d'accueil n'étaient pas acceptables. Cette attention constante et ce travail permanent me permettent d'affirmer que dans notre département la maltraitance est très certainement une des réalités, mais moins qu'ailleurs. Il règne le plus souvent dans les établissements une

ambiance conviviale grâce à des personnels compétents, attachés à leur mission, respectueux et attentifs aux personnes.

Il nous faut poursuivre le combat contre la négligence, les attitudes trop rigides, l'absence de chaleur humaine qui créent de l'isolement pour les personnes concernées. Je suis convaincu que dans la plupart des cas, avec de la formation, de la sensibilisation, on peut éviter des situations d'inconfort, de mal-être des personnes âgées et handicapées qui ont besoin de chaleur humaine et de respect.

Il faut que nous restions tous vigilants pour assurer la diffusion des bonnes pratiques professionnelles. Soyons exigeants envers nous-mêmes pour le bien-être des plus vulnérables d'entre nous. Nous avons le devoir d'assurer pleinement les droits, la liberté et le respect de la dignité des personnes. C'est une exigence absolue vis-à-vis de nos concitoyens les plus vulnérables. C'est un impératif conforme à nos exigences collectives, de fraternité et de solidarité. Je vous souhaite de fructueux travaux.

Serge DAVIN, Directeur Adjoint Honoraire de la DRASS, modérateur de la journée

Je suis heureux de retrouver ici les professionnels du secteur sanitaire, social, médicosocial, et les futurs professionnels, car beaucoup d'élèves et d'étudiants sont présents dans l'auditoire. Après le propos introductif du Président Guérini, je vous remercie de bien vouloir excuser Monsieur Michel Sapin, Préfet des Bouches-du-Rhône, qui du fait de la proximité de l'échéance électorale est tenu de respecter la période de réserve qu'imposent la règle et l'usage républicains. Cela ne signifie nullement un désintérêt pour les questions dont nous allons parler aujourd'hui, car conjointement avec le Président Guérini, Monsieur Sapin a personnellement mis en place, le 9 septembre 2009, le conseil départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Le Préfet Sapin avait alors souhaité que soient mises en lumière trois thématiques. Premièrement, la coordination des acteurs ; deuxièmement, le renforcement de l'évolution des pratiques et du fonctionnement des établissements, même si la maltraitance peut s'exercer ailleurs et au domicile des personnes, vulnérables ; troisièmement, la sensibilisation et la formation des personnels, des bénévoles et des familles.

C'est cette troisième thématique qui a conduit les services de l'Etat et du Conseil général à organiser ces Assises départementales de la bientraitance. Celles-ci font suite à des manifestations déjà mises en place par de précieux partenaires : le CREAL, lors de son assemblée générale de mai 2009, et l'URIOPS. Cela témoigne que le thème de la lutte contre la maltraitance et pour la bientraitance émergent et se développent progressivement dans notre monde sanitaire, social et médicosocial.

J'en veux pour preuve également l'écho de cette problématique dans les médias, et donc dans l'opinion publique. Votre présence aux assises témoigne de votre intérêt à approfondir encore la réflexion. Tel est bien l'objectif de cette journée dont le fil conducteur est celui de l'accompagnement des professionnels au service des personnes vulnérables, personnes âgées et personnes handicapées essentiellement, mais pas seulement. Ces Assises s'adressent aux professionnels sans pour autant exclure les bénévoles et les familles.

La réflexion sur les pratiques de bientraitance renvoie à des réflexions éthiques et individuelles, à des socles déontologiques professionnels, à des règles sociales et culturelles. C'est peut-être à travers ce triple filtre que se construit collectivement et individuellement un consensus institutionnel porteur de sens. Nous aurons aujourd'hui le point de vue théorique ou conceptuel des experts puis une interrogation sur les pratiques. Autrement dit, nous essaierons de voir comment passer des concepts à l'action.

Tel est le sens général que les organisateurs ont voulu donner à cette journée. Lors du dernier Conseil des Ministres, Madame Nora Berra a fait une communication sur la bientraitance. Je vous renvoie au communiqué du Conseil des Ministres du 23 février, indiquant notamment qu'un projet de loi prévoit la mise en place dans chaque département d'une Commission des plaintes rassemblant les services du Conseil général et de l'Etat. Dans les Bouches-du-Rhône, cette Commission des plaintes est d'ores et déjà en place depuis plusieurs années, avec la participation des partenaires de l'assurance maladie.

Les actes de cette journée seront disponibles sur un certain nombre de sites Internet.

La richesse d'une pluralité d'approches pour un partage de valeurs, au service d'une construction collective de la bientraitance : le chemin vers un compromis ?

Serge DAVIN

Antoine Piqueras est avocat au barreau de Perpignan, spécialisé dans le droit social et médicosocial. Y a-t-il une définition juridique de la maltraitance ? Quelle est la responsabilité des intervenants face à un acte de maltraitance ? Quel signalement ? A partir de quelle gravité ? Pouvez-vous me donner quelques exemples ou quelques arrêts de jurisprudence en la matière ? Quelles évolutions pouvons-nous constater dans le corpus réglementaire ?

**Comment définir la maltraitance d'un point de vue juridique ?
Comment peuvent réagir les intervenants face à des actes de maltraitance ?
Quelles sont leurs responsabilités ?**

Antoine PIQUERAS, Avocat au barreau de Perpignan, spécialisé dans le secteur social et médico-social

Quand on parle de maltraitance, on se tourne vers le code pénal. Si on voulait définir la maltraitance, il faudrait donc la chercher dans le code pénal, mais elle n'y figure pas. Il existe simplement des infractions plus ou moins graves. Une petite porte a été ouverte en 1994 lorsque le nouveau code pénal est entré en application. On aurait pu imaginer des définitions des actes et des articles consacrés à la maltraitance, ce ne fut pas le cas. On a créé la notion, qui n'existait pas avant 1994, de vulnérabilité.

La personne vulnérable est la personne qui ne peut pas se défendre. En droit, il s'agit de personnes vulnérables qui ne peuvent pas se défendre. A travers cette notion de vulnérabilité, certaines infractions et certaines peines qui correspondent aux infractions commises ont été aggravées. En d'autres termes, lorsqu'une personne commet une infraction sur une personne qui n'est pas vulnérable, une peine est prévue, alors que si la même infraction est commise sur une personne vulnérable, la peine sera aggravée.

La deuxième approche de la maltraitance dans le code pénal va consister en un certain nombre d'actes considérés comme des actes de maltraitance, mais nulle part il n'est écrit maltraitance. Trois grandes parties de la maltraitance, qui intéressent nos secteurs d'activité, figurent dans le code pénal. On parle d'abord des violences sexuelles, puis on distingue les autres violences, et enfin on distingue les mises en danger d'autrui.

J'aborderai dans un second temps quelques aspects jurisprudentiels, c'est-à-dire comment le magistrat se positionne par rapport aux actes de maltraitance. Je pense notamment aux travailleurs sociaux qui commettent des actes sans savoir que c'est de la maltraitance. Ces derniers seront considérés comme des auteurs d'infraction quand bien même ils pourraient expliquer qu'ils n'ont pas souhaité commettre l'acte qui leur est reproché.

Une troisième partie sera consacrée à l'attitude à tenir dans nos établissements face à des actes de maltraitance. Comment le travailleur social qui est témoin d'un acte de maltraitance doit-il se comporter vis-à-vis de sa hiérarchie, de l'autorité judiciaire, du collègue qui a commis cet acte de maltraitance ?

S'agissant des violences sexuelles, la plus importante d'entre elles est le viol, considéré comme un crime. Viennent ensuite les attouchements sexuels sans violence et la corruption du mineur.

Les autres violences considérées comme des actes de maltraitance sont le meurtre et l'assassinat, les tortures et les actes de barbarie, les coups et blessures volontaires, et les menaces.

Les mises en danger des personnes, beaucoup plus proches des situations rencontrées dans nos établissements où nous commettons des actes sans trop savoir qu'ils sont prévus par le code pénal. Parmi les mises en danger des personnes, on trouve les atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité de la personne. L'auteur a commis l'acte sans intention de le commettre, mais il n'en demeure pas moins un acte prévu par le code pénal et donc

une infraction, et donc condamné. Le Code pénal est un catalogue avec des définitions d'actes. C'est à partir de ces définitions que le juge va pouvoir se positionner par rapport à l'acte reproché à l'auteur. Après avoir étudié cette définition, il pourra déterminer la peine encourue. On trouve également les risques causés à autrui, le délaissement de mineurs, la mise en péril de mineurs et le délaissement d'une personne, les violences habituelles, les privations, les mauvais traitements et les atteintes sexuelles, la discrimination fondée sur le handicap.

En droit pur et en matière jurisprudentielle, si l'acte commis par le travailleur social ou qui que ce soit ne correspond pas à la définition exacte, précise, prévue par l'article du code pénal, le juge est tenu de dire que la personne ne peut pas être poursuivie pour l'acte prévu par le code. Cela ne veut pas dire que l'acte commis ne va pas être sanctionné, mais si la personne est accusée de viol, par exemple, et si on prend la définition du viol dans le code pénal, le moindre mot, la moindre virgule qui ne correspond pas à l'acte constaté, fera que l'acte commis ne sera pas considéré comme un viol, mais comme autre chose. C'est la définition qui fait démarrer la décision du juge.

Quand la définition correspond parfaitement à l'acte commis, les peines prévues sont systématiquement appliquées ; sachant que le juge peut moduler les peines en fonction des circonstances et de la victime. La peine sera aggravée si la victime est une personne vulnérable.

Comment le juge se positionne-t-il face à ces situations ? Nous commettons tous des actes qui, à nos yeux, ne correspondent pas forcément à des actes de maltraitance ou à des infractions. Il n'en demeure pas moins que devant un tribunal, devant un juge, ces actes vont être considérés comme des infractions parce que leur définition figure dans le code pénal et que le juge peut estimer que cette définition est parfaitement calquée à la situation qui lui est soumise. L'auteur de l'acte est alors condamné.

Quelques exemples de jurisprudence. Sur l'homicide involontaire, par exemple. On commet un acte, on croit faire son travail correctement, mais le juge en décide autrement. Par exemple, un moniteur éducateur accompagne sept adultes lourdement handicapés faire une promenade et ils se retrouvent au bord d'un lac. L'un des adultes est atteint d'une maladie rare, la potomanie, c'est-à-dire qu'il est attiré par l'eau de façon irrésistible. Pendant que l'éducateur va chercher le goûter dans la fourgonnette, le jeune pénètre dans le lac et se noie. Ce moniteur éducateur est condamné pour homicide involontaire car c'est bien lui qui en est à l'origine pour défaut de surveillance. On a aggravé la situation parce qu'il devait comprendre la maladie du jeune, même si son avocat a plaidé qu'il n'était pas médecin, et porter une attention particulière au jeune lourdement handicapé, notamment au bord de l'eau.

Même situation pour une éducatrice qui laisse de très jeunes enfants handicapés sur la plage seuls pendant vingt minutes. Elle a expliqué la raison pour laquelle elle s'était absentée, qui était tout à fait acceptable, mais le problème est qu'étant éducatrice, elle était chargée de surveiller les enfants. Or, en jouant dans le sable, l'un des enfants en a avalé et est mort étouffé. Elle a été condamnée pour homicide involontaire.

Le dernier cas concerne une directrice qui avait organisé son travail pendant son absence pour congés en procédant à un remplacement de moniteur par une jeune stagiaire qui n'avait pas suffisamment d'expérience. Un enfant a été mortellement blessé, et c'est la directrice qui a été poursuivie et condamnée. L'organisation de ce travail se trouvait donc à l'origine de l'accident. Le juge a considéré que si elle avait organisé son travail différemment, par exemple en procédant au remplacement de l'éducateur par un professionnel ayant de l'expérience, l'accident ne serait pas survenu.

Autre exemple de jurisprudence où le juge est amené à se prononcer, la non assistance à personne en danger. C'est maintenant l'article 223-6 du code pénal qui concerne cette notion. Il existe de nombreux cas de figure où cette notion de non assistance à personne en danger prend différentes formes dans le travail social.

Que faut-il faire face à la maltraitance et notamment en établissement ? C'est toute la question des procédures internes. Existe-t-il dans vos établissements une procédure prévue, organisée ? Elle existe dans beaucoup d'établissements, encore faut-il la connaître, la

diffuser, que les salariés et tous les travailleurs sociaux puissent en prendre connaissance et réagir le plus rapidement possible.

Face à une procédure intelligente, bien étudiée, dans un établissement, le travailleur social a également une autonomie personnelle. Quelle que soit sa catégorie, quelle que soit sa place dans l'organigramme, le travailleur social peut être témoin d'un acte de maltraitance. Sa première réaction est de se référer à la procédure interne et donc d'informer son supérieur hiérarchique. Le problème vient ensuite de la hiérarchie qui va peut-être décider de ne pas continuer cette procédure et estimer ne pas devoir le signaler aux autorités judiciaires, pour des raisons différentes du travailleur social qui, lui, estime que ce qui s'est produit est très grave. Le travailleur social peut alors sortir du schéma prévu par la procédure interne et décider de porter à la connaissance de l'autorité judiciaire le fait qu'il estime très grave.

Il y a donc discordance entre la direction et le travailleur social, et on peut même imaginer des sanctions. Suite à la loi de 2002, le travailleur social qui décide de dénoncer un acte de maltraitance contre l'avis de son supérieur hiérarchique ou de son directeur est désormais protégé. Le texte du code de l'action sociale et des familles, tiré de la loi de 2002, précise bien que le simple fait d'évoquer les actes de maltraitance rend nul le licenciement.

Serge DAVIN

Au-delà des aspects purement juridiques se pose un certain nombre de problèmes d'une autre nature aux travailleurs sociaux, aux établissements, aux gestionnaires, aux responsables. Ce peut être des problèmes moraux, déontologiques, éthiques.

Jean-Jacques Nilles est professeur de philosophie, maître de conférence en sciences de gestion à l'université de Savoie, conseil scientifique et formateur en éthique professionnelle.

<p style="text-align: center;">Comment construire un cadre d'actions porteur de sens pour les professionnels ? Les apports d'une démarche éthique.</p>

Jean-Jacques NILLES, Professeur de Philosophie, Maître de Conférences en sciences de gestion à l'Université de Savoie, Conseil Scientifique et Formateur en éthique professionnelle

Je vais vous présenter une synthèse d'un certain nombre de travaux de recherche et d'une expérience de terrain en tant qu'accompagnateur d'équipes de professionnels ou d'établissements, et en tant que formateur dans la mise en place d'une démarche éthique.

Ma présentation s'articulera autour de trois temps. Une réflexion assez générale sur le pourquoi, ce qui nous conduit aujourd'hui à nous intéresser à la question de l'éthique, qui est devenue extrêmement prégnante dans la plupart des milieux professionnels et au-delà. Une réflexion sur le quoi, puisque ce concept d'éthique n'est pas facile à définir, il a des frontières assez molles, en particulier avec les notions de morale, de droit et de déontologie. Le troisième temps visera à montrer comment mettre en place une démarche éthique, comment opérationnaliser l'éthique dans un contexte organisationnel.

S'agissant du pourquoi, il me paraît important d'insister sur les trois notions que sont le sens, le lien et la confiance. Le premier point concerne ce que l'on peut appeler la fin des idéologies. Le terme idéologie est pris ici non pas dans son sens politique, mais philosophique, c'est-à-dire un système d'idées consistant, cohérent, partagé, et qui donne un sens à nos actions quotidiennes. On ne peut pas dire qu'il n'y ait plus d'idéologies, mais il n'y a pas une idéologie commune, il n'y a pas d'emblée un sens partagé qui puisse faire consensus. On va donc avoir recours à l'éthique tout d'abord parce qu'il s'agit de définir le sens, de donner des finalités, qu'on a besoin de dialoguer, d'échanger, et de construire ensemble.

Nous sommes dans des systèmes dits individualistes, où la force du groupe s'est réduite au profit du poids de l'individu. Peut-être que la judiciarisation en est un des symptômes. La relation que nous avons avec les autres n'est pas une relation préconstruite, donnée, et nous allons devoir en permanence chercher à définir quel est le mode de relation d'un

responsable avec ses collaborateurs, des parents avec des enfants, d'un soignant avec des patientes. Toutes ces relations sont maintenant dans un registre de négociation et de construction permanente. Or le lieu dans lequel nous cherchons à définir quels sont nos engagements réciproques et quelle est la nature de notre relation, c'est la réflexion éthique.

Troisième point, nous sommes dans des systèmes sociaux qui ont valorisé l'opportunisme qui, dans son sens positif, désigne la capacité à saisir les éléments d'une situation et à adopter une attitude ou un comportement qui permet d'obtenir des résultats les plus efficaces possibles. Or, cette notion d'opportunisme, de capacité d'ajustement rapide vient télescoper une notion qui me paraît très importante au regard de l'éthique et de la bienveillance, celle de la confiance qui renvoie à la stabilité et à la prédictibilité des comportements. J'ai confiance en quelqu'un quand ses comportements découlent de principes d'action ou de valeurs qui sont pour moi lisibles et qui me permettent d'anticiper sur la façon dont il va agir. C'est en particulier le cas lorsque les personnes sont dans une situation de dépendance ou de vulnérabilité puisqu'à ce moment-là, elles se confient à d'autres ou à une institution et le besoin de confiance devient alors extrêmement fort et important. Ce développement de l'opportunisme a pu perturber la confiance et conduit à une recherche de contrôle sur les institutions ou sur les professionnels.

Les notions d'éthique et celles qui sont satellites de cette dimension de l'éthique sont principalement liées à la recherche de sens, de lien et de confiance, au niveau social, et en particulier dans le secteur de l'accompagnement des personnes vulnérables ou en situation de faiblesse.

Quelques définitions de ce concept d'éthique. Il me paraît utile d'opposer l'éthique à l'opportunisme qui, dans une situation donnée, est une attitude qui consiste à se saisir des éléments disponibles dans la situation, à avoir une vision d'assez court terme sur les conséquences possibles des décisions que l'on prend et à chercher à maximiser ses propres intérêts ou ceux de l'institution. L'opportunisme ne génère pas d'effet d'apprentissage, et c'est un de ses défauts majeurs, c'est-à-dire qu'on ne crée pas de compétences individuelles ou collectives sur la base de décisions opportunes. D'autre part, il présente un certain nombre de risques puisqu'on peut prendre des décisions qui s'avèrent nocives pour soi-même et pour les autres.

Le terme d'éthique est assez difficile car il se divise en deux dimensions que l'on peut qualifier d'éthique normative et d'éthique réflexive. On pourrait aussi parler d'éthique interrogative ou d'éthique créative. Un groupe de travail de l'ANESM mène une réflexion sur la question de l'éthique. La première dimension de l'éthique consiste à s'extraire de la situation dans laquelle on a une décision à prendre pour la rapporter à un référentiel qui la dépasse. Je suis dans le processus éthique lorsque je cherche à donner un sens à ma décision. L'opportunisme ne me donne pas de sens autre que la maximisation de son intérêt, je cherche à donner un sens à ma décision en la rapportant à un référentiel qui est au-delà de mon pouvoir individuel. Ce référentiel est triple. C'est celui de la morale qui renvoie à une définition du bien et du mal dans une société donnée à un moment donné et qui se traduit par un ensemble de prescriptions ou de proscriptions, ce que l'on a appelé des tabous par exemple, donc des lois, des impératifs moraux ou des interdits.

En principe, le droit et la morale sont cohérents et le droit est une traduction formelle, parfois décalée, de la morale d'une société. Historiquement, dans des situations exceptionnelles, il se peut que ce ne soit pas le cas. Dans ce cas, on renvoie à des notions de résistance exceptionnelle. Globalement, nous sommes dans une société régie par des principes constitutionnels démocratiques dans lesquels il y a une légitimité supérieure du droit et de la morale.

Le troisième référentiel appartenant au droit est la déontologie définie comme la morale professionnelle. Il existe de nombreuses situations très concrètes dans lesquelles le professionnel a des décisions difficiles à prendre. Il va regarder du côté de la morale, du droit. Nous sommes, je crois, dans une sous culture juridique, et nous avons un important travail à faire collectivement. Il faut donc regarder dans le référentiel juridique, dans la déontologie au sens strict ou au sens large, les normes de justice dans sa profession, et si l'on trouve la réponse à sa question, comme par exemple dénoncer ou pas un acte de

maltraitance, l'éthique consiste à mettre en œuvre ce référentiel qui dépasse la situation. Ce n'est pas toujours facile à accepter puisque ce terme d'éthique, notamment dans la culture de la santé et du médicosocial, renvoie plutôt à une liberté individuelle.

Le terme éthique recouvre une seconde dimension. Dans un certain nombre de situations que l'on peut qualifier de dilemme ou de tension éthique, les référentiels ne fournissent pas de réponse, que l'on soit en situation d'anomie, c'est-à-dire d'absence de règles connues, ou en situation de contradiction soit à l'intérieur des référentiels, par exemple entre la liberté de déplacement et la sécurité des personnes dans les établissements, soit entre le référentiel et les contraintes organisationnelles. Le moment de la toilette, par exemple, est une zone très sensible pour les aides-soignants ou les aides-soignantes car il y a des contraintes de temps et de rythme qui peuvent s'opposer aux prescriptions de bientraitance dans la technique de la toilette qui demande parfois un temps plus important.

L'éthique réflexive est la mise en œuvre d'un processus par lequel l'on crée une décision unique dans une situation donnée, décision que l'on porte en terme de responsabilité. Ce qui me fait dire toujours que l'éthique, c'est fatigant, qu'il ne faut pas trop faire d'éthique, qu'il faut en faire le moins possible, c'est-à-dire qu'on ne doit pas soumettre des professionnels à des décisions éthiques incessantes car c'est un processus compliqué, risqué. Il faut chercher à cadrer le plus possible. C'est la responsabilité des cadres et du management que de faciliter le travail des professionnels et de limiter la réflexion éthique aux cas les plus difficiles sur lesquels on va se concentrer pour mener une réflexion personnelle, mais pas individuelle. Il faut distinguer également l'éthique comme démarche personnelle de ce que l'on entend par démarche individuelle.

Dernier point, comment mettre en place une démarche éthique et est-il possible d'opérationnaliser l'éthique. Il ne s'agit pas d'instrumentaliser l'éthique, mais d'en faire un moyen de gestion. Dans notre culture, l'éthique renvoie à une dimension spirituelle profonde et l'idée qu'elle puisse devenir une démarche institutionnelle ou un outil de gestion peut paraître restrictive, asséchante, appauvrissante, ce que personnellement je ne pense pas, et je défends cette idée au titre des principaux clients de la démarche éthique que sont les usagers.

L'éthique n'est pas la discipline. La discipline est l'obéissance à une règle sans en connaître le sens. L'éthique peut renvoyer à l'obéissance de règles ou à un cadre normatif, mais en s'appuyant sur le sens. Quel est le sens global de l'accompagnement des personnes et quel est le sens du travail quotidien, du gant de toilette, des fleurs, de la mise à table, du service ? Quel est le sens de chacune de ces actions par rapport à l'humain, à l'humanité ? Le rôle de l'encadrement est tout d'abord de faire le lien entre les concepts et les gestes quotidiens pour que le travail des professionnels ait le plus de sens possible et que ce sens soit partagé collectivement.

Le travail autour de l'équipe ne peut être que collaboratif. L'éthique comme appropriation de la règle ne peut pas s'imposer, elle doit se construire collectivement. D'autre part, on n'insistera jamais assez sur l'exemplarité et sur le fait que la chaîne de la valeur éthique ne commence pas dans la relation du professionnel à la personne accompagnée, mais dans la relation du management aux collaborateurs. On ne peut pas avoir des relations maltraitantes entre professionnels et leur demander de développer une attitude bienveillante. Notre culture de management n'est pas une culture bienveillante, de la reconnaissance positive. C'est encore trop une culture de la distance hiérarchique, de la bureaucratie ou de la stigmatisation. Nous avons beaucoup à faire en terme de travail collectif.

Ce qui m'a frappé en travaillant dans le secteur médicosocial en particulier est le fait que les cadres ou les directeurs ne soient pas perçus comme faisant partie des équipes. La verticalité fonctionne mal, et je fais un lien fort entre le bon fonctionnement de la hiérarchie et la mise en place d'une démarche éthique. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'inventer un dispositif de gestion original pour mettre en place une démarche éthique. C'est peut-être frustrant, mais les établissements ont connu beaucoup de réformes, beaucoup d'outils, de systèmes d'évaluation, et il ne faut pas en rajouter. La démarche qualité existe, qui consiste à définir un référentiel, à évaluer le niveau de mise en œuvre des dimensions et des

indicateurs de ce référentiel, et à mettre en place des plans d'action pour améliorer ce qui n'est pas au niveau souhaité.

On construit un référentiel éthique, on cherche à l'évaluer, et on met en place des systèmes d'action. Le référentiel éthique se construit à trois niveaux. Le niveau des vertus ou des principes d'action, qui est celui d'une charte. Le niveau des lignes de conduite, qui consiste à décliner cette charte par rapport à un ensemble de métier ou de services. Et le niveau des bonnes pratiques. Une valeur, c'est le respect de la personne. Une ligne de conduite, c'est le respect de l'intimité. Une bonne pratique, c'est frapper à la porte et attendre la réponse avant d'entrer. Nous faisons ce travail avec des établissements en mobilisant les équipes de professionnels pour co-construire ce référentiel éthique qui ne peut pas être plaqué et rédigé simplement par un directeur et un consultant ou une équipe de direction élargie.

Ce référentiel s'articule autour de cinq grands principes. La notion d'altruisme ou de respect, prendre en compte prioritairement l'intérêt fondamental des personnes accompagnées. La notion de justice, qui renvoie à l'égalité et à l'équité. La notion de responsabilité, qui renvoie à la compétence et à la bonne foi ; la compétence et la formation étant une obligation éthique et déontologique pour les professionnels. Le courage, qui est l'engagement et la capacité à assumer ses opinions en matière d'éthique dans le dialogue. Enfin, la pondération, c'est-à-dire la modération dans les propos et dans les jugements. Culturellement, nous avons tous un important travail à faire dans ce domaine.

L'évaluation peut porter sur trois dimensions. Une dimension que j'appelle le climat éthique, c'est-à-dire l'ambiance éthique ou le niveau d'éthique perçu dans l'organisation par les professionnels. Le rapport à la décision, c'est-à-dire mettre en place des petits scénarios qui racontent des situations et dans lesquels il est demandé aux professionnels de procéder à une évaluation. Et ce que l'on peut appeler les baromètres autour de l'éthique et de la confiance qui consistent à croiser les regards internes et externes avec les patients, les personnes accompagnées ou leur famille, pour évaluer la mise en œuvre des indicateurs du référentiel éthique. C'est ce qui a été fait, par exemple, dans le poly handicap et dans l'accompagnement des personnes âgées.

Pour conclure, à quelles conditions la mise en place d'une démarche éthique peut-elle être réussie ? Il faut pouvoir articuler cette démarche à la mission ou à la vocation de l'établissement et de l'ensemble des professionnels. Il faut essayer d'avoir de la rigueur dans l'approche. La démarche doit être collégiale, même si cela prend un peu plus de temps. L'éthique doit progressivement être prise en main dans les services, comme l'a été la démarche qualité. Le management doit être exemplaire. Un gestionnaire disait que ce qui ne s'évalue pas n'existe pas. Il faut chercher à évaluer l'éthique ou la perception de l'éthique, même si c'est difficile a priori.

Serge DAVIN

Le professeur Jacques Soubeyrand est docteur en médecine, professeur à la faculté, praticien hospitalier consultant, spécialiste en médecine interne et gériatrie, et président de l'Entraide des Bouches-du-Rhône, association particulièrement active et partenaire apprécié des pouvoirs publics. Il est également le co-auteur de livres au titre choc : « On tue les vieux » paru en 2003, « Douze gériatres en colère » paru plus récemment, tous deux chez Fayard. Ces titres ne sont-ils pas antinomiques avec le libellé partiel de l'intervention « vieillir et mourir heureux, pourquoi pas ? » ? Comment concilier la technicité du soin, l'accompagnement relationnel ? L'acharnement thérapeutique peut-il être assimilé à une maltraitance ou le respect absolu de la vie peut-il être assimilé à une bientraitance ?

L'approche médicale comme vecteur fondateur d'un positionnement éthique ou comme outil parmi d'autres. « Vieillir et mourir heureux, pourquoi pas ? »

Jacques SOUBEYRAND, Docteur en médecine, Professeur à la Faculté, Praticien hospitalier-consultant, Médecine interne et Gériatrie, Président de l'Entraide des Bouches-du-Rhône

Nous vivons une époque pour le moins étrange. Les progrès indiscutables de la médecine visent à allonger la durée de vie, et donc conduisent à augmenter le nombre des personnes âgées. Paradoxalement, cette augmentation s'accompagne souvent d'une insuffisance de prise en charge de ces mêmes personnes âgées. La situation est troublante, d'autant que l'objectif d'une telle prise en charge n'est pas de conférer l'immortalité, mais d'assurer à nos aînés un confort de vie, à savoir donner de la vie aux années plus que des années à la vie. Quelques chiffres à titre d'exemple, notamment à Marseille. Le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans est estimé à plus de 26%, soit plus du quart de la population, et ce chiffre est supérieur aux 23% de la moyenne nationale.

L'approche médicale doit-elle être vécue comme un vecteur fondateur d'un positionnement éthique ou bien comme un outil parmi d'autres ? L'approche médicale doit-elle se résumer à la simple rédaction d'une ordonnance ou doit-elle prendre également en compte la resocialisation des patients, quel que soit leur âge, mais également la souffrance et les difficultés des aidants, qu'ils soient familiaux ou non, et notamment paramédicaux ?

Pour tenter de répondre à ce questionnement, je vous propose de parcourir ensemble quatre points. Tout d'abord, faire un état des lieux du vieillissement. Puis analyser les moyens existants pour essayer d'y répondre. Ensuite, comprendre la signification de la maltraitance. Enfin, proposer une synthèse de ces différentes analyses.

André Malraux disait : « Une vie ne vaut rien, mais rien ne vaut une vie ». Dans « La possibilité d'une île », Michel Houellebecq écrit que seul un pays authentiquement moderne est capable de traiter les vieillards comme de purs déchets. C'est un peu provocateur, mais il faut l'être parfois, d'où le titre des deux livres que vous avez bien voulu citer. Vieillir à notre époque n'est pas comme vieillir il y a cinquante ans. Il existe deux grands types de vieillissement actuellement : un vieillissement qu'on peut appeler normal, c'est-à-dire les personnes atteintes par une quelconque infirmité mais qui ont une vie tout à fait satisfaisante, et puis celui des personnes qui sont handicapées physiquement et socialement. C'est ces dernières qui doivent nous intéresser au premier chef, même s'il ne faut pas abandonner les autres.

Dans ce contexte, je rappellerai quelques fléaux sociaux qui guettent ces personnes âgées. Le premier est le suicide. On n'insiste pas assez sur le fait que nos vieux sont ceux qui se suicident le plus, soit un tiers des 11 000 suicides annuels, et le mieux, sans prévenir puisque chez les personnes âgées le suicide se caractérise par le fait que l'intention accompagne la réalisation. Dans notre pays, les plus de 75 ans sont champions d'Europe du suicide. D'emblée, ce constat ne plaide pas en faveur d'une situation de bienveillance sociale.

Autres fléaux, la pauvreté et la précarité. Le niveau mensuel moyen des retraites est de 1 100 € environ, alors que le tarif moyen d'un EPHAD se situe entre 2 200 et 2 500 € par mois, selon sa situation en milieu urbain ou non. Je rappelle que dans son rapport du 9 novembre 2006, intitulé « Pauvreté, accélération de l'isolement », le Secours Catholique indiquait un accroissement de la proportion des plus de 50 ans parmi les plus démunis.

La maltraitance est double, à la fois individuelle et institutionnelle. Elle intéresse tous les établissements, publics ou privés. Certaines statistiques, notamment américaines, ont tendance à prouver qu'elle est plus marquée dans les établissements privés que publics. En France, nous ne disposons pas de véritable enquête sur la maltraitance des personnes âgées.

A propos de cette maltraitance, je rappellerai l'épisode de la canicule pour montrer à quel point il peut y avoir des annonces contradictoires qui ne favorisent pas la compréhension des situations. En 2003, la maltraitance a fait malheureusement beaucoup de morts. A cette

époque, l'Institut national des Statistiques n'avait pas hésité à déclarer que la grande majorité des personnes âgées décédées seraient mortes de toute façon. Mais deux ans plus tard, des chercheurs de l'Institut national de la Démographie démontraient qu'au moins 10 000 personnes étaient mortes prématurément, et que deux tiers des victimes auraient pu vivre entre huit et dix années supplémentaires.

Autre type de maltraitance particulièrement émergent à notre époque, et qui va certainement prendre de plus en plus d'importance, c'est la maltraitance financière qui s'adresse surtout aux personnes âgées les plus dépendantes et les plus fragiles, notamment celles atteintes de maladie de Parkinson ou de démence. Pourquoi le médecin s'intéresse-t-il à cette maltraitance financière qui va spolier nos anciens de tous leurs biens ? Parce qu'elle finit par les ruiner totalement et donc les exposer aux maladies, à la dépression, au suicide et à la mort. Aux Etats-Unis, cette maltraitance financière est passée du domaine du droit civil à celui du droit pénal. On parle d'ailleurs maintenant de crime financier.

Quels sont les moyens qui peuvent permettre de répondre à cet état du vieillissement ? Il y a tout d'abord la vie à domicile. Le maintien à domicile reste très majoritaire chez les personnes âgées de plus de 75 ans, et il doit être encouragé, mais il est loin d'être simple. En effet, la promiscuité avec les plus jeunes, les responsabilités particulières des aidants, notamment professionnelles, la fragilité de la personne âgée, sont autant d'obstacles. Le maintien à domicile nécessite donc une gestion adaptée intéressant tous les acteurs, c'est-à-dire les anciens mais aussi l'environnement et tout particulièrement les aidants. Les associations d'aide à domicile sont de plus en plus nombreuses, c'est très bien, mais encore faudrait-il envisager leur coordination. Les outils de téléassistance sont tout à fait appréciables.

Enfin, les services institutionnels, comme ceux offerts par les collectivités territoriales, sont d'un grand intérêt. Toutefois, je rappelle que du fait du désengagement économique de l'Etat, les collectivités territoriales ont été confrontées à une situation inattendue et brutale ayant nécessité de leur part une révision budgétaire difficile de leur politique gériatrique. C'est dans cette situation de crise économique qu'il faut essayer de trouver des solutions. A ce titre, je souhaite insister sur l'intérêt des CPOM notamment, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, qui peuvent représenter une opportunité intéressante de collaboration entre les établissements d'accueil des personnes âgées, le conseil général et la DDASS ; sachant que dans quelques mois ce sera l'Agence Régionale de Santé.

L'application des trente-cinq heures et de la T2A à la médecine ne s'est pas avérée être un grand succès, et a coûté beaucoup plus en énergie, en compétence et en financement que ce que cela a pu rapporter. Il faut espérer que les ajustements actuels permettront d'aboutir à une situation plus équilibrée.

Cette modification médicale a eu un effet négatif sur le temps médical, la sécurité des patients et la qualité des soins. Parallèlement, on a assisté à l'installation d'une sous médicalisation insidieuse et progressive accompagnée d'une démotivation du personnel médical et paramédical sur un fond de souffrance collective et individuelle.

Différents plans et rapports ont inondé l'actualité concernant les personnes âgées, qu'il s'agisse des recommandations des bonnes pratiques professionnelles, de la bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement, et il est parfois légitime de se poser des questions sur l'efficacité et la signification de ces textes. Je prendrai l'exemple du rapport sur la profession médicale, de 180 pages, comportant un glossaire important, référençant toutes les spécialités médico-chirurgicales. Le mot gériatrie apparaît huit fois sur 180 pages, et il ne figure pas dans le glossaire. Mais comme l'écrivait François Mauriac : « Le meilleur que nous puissions attendre des hommes, c'est l'oubli ».

Enfin, en ce qui concerne les institutions, il existe une grande disparité selon les régions. A Marseille, on constate une volonté de mutualiser les moyens entre l'Assistance publique, les hôpitaux de Marseille et le centre gérontologique départemental. Cet engagement commun mérite d'être souligné et encouragé. L'âge est un vecteur de pathologies très particulières et de plus en plus fréquentes. Les plus importantes sont la maladie de Parkinson, l'arthrose, l'ostéoporose, les troubles de la marche, les chutes et fractures, la sensibilité à la chaleur et à la déshydratation, la fragilité vis-à-vis des épidémies, mais également les cancers. Je

rappelle que le nombre des cancers augmente avec l'âge et que plus de 80% des cancers se voient après 65 ans. L'ensemble de toutes ces affections nécessite une prise en charge adaptée qui, actuellement, n'est pas totalement réalisée, même si des efforts sont faits. Et que dire de l'insuffisance de formation gériatrique du personnel médical et paramédical dont on sait pourtant qu'elle est indispensable à la bonne prise en charge des seniors.

La maladie d'Alzheimer est à juste titre considérée comme une priorité sanitaire nationale. La région PACA est confrontée à 10 000 cas dans les Bouches-du-Rhône, 6 à 8 000 cas à Marseille. Dans les quarante ans à venir, ce nombre devrait être multiplié par trois. Il est donc essentiel de développer des unités spécialisées, comme des centres de mémoire et d'accueil de jour. A cet effet, j'insiste sur une réalisation récente du Centre gérontologique départemental. L'évaluation gériatrique est un procédé médical qui permet de bien appréhender la réalité des personnes âgées. Malheureusement, elle ne bénéficie pas encore d'une application systématique. Le nombre de gériatres en est une des raisons et le devenir de cette spécialité est critique. Les pays anglo-saxons ont été les initiateurs de cette spécialité qui traverse une période extrêmement difficile à l'heure actuelle.

Comprendre la signification de la maltraitance me paraît intéressant. Dans les années 1960 à l'université de Yale, Stanley Milgram, avait démontré lors d'une célèbre expérience de maltraitance que nous étions tous potentiellement des gens maltraitants, quelle que soit notre situation sociale. La maltraitance peut apparaître comme une maladie sociale, non infectieuse mais contagieuse et transmissible. Il est possible d'être inconsciemment maltraitant et on peut même y prendre du plaisir. Un ordre donné ou une recommandation délétère émanant d'une personne ayant autorité peut obérer tout sens moral en représentant un excellent alibi d'exécution.

En synthèse, je dirai que la prise en charge des personnes âgées dans notre pays n'est pas satisfaisante, qu'elle offre une image un peu kaléidoscopique, si bien que vieillir et mourir heureux est une possibilité qui est encore loin d'être une loi générale. Le problème du vieillissement n'a pas encore été correctement assimilé par notre société. De toute façon, on ne peut pas considérer que les rapports, que les plans constituent des solutions durables, et de toute façon, ce sont toujours des solutions d'aval. Or les seules solutions durables sont celles d'amont.

Le climat psychologique délétère a été mis en relief dans un article du Monde des 21 et 22 février. Le médiateur de la République, Monsieur Jean-Paul Delevoye, manifeste son inquiétude à l'égard de la société actuelle en disant : « Je suis inquiet car je perçois à travers les dossiers qui me sont adressés une société qui se fragmente, où le chacun pour soi remplace l'envie de vivre ensemble, où l'on devient de plus en plus consommateur de République plutôt que citoyen. Cette société est en grande tension nerveuse, comme si elle était fatiguée psychologiquement ». En ces temps difficiles, sans doute faut-il déjà coordonner les moyens existants en attendant des jours meilleurs.

Sans condamner la démarche d'aval, il faut bien proposer une démarche d'amont qui devrait reposer sur un certain nombre de comportements, à savoir l'éducation, la formation, la communication, la sensibilisation et la relation intergénérationnelle. L'éducation est proposée comme un apprentissage de la vie, mais doit être envisagée très tôt, dès l'école maternelle. La formation doit toucher l'ensemble des aidants, y compris les médecins et les familles. Il serait souhaitable qu'elle soit coordonnée, homogène, et qu'elle résiste à l'attraction d'une rentabilité passant, par exemple, par la prise de brevets. La communication est essentielle et ne doit pas apparaître comme un terne alibi, elle doit échapper si possible à toute autoritarisme et hiérarchisation intempestive, elle doit privilégier l'écoute avant la parole et le conseil avant l'ordre. Elle est difficile à acquérir mais c'est elle qui constitue le moteur de la sensibilisation sociétale et de la qualité de la relation entre les générations qui, de ce fait, va donner tout son sens à l'intégration sociale des aînés et qui peut déjà permettre d'apporter une réponse positive à cette difficulté croissante du vivre ensemble soulignée par Claude Lévi-Strauss.

En conclusion, je dirai que tout cela ne pourra pas se faire sans l'engagement citoyen de tous les acteurs. C'est de l'application réussie de toutes ces mesures que découlera l'installation durable d'une culture gériatrique qui conduira à donner à nos anciens un statut

de citoyen à part entière à tout moment et pas simplement au moment des élections. Cette démarche de bienveillance sera difficile et très longue à mettre en place, elle demandera aussi beaucoup d'effort, d'attention et de vigilance, mais on prendra garde alors, dans les moments critiques et difficiles à ne pas oublier, à titre collectif, cette formule d'André Malraux : « La culture ne s'hérite pas, elle se conquiert », et à titre individuel celle de Saint Paul : « Le bien que je veux, je ne le fais pas, et le mal que je ne veux pas, je le fais ». C'est ainsi que nous pourrions atteindre l'objectif souhaité, à savoir que le 21^e siècle sera celui des droits des personnes âgées, comme le 20^e siècle a été celui des droits de l'enfant.

L'approche médicale ne saurait se limiter à un simple outil parmi d'autres, ce qui serait certainement le positionnement le plus facile, mais qui n'aurait aucun sens. Elle doit contribuer à l'instauration de la culture gériatrique si importante à acquérir, ne serait-ce que parce que la notion d'âge n'est pas toujours à définir.

Serge DAVIN

Cioran a dit : « Ne nous suicidons pas tout de suite, il y a encore quelqu'un à décevoir ». Heureusement, nous n'en sommes pas là, et je pense que ce n'est pas l'état d'esprit des professionnels ici présents à qui nous allons maintenant passer la parole.

Echanges avec la salle

Catherine MARAND-FOUQUET, Alma 13

Chassez la maltraitance, elle revient au galop. Nous sommes ici réunis pour des assises de la bienveillance, et on parle sans arrêt de maltraitance, c'est inévitable et, paradoxalement, il faut s'en réjouir, parce qu'on est enfin sorti du silence. Le premier allié de la maltraitance est le silence. On est sorti de ce silence, non pas par des dénonciations ou par de la délation, qui ont pour but de nuire à quelqu'un, alors que nous appelons tous les professionnels à faire des signalements. Le signalement est destiné à faire du bien à quelqu'un ou du moins pour venir en aide à quelqu'un qui est vulnérable. Ne pensez-vous pas que la condition essentielle de la bienveillance est la question du temps. Celui que nous devons accorder à la formation, aux soins, le temps que nous devons prévoir dans le management pour l'information et pour l'échange. Est-ce que ce ne sera pas notre difficulté essentielle dans les prochaines années, sachant que le temps, c'est de l'argent ?

Antoine PIQUERAS

Il n'y a pas que le temps, il y a aussi notre engagement personnel, notre conviction. Il faut être persuadé que lorsqu'on fait une formation à la bienveillance, on n'en sort pas bienveillant si on n'est pas convaincu de la formation que l'on a suivie. Au cours de ma carrière, j'ai pu voir beaucoup de formations dont les participants n'avaient pas bien perçu l'intérêt. Le temps est important, mais l'engagement personnel est aussi essentiel.

Jean-Jacques NILLES

Il faut bien distinguer et opposer les notions de délation et de dénonciation. J'ai utilisé le terme de dénonciation plus en référence au vécu des professionnels lorsqu'il y a la question du signalement, et c'est le terme de délation qui est utilisé par les professionnels lorsqu'on travaille sur des situations concrètes. Nous avons également à faire un travail collectivement sur la valeur de solidarité et sur les limites entre solidarité et corporatisme, en mettant toujours en perspective l'intérêt des professionnels avec celui des personnes accompagnées. Parfois, on privilégie l'intérêt d'un collègue par rapport à celui d'une personne accompagnée, on fait preuve d'esprit de corps plus que d'esprit civique ou d'éthique. Le ratio nombre de professionnels/nombre de personnes accompagnées a évidemment une incidence sur la qualité de l'accompagnement, mais nous savons tous que le temps est souvent un prétexte. En travaillant avec des équipes sur la question des toilettes ou d'autres questions de ce type, on s'aperçoit qu'à moyens constants, on arrive parfois à trouver d'excellentes solutions. Je suis partagé entre dire que le temps est souvent un prétexte et que les moyens ne sont pas suffisants.

Docteur SERISOLAND*, médecin capacitaine

Dans le livre qui nous a été donné, on parle d'usager. Ce terme est très restrictif et, je pense, très mauvais. On parle de résidents. On parle d'éthique, de responsabilité, mais dans nos EPHAD, nous devons surtout ouvrir le parapluie pour se protéger. On fait des protocoles, mais trop de protocoles tuent les protocoles. Il faut une traçabilité énorme pour le juridique, ce qui est très astreignant. Le personnel manque de temps, c'est évident. A 7 h du matin, on réveille le résident et on le sort de son lit pour l'emmener directement dans la salle du petit-déjeuner. N'est-ce pas un défaut de bientraitance ? Vous n'avez pas abordé la maltraitance des familles. Elle est lourde, pesante. Qui paie commande, comme le dit l'adage. Nous avons les familles sur le dos, ce n'est pas évident pour le personnel et il faut que les cadres soient là pour les soutenir en permanence.

Jean-Jacques NILLES

J'ai utilisé le terme usager car tous les usagers ne sont pas des résidents. Concernant les familles, je n'emploierai pas l'expression « les avoir sur le dos », qui ne me paraît pas très respectueuse de la souffrance éventuelle des familles. En revanche, je citerai l'exemple de l'agglomération d'Annecy où un travail a été réalisé sur la démarche éthique avec les professionnels, et sur la question de l'éthique dans le management. Un autre travail est en cours d'achèvement, qui inclut les représentants des usagers et les familles pour essayer de définir les attentes et les engagements réciproques dans ce que nous avons appelé une charte de gouvernance. Nous avons donc essayé, par cercles concentriques, d'intégrer l'ensemble des parties prenantes dans la démarche éthique, y compris les familles, et nous avons mené une réflexion sur les droits et les devoirs de chacun, et notamment le respect des familles envers les professionnels. L'éthique est à géométrie variable et elle ne peut être cloisonnée. Il ne faut pas focaliser sur la relation professionnels/soignants, ce qui peut biaiser la démarche.

Jacques SOUBEYRAND

Pour rebondir sur ce qui vient d'être dit concernant les relations avec les familles, c'est une réalité, mais cela correspond aussi à un problème de communication. C'est la raison pour laquelle nous venons de mettre en place à l'Entraide des Bouches-du-Rhône une consultation des familles où nous faisons de l'information, de la pédagogie, car beaucoup de familles ont des idées préconçues et ne savent pas toujours de quoi elles parlent. Il faut souvent être redondant, mais c'est dans ce sens qu'il faut aller. Et cette démarche doit évidemment être collective.

Sandrine AUDIBERT, élève aide-soignante à l'IFAS, Aubagne

Etre dans la bientraitance, c'est prendre le temps pour les soins, et l'idéal, c'est de donner du temps au personnel. Pourquoi ce manque de personnel dans les institutions de la région ?

Serge DAVIN

Pour ce qui concerne les Bouches-du-Rhône, par exemple, on m'a communiqué des chiffres concernant l'évolution des dotations consacrées au secteur des personnes âgées et des personnes handicapées. Les difficultés de recrutement de personnel existent, mais également les difficultés de financement. Néanmoins, les crédits consacrés à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées sont en forte progression. Le Président du Conseil général a cité le nombre de personnes aidées en établissement ou à domicile. Dans le secteur médical et social, nous sommes confrontés à la progression extraordinairement importante des besoins car nous sommes face notamment à un défi démocratique majeur. Le reste concerne des choix essentiellement politiques. Mais il appartient aussi aux citoyens de faire entendre ce qu'ils considèrent comme leurs priorités.

Jean-Jacques NILLES

Notre société vit sur l'illusion du modèle d'une vie autonome de l'individu performant, et qui dévalorise ce que nous avons appelé la vie accompagnée. On croit qu'il y a une vie non

accompagnée et une vie dépendante, on dévalorise la vie accompagnée. Notre société refuse de consacrer les moyens nécessaires à l'accompagnement de la vie.

Docteur Jean-Raoul MONTIÈS, le Fil rouge, Aubagne

Nous parlons aujourd'hui des anciens, mais nous en parlons un peu comme d'assistés. Les anciens ont des choses à transmettre et des choses à faire. Je crois que la première bienveillance est de les valoriser, de les aider à s'impliquer dans la vie de leur établissement ou de leur quartier. Cela leur redonnerait le sentiment d'être utile et serait une bonne prévention des suicides. Ce peut être aider les enfants à rédiger leurs devoirs, s'impliquer dans des actions intergénérationnelles. Des associations ont été mises en place aux États-Unis dans ce domaine, qui fonctionnent très bien, et qui sont un élément tout à fait important dans la prévention des maladies d'Alzheimer. Il est important que les anciens soient partie prenante de leur propre prise en charge et qu'on ne les considère pas comme des personnes dépendantes et assistées.

Jacques SOUBEYRAND

Je suis tout à fait d'accord avec Monsieur Montiès. Les personnes âgées autonomes ont bien sûr des compétences qui doivent être utilisées plus que jamais.

Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles : un passage obligé entre les concepts et l'action ?

Serge DAVIN

Michèle Pondaven est chef de projet à l'Agence nationale de l'Évaluation sociale et médico-sociale. La création de cette agence, issue de la loi de 2002, est concomitante avec la parution des premiers textes sur la bienveillance.

Des repères pour évaluer : présentation de trois recommandations de l'ANESM sur les missions des responsables d'établissements et de services, et les stratégies d'adaptation à l'emploi des personnes au regard des populations accompagnées

Michèle PONDAVEN, Chef de projet ANESM

Les deux grandes missions de l'ANESM sont, d'une part, la validation ou l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les Anglais emploient le terme de « best practices », c'est-à-dire meilleures pratiques, qui illustre peut-être un peu mieux la démarche. D'autre part, l'habilitation des organismes qui vont conduire l'évaluation interne. Dans les missions annexes, il y a l'accompagnement des établissements et services dans cette démarche d'évaluation.

Pour rappel, l'Agence n'a aucun pouvoir réglementaire, c'est-à-dire que les textes que nous édictons ne sont pas opposables en tant que tels. Ce sont des repères, des bases de travail pour les établissements et services. Ses grandes missions sont également de procéder à des échanges avec des organismes nationaux et étrangers, et nous avons déjà signé une convention avec notre équivalent anglais, ainsi que de réaliser des études.

Les compétences de l'agence sont donc les personnes âgées, les personnes handicapées, l'inclusion sociale, la protection de l'enfance et la protection juridique des majeurs, et tous les établissements et services qui concourent à l'accompagnement de ces personnes, dont la particularité est leur situation de vulnérabilité. La loi du 2 janvier 2002 utilise le mot usager qu'on peut trouver peu élégant, il n'empêche que c'est le seul mot qui parle du rapport politique que peuvent avoir les personnes bénéficiaires d'un bien public qui est l'aide sociale aujourd'hui.

L'organisation de l'Agence est assez classique, avec une assemblée générale et un conseil d'administration. Au près du directeur, deux instances me paraissent intéressantes à

distinguer. D'une part, le conseil scientifique. D'autre part, un conseil d'orientation stratégique, composé de l'ensemble des représentants de fédérations, associations, professionnels, usagers et autorités, et qui donne largement son avis, élabore en partie le programme de travail de l'Agence. C'est à travers ce dispositif que l'on peut considérer que l'Agence est aussi un lieu de représentation très important et un lieu d'implication des professionnels, des usagers du secteur, et des autorités concernées par l'action sociale et médico-sociale.

Un point sur la programmation des recommandations, qui est la thématique principale des travaux de l'Agence. Je précise que l'Agence a été créée en 2007. Lorsque nous avons commencé à élaborer le programme de travail, 70 thèmes avaient été proposés par vos fédérations, vos représentants, associations de professionnels ou d'usagers. Il a fallu édicter des critères d'éligibilité en matière de pertinence de faisabilité, de priorisation en termes d'actualité, des champs couverts par l'évaluation externe, des programmes gouvernementaux. Une recommandation de l'Agence était directement en lien avec le plan Alzheimer, une autre vient de sortir sur l'autisme. Enfin, des moyens de l'Agence. Nous sommes aujourd'hui à peine plus d'une vingtaine à travailler pour 35 000 établissements. Je ne compare pas avec les moyens de l'HAS, qui sont 400 pour 3 000 établissements.

S'agissant des principales réalisations de l'Agence, la stratégie d'adaptation à l'emploi, la recommandation sur la promotion d'une culture de la bientraitance dans les établissements et services. Sont en cours d'élaboration un programme sur la qualité de vie des personnes accueillies en EPHAD et une recommandation sur le questionnement éthique dans les établissements et services. Enfin, procédure d'habilitation, suivi de l'évaluation externe et de l'évaluation interne au niveau national, et recommandation pour conduire ces évaluations internes dans les établissements. Aujourd'hui, la recommandation générale sur la conduite de l'évaluation interne est en cours de déclinaison pour les EPHAD. Celle qui suivra concerne les services à domicile.

Un point sur la manière dont ces recommandations sont faites. Peu de personnes travaillent à l'agence, mais beaucoup travaillent pour l'agence. Pour élaborer ces recommandations, un protocole de travail est mis en place, dont une phase préparatoire permettant de faire une revue de la littérature francophone et internationale. Après la création de l'Agence, nous avons pu constater que nous étions extrêmement pauvres en recherches, et notamment en recherches appliquées dans ce domaine. Il me paraît important de mettre à disposition du secteur. Nous menons des études qualitatives sur les pratiques professionnelles en cours de manière à faire émerger les pratiques actuelles. Et nous menons des entretiens avec des experts, des professionnels et des usagers.

Une fois ces démarches validées, une lettre de cadrage est proposée aux instances et des groupes de travail sont mis en place. Trois niveaux d'expertise sont représentés. Une expertise d'usage, c'est-à-dire les personnes directement concernées par l'action sociale ou médico-sociale. Une expertise professionnelle, c'est-à-dire des représentants de professionnels, des acteurs impliqués au quotidien et concernés par le sujet traité dans chaque recommandation. Et une expertise plus universitaire ou plus scientifique. Ces trois types d'expertise sont confrontés dans le cadre de ces groupes de travail qui élaborent les grandes lignes d'une recommandation, que les chefs de projet de l'Agence mettent en forme. Un groupe de lecture très large, qui mobilise les trois niveaux d'expertise. Enfin, des avis sont portés par le comité d'orientation stratégique et le conseil scientifique. Nous allons mettre de plus en plus à disposition sur Internet ces études, ces recherches françaises et internationales qui permettent aux acteurs de terrain de s'imprégner soit d'autres cultures, soit d'autres pratiques.

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles constituent des repères, c'est-à-dire qu'elles peuvent relever de l'éthique, des valeurs à promouvoir, d'organisations à faciliter, de management à encourager. Tous les niveaux d'une organisation sont concernés, certaines vont concerner tous les établissements et services et d'autres vont être beaucoup plus sectorielles. Ces repères illustrent un niveau de connaissance à un moment donné sur une question donnée que l'Agence met à disposition. Ce qui signifie qu'à l'heure actuelle, le

contenu des recommandations est sensé pouvoir être déployé avec les moyens ordinaires des établissements et services.

Il s'agit donc d'un double dispositif d'évaluations internes et externes qui vont se suivre dans le temps et qui vont se répondre, avec pour objectif l'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes accompagnées ou accueillies dans les établissements et services. La doctrine de l'Agence est de faire en sorte que l'évaluation apporte une appréciation globale sur le niveau d'adéquation des activités et des prestations proposées aux besoins et attentes des usagers. C'est à l'aune de cette adéquation que la question évaluative va être déployée. L'évaluation porte sur le cœur de métier, c'est-à-dire la réponse apportée aux usagers des établissements et services, l'idée étant bien de créer une dynamique globale d'amélioration continue de la qualité du service rendu. Ce qui signifie aussi faire évoluer des compétences collectives.

L'évaluation porte donc sur les effets produits pour les usagers par les activités. Le fait qu'elles soient en adéquation avec les besoins et attentes, qu'elles soient cohérentes avec les missions imparties, et avec les ressources mobilisées. Interroger le cœur de métier veut dire apprécier, par exemple, l'insertion de la structure dans son environnement, son organisation, ses ressources et la manière dont elles sont mobilisées, et rapporter ceci au fait que pour les usagers le service rendu soit à la hauteur.

Dans les principes communs définis pour les établissements et services, l'implication des usagers est un élément fondamental de la démarche d'évaluation. Si l'expression des usagers est très entravée, quels que soient les motifs, il est important de mettre en évidence, soit par une observation structurée, soit par d'autres moyens, quel est leur perspective ou leur point de vue.

Un certain nombre de points communs à l'ensemble des structures ont émergé. La promotion de l'autonomie, par exemple, la qualité de vie, de la santé, l'instruction sociale figurent parmi les objectifs et donc les domaines d'activité absolument communs à l'ensemble des établissements et services. L'effectivité des droits, en référence à la loi de 2002, mais plus globalement l'idée que les droits sont fondamentaux dans l'exercice de l'action sociale et médico-sociale.

Les enjeux de protection ou de prévention des risques sont également communs. Que vous soyez dans le domaine de la protection de l'enfance, celui des personnes âgées dépendantes, ou des personnes handicapées, vous avez à traiter quelque chose du fait de leur vulnérabilité, qui a à voir avec la protection et avec la prévention des risques. La réalité du travail médico-social ou social montre que ces trois objectifs peuvent être parfaitement contradictoires entre eux. Dès lors que vous souhaitez promouvoir l'autonomie d'une personne âgée, vous allez sans doute lui faire prendre un risque. Dès que lors que vous voulez garantir le droit d'une personne, sans doute allez-vous attenter à sa marge de manœuvre en termes d'autonomie, et si vous voulez prévenir à tout prix les risques, il est évident que vous allez attenter à ses droits individuels. Des décisions sont à prendre en permanence au quotidien, qui obligent à mettre en tension l'ensemble de ces objectifs.

Un des vecteurs de résolution ou d'élaboration de ces tensions est la personnalisation de l'accompagnement. Il nous a semblé important de mettre en évidence la façon dont les accompagnements sont personnalisés, dont les besoins et les attentes sont évalués, dont les décisions difficiles sont prises. Les choix d'accompagnement sont à évaluer et réévaluer en permanence, et les droits sont à privilégier. A certains moments, les risques sont si importants que vous devez contenir une personne, par exemple, et cette décision doit être évaluée et réévaluée en permanence.

Un certain nombre d'impératifs méthodologiques se déclinent à partir de cela. Evaluer si la réponse est adaptée aux besoins et attentes des personnes est une invitation à structurer votre questionnement évaluatif de cette façon. On peut reprendre la question de la promotion de la culture de la bientraitance, ce qui permet de faire le lien très directement avec cette journée. La maîtrise de compétences techniques très pointues est absolument indispensable, mais elle ne suffit pas. Il faut également des compétences relationnelles. Ce qui nécessite de la formation.

La bienveillance est une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'usager dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins. Elle signe une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes, mais bien sûr, la série d'actes est présente. Cela signifie de la formation, une formation à une posture d'attention à la personne accompagnée, d'interrogation personnelle, mais aussi collective des pratiques, et ceci en continue. Une interrogation structurée autour de points identifiés et reconnus comme fondamentaux pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Donc, une formation à évaluer les besoins de la personne, une formation qui contribue à son bien-être.

Permettre le recul, l'observation, l'interrogation n'est pas uniquement une affaire de compétence, c'est aussi une affaire d'organisation. Se pose alors toute la question de l'organisation, du management, des temps de régulation, et de la circulation de l'information. Ces informations et ces interventions doivent être articulées et mises en cohérence. Un critère de qualité des accompagnements et des interventions sociales et médico-sociales est leur cohérence, ce que prouvent de très nombreuses études. La mise en cohérence de toutes les informations, la synergie mise en place autour d'une personne, d'un projet personnalisé, sont garantes de qualité.

Si l'on applique ces grands principes un peu généraux à la question, par exemple, des résidents en EPHAD, on peut considérer qu'il existe cinq grands domaines d'activité. Prendre en compte les besoins et les attentes singulières, personnaliser l'accompagnement. Maintenir l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et accompagner la situation de handicap. Prévenir les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes et à la situation d'accompagnement. Pour le cas spécifique des personnes âgées, on parlera des risques liés à la santé et de ceux liés à l'institutionnalisation, c'est-à-dire la perte d'identité sociale et personnelle, par exemple, et on parlera de la prévention de la maltraitance. Enfin, permettre l'effectivité des droits individuels et collectifs.

Autour de la prévention des risques institutionnels, nous avons la prévention de la maltraitance. Parfois, on peut penser que l'objectif d'un EPHAD est de prévenir la maltraitance, alors que son objectif est de proposer la meilleure qualité de vie possible aux personnes âgées. On retrouve un ensemble d'activités reliées entre elles et destinées à prévenir la maltraitance. Il s'agit d'analyser les facteurs de risque de maltraitance, de manière pluridisciplinaire, d'associer l'ensemble du personnel à l'identification de ces risques. Elaborer des procédures anticipées ou des recommandations. Diffuser ces recommandations et suivre leur mise en œuvre. Recueillir et traiter les plaintes. Enfin, gérer les risques professionnels, les identifier, faire de la formation de la prévention, prendre en compte la sécurité des personnes. Tout cela est à adapter pour chaque établissement et pour chaque service, en fonction des personnes accueillies, de leurs difficultés particulières. Derrière, se pose la question fondamentale de savoir si un établissement ou un service propose des activités adaptées aux besoins et attentes des usagers. Une fois ces données recueillies, il est essentiel de rapprocher les différents constats, de prendre en compte les effets pour les usagers à travers le recueil de leur avis, les observations, le recueil de l'avis des professionnels, de l'entourage. Les rapprocher également des conditions de mise en œuvre, c'est-à-dire des modes d'organisation. On arrive ensuite à la question de la qualification, des compétences professionnelles, de l'adaptation de ces compétences professionnelles, du management, de la gestion des ressources humaines, et de l'intégration des ressources internes et externes.

Echanges avec la salle

M. RAY, Association Le Maillon

En tant que personne handicapée, la première des maltraitements que je subis est l'ignorance. On parle de plus en plus de formation, mais je suis employeur dans mon association et je constate qu'on embauche de plus en plus et on forme ensuite. Mais la formation n'équivaut pas à un concours. Je rencontre de plus en plus de personnes qui sont dans l'incapacité intellectuelles d'être formées.

Michèle PONDAVEN

Si on reprend l'exemple de la loi Borloo, il existe une grande ambiguïté. En effet, les textes considèrent que le secteur social et médico-social est un gisement d'emplois, mais ils ne prévoient pas l'accompagnement. La question de la formation est importante. Toutes les personnes qui possèdent peu de bagage scolaire se proposent pour occuper des emplois d'aides médicaux, par exemple. La question de la lecture, de l'écriture est tout à fait importante, mais je ne serais pas aussi pessimiste que vous. Il existe des formations qui permettent la remise à niveau, de valoriser les compétences des personnes. Ce travail est très exigeant et le voir uniquement comme un gisement d'emplois n'est pas lui faire honneur. Il faut l'ouvrir à des personnes qui ont des compétences relationnelles et essayer de les former sur d'autres types de compétences.

Marie DI GIOVANNI, cadre de santé, formatrice à l'Institut de Formation en soins infirmiers

Toute l'équipe de formateurs de première année est ici présente, ainsi que tous les étudiants en formation en première année, c'est-à-dire 161 personnes. Nous sommes venus nombreux parce que le sujet sur la bientraitance nous tient à cœur. L'équipe pédagogique a pour objectif de former des étudiants performants, en tenant compte des notions de respect, qui font partie du référentiel de formation. Pour nous, cette prise en charge de la personne dépendante est importante, et dès leur entrée en formation, les étudiants travaillent sur cette notion. La difficulté pour eux est la rencontre avec le terrain, non par manque de temps, mais par manque de moyens. Cela nous empêche d'atteindre des objectifs répondant non seulement au référentiel de formation, mais également à leurs envies et leurs attentes. Que pouvons-nous faire pour harmoniser les échanges et pour que nous puissions répondre aux demandes du terrain, des patients et des étudiants ?

Serge DAVIN

Nous pouvons déjà organiser des Assises départementales qui vous permettent de vous exprimer sur le sujet. Il est important que ceux qui sont au contact de ces réalités puissent exprimer leurs attentes. A partir de là, nous pouvons espérer que les pouvoirs publics leur donneront les moyens effectifs de répondre à ces attentes. Au fil des années, ce type de préoccupation a été de plus en plus pris en compte, même si c'est encore insuffisant. En matière de formation, je fais référence aux différentes voies qui s'ouvrent aujourd'hui, en particulier pour ceux qui n'ont pas eu la chance de faire des études approfondies, notamment la possibilité de mettre en œuvre leur expérience professionnelle et de la faire valoriser au titre de la VAE, par exemple. Il est vrai que l'ampleur des besoins est considérable, et d'autant plus considérable que cela correspond à une exigence, peut-être un peu consumériste, de la part de la population. Vis-à-vis des institutions, les gens sont de plus en plus exigeants, précisément sur la qualité.

Il me semble qu'au fil des années, nous avons plutôt progressé à la fois dans la réflexion et dans les moyens mis en œuvre pour atteindre une meilleure qualité de prise en charge, même si nous avons encore beaucoup de travail devant nous. Il est heureux que de futurs professionnels soient présents dans cette instance pour dire leur insatisfaction, leurs attentes, éventuellement leur frustration, et peut-être aussi leurs propres exigences.

Sandrine AUDIBERT, IFAS d'Aubagne

On a parlé tout à l'heure d'encadrement éthique, juridique, conventionnel et institutionnel. Une notion a été occultée en nommant la maîtrise des compétences professionnelles et humaines, celle du coût financier de la formation, soit environ 3 000 € pour obtenir le diplôme d'Etat, pour lequel les prises en charge sont minimales. Cela ne tend-il pas vers une formation d'élites et ne freine-t-il pas le recrutement ?

Serge DAVIN

Votre question est parfaitement légitime et nous la répercuterons aux pouvoirs publics. Nous sommes actuellement dans une période de réserve qui ne permet pas de vous répondre très directement. Hélas, le coût des études est souvent élevé. Je pense que pour un certain nombre de personnes, des prises en charge existent. Vous estimez qu'elles sont insuffisantes. Je vous propose de revendiquer auprès des décideurs, qui sont intéressés, une amélioration de la prise en charge financière. N'oubliez pas quand même que certaines prises en charge existent. Quant à savoir si c'est une façon de réserver la formation à des élites, ce peut être un obstacle. D'autres voies que la formation initiale existent, comme la VAE pour ceux qui n'ont pas eu les moyens de poursuivre des études et qui ont acquis une expérience qui peut être aujourd'hui fortement valorisée, reconnue et diplômée. J'espère que ce n'est pas l'obstacle financier qui explique la pénurie de personnel dans les établissements.

Dans la région PACA, le nombre de personnes formées depuis un certain nombre d'années est assez considérable, et j'espère que cela n'a pas été trop élitiste ou ségrégatif pour certaines catégories de population. La réponse la plus adaptée me semble être de faire en sorte que les citoyens puissent s'exprimer sur ce sujet. En tant que citoyen, je peux agir, comme vous le pouvez tous, pour faire en sorte que ces préoccupations soient mieux prises en compte par les pouvoirs publics.

De la salle

Je suis élève infirmière de première année. La profession d'infirmière propose de nombreux emplois dans les maisons de retraite, car c'est un secteur a priori peu attractif et totalement délaissé par la profession. Les maisons de retraite emploient beaucoup de personnel intérimaire. Quel accueil et quel accompagnement peuvent espérer les élèves infirmiers ? Nous avons la chance d'avoir des formateurs qui nous donnent envie de travailler avec les personnes âgées, nous arrivons avec des projets, des idées plein la tête, mais il est difficile ensuite de les mettre en place avec un personnel qui n'est pas fixe, une équipe qui est parfois là par dépit et non par choix.

Jacques SOUBEYRAND

Je suis tout à fait interpellé par cette question de par ma formation. La question de l'attractivité et de la discipline a été totalement ratée dans tous les établissements de formation au cours de ces dernières années, y compris au niveau de la faculté de la médecine et de la formation des futurs gériatres. On a toujours présenté la gériatrie, la gérontologie comme étant quelque chose de sale, sans intérêt, avec la mort en finalité. Beaucoup de progrès sont à faire. Je peux vous assurer que la gériatrie est véritablement passionnante, tant du point de vue diagnostique que thérapeutique. Je la compare à la pédiatrie. C'est très enrichissant, même du point de vue purement technique. Je disais tout à l'heure que 80% des cancers apparaissent après 65 ans, j'ai parlé d'évaluation gériatrique. Faut-il faire le diagnostic de tous les cancers, faut-il faire de l'acharnement thérapeutique ? Il y a toute une réflexion de sélection, d'éthique à mettre en place pour aborder de façon très spécifique les personnes âgées.

Serge DAVIN

Je souscris tout à fait à ces propos. L'organisation de cette journée vous permettra, je l'espère, de comprendre l'intérêt de s'engager dans un certain nombre de démarches orientées vers la bienveillance, car nous avons dans notre département des exemples précis et passionnants de ce qui peut être fait en modifiant les formations, l'état d'esprit, l'organisation, etc. Il faut faire en sorte que ce qui vous apparaît peut-être aujourd'hui comme un facteur d'angoisse devienne plutôt un facteur d'espoir.

**Comment accompagner les professionnels
dans une démarche « vertueuse » de bientraitance ?**

**Table ronde 1 : Définir le sens de l'action au bénéfice des personnes accompagnées :
Quel rôle pour le responsable d'établissement et l'encadrement ?**

**Jacques SIMON, Directeur Ressources Humaines, Centre Gérontologique
Départemental**

J'exerce la fonction de directeur des ressources humaines au Centre de gérontologie, qui est un des plus gros établissements du département et sans doute de la région. Son turnover de personnel est relativement important, ce qui témoigne de son dynamisme. Lutter contre la maltraitance passe par la formation et la sensibilisation. Depuis de nombreuses années, le centre de gérontologie propose à ses agents des actions de culture gérontologique, c'est-à-dire l'accompagnement des personnes âgées vulnérables, des actions de manutention, la préparation de diplômes universitaires, et d'autres formations.

Le centre de gérontologie a institué depuis de nombreuses années un Comité de bienveillance, composé essentiellement de soignants, d'aides-soignants ou assimilés, d'assistantes sociales, mais également de bénévoles. Ce comité réfléchit à des mesures de prévention. Il a élaboré une cartographie des risques, qui a été transformée en plan d'action, voire en procédures qui sont diffusées. De ce fait, les services sont bien sensibilisés à ces questions de prévention de la maltraitance.

Compte tenu du nombre de recrutements que nous faisons, nous programmons trois fois par an une journée d'accueil des nouveaux agents pour leur présenter l'établissement. Nous présentons la direction de l'établissement, la direction des soins, nous faisons des rappels sur l'hygiène, nous faisons une présentation informatique avec un rappel du statut des droits ouverts ainsi que du système qualité. En tant que DRH, je présente le statut des agents.

Durant cette journée, j'aborde la question des droits et des obligations, qu'il s'agisse du secret médical, du droit de réserve, ainsi que la question de la maltraitance à titre préventif, en rappelant que les agents ont l'obligation de révéler tout acte de maltraitance auquel ils pourraient assister. Je précise bien qu'il ne s'agit pas de délation, mais de signalement. J'attire leur attention sur le fait que vouloir protéger un collègue au nom d'un corporatisme et d'une espèce d'omerta, c'est tolérer des actes de maltraitance vis-à-vis d'une personne vulnérable. Entre une personne vulnérable qui n'a aucun moyen de se défendre et un collègue ayant eu une attitude déviante, ils doivent faire le choix de défendre la personne maltraitée.

Je m'appuie sur un cas douloureux de maltraitance avérée, que l'établissement a connu il y a quelques années, perpétré par deux agents, en signalant que cet acte déviant a été révélé par une stagiaire, parce qu'elle n'était là que pour quelques semaines et qu'elle n'aurait donc pas à connaître les suites de sa révélation. Cette affaire a conduit au licenciement de ces agents. J'ai été surpris par l'attitude des personnes qui étaient manifestement, de près ou de loin, au courant de ces pratiques et qui ne l'ont pas révélé au nom de l'esprit d'équipe, de la non délation envers un collègue, et qui ont laissé se perpétrer des actes inadmissibles. Je précise donc bien aux agents que ne pas révéler, c'est être complice, et que cela les expose à des sanctions pénales comme prévu par le code pénal pour non assistance à personne en danger, non dénonciation de mauvais traitement, mauvais traitement à personne incapable de se protéger. Je leur signale qu'au titre des droits, ils bénéficient de la protection de l'établissement en cas de représailles, et que la loi du 2 janvier 2002 prévoit qu'on ne peut en aucun cas poursuivre un agent qui a fait un signalement.

Je passe ces messages aux nouveaux agents pour éviter que de tels faits puissent se reproduire. Je leur explique également qu'ils font un travail très difficile, qu'ils peuvent se retrouver dans une situation difficile dans leur vie privée ou avoir de mauvais rapports avec un résident. Ils ont le droit de le dire, de passer la main, et d'en référer à leur responsable hiérarchique pour que nous puissions arbitrer.

Pour autant, la lutte contre la maltraitance est une action de tous les jours, ce n'est jamais acquis, il faut rester vigilant, être sensible à tout ce qu'on entend. Les services ont une tendance naturelle à ne pas faire remonter les problèmes qui les occupent, ils essaient de les gérer en interne, ce qui peut conduire à des catastrophes. On le voit dans d'autres domaines que la maltraitance. En tant que dirigeants, il nous appartient de veiller à être sûr d'avoir les bonnes informations, en faisant des recoupements, et à donner suite aux signalements qui peuvent nous parvenir.

Mylène GRIMALDI, Responsable qualité, Centre Gérontologique Départemental

Lors de cette journée, nous présentons également des projets et nous transmettons les valeurs de l'institution. Un des projets que nous présentons est celui sur la Charte de la vie sociale. Jean-Jacques Nilles a évoqué ce matin trois notions qui me semblent essentielles. Construire le sens ensemble, créer du lien et la confiance. Il s'agit d'un projet de longue haleine, qui s'est étalé sur quatre ans. Il est essentiel de s'inscrire dans le temps. Le projet a consisté à réunir des résidents, du personnel, des familles et des bénévoles, et à créer un espace de communication. Nous leur avons demandé de parler de leur place. La Charte de la vie sociale a donc été une aventure partagée dans le temps, qui a fait l'objet d'une quarantaine de réunions, à l'issue desquelles nous avons réuni tous les acteurs et nous leur avons demandé d'écrire neuf droits.

Ces neuf droits ont ensuite été déclinés dans un livret de la vie sociale. L'idée était de concrétiser ces neuf droits. Quand on parle de droit à l'intimité, par exemple, que signifie-t-il dans la réalité ? Nous avons choisi de présenter ce livret de la vie sociale sous forme de saynètes théâtralisées. Je suis habituellement avec un résident car il est important que les résidents fassent partie de leur projet et soient acteurs aux deux sens du terme, acteurs parce qu'ils ont participé au projet et acteurs en interprétant des saynètes.

Nous en sommes aujourd'hui à l'évaluation. Comme l'a dit Jean-Jacques Nilles, ce qui ne s'évalue pas n'existe pas. J'y crois car je suis responsable de la qualité.

Elisa DOMINIAC*, Centre Gérontologique Départemental

Depuis un mois j'ai intégré le centre gérontologique départemental de Marseille pour préparer un mémoire. Je fais partie de l'IRTS Marseille. Je mène une étude sur la bientraitance des personnes âgées en utilisant la Charte de vie sociale comme outil d'évaluation. Le déroulement du projet consiste, dans un premier temps, à des rencontres, des écoutes terrain, tant auprès des bénéficiaires que des intervenants parmi lesquels les professionnels, les bénévoles, les familles. J'entends les contraintes, les difficultés, les envies, les suggestions de chacun, qui devraient permettre l'émergence d'une problématique.

Dans un second temps, le projet consistera à impliquer les équipes pour qu'elles s'approprient le projet et les plans d'action qui permettront de développer une bienveillance au quotidien qu'il faudra affiner régulièrement.

(Projection film)

Philippe LANNES, Directeur du Foyer de Vie Les Chênes de l'ADSEA 13

Je vais aborder la question de la bientraitance comme l'appropriation d'une culture, plutôt une démarche concrète qui s'inscrit dans le temps et dans l'histoire d'un établissement. J'interviens à double titre. D'une part, comme président de l'association Parcours Handicap 13 Marseille Sud. Le mouvement Parcours regroupe 112 associations qui interviennent auprès des personnes en situation de handicap. Grâce à sa dynamique de réseau, l'idée est de construire ensemble une réponse de proximité. L'objectif permanent est d'œuvrer dans le cadre de la bientraitance. Aide à la formulation du projet de vie, recherche de solutions territorialisées, mutualisation des moyens, partenariat avec les institutions, les services et les acteurs de la politique publique, citoyenneté et droits des usagers. D'autre part, comme directeur du Foyer de Vie les Chênes, Association ADSEA 13. C'est à ce titre que je vais

développer notre démarche de bienveillance, une démarche concrète qui s'inscrit dans le temps et dans l'histoire d'un établissement.

Cet établissement accueille des personnes adultes handicapées mentales. Le site de 25 hectares est situé dans les collines. Le personnel est formé, motivé, compétent. Le fait de travailler dans de bonnes conditions aide énormément. Nous sommes dotés d'une organisation fonctionnelle correcte, avec trois unités d'internat, trois unités d'externat, et à chaque fois une unité à rythme adapté pour les personnes un peu plus en difficulté.

Globalement, la démarche a démarré en 2006 et elle se poursuit encore aujourd'hui. Le souhait est de développer dans le temps et les pratiques une culture professionnelle pérenne qui favorise un accompagnement socioéducatif bienveillant. Pour ce faire, plusieurs étapes ont été nécessaires. D'une part, la mise en œuvre de l'évaluation interne, relative à l'évaluation des activités et à la qualité des prestations. L'objectif de cette démarche était de faire évoluer les pratiques et de créer les conditions de changement pour mieux les adapter aux besoins des résidents. Il s'agissait aussi de nourrir les connaissances professionnelles et surtout de créer un processus. Cela a donné lieu à des débats et des discussions avec l'ensemble de l'établissement, les résidents, les différents services.

Cinq dimensions de travail ont été retenues. La première concernait l'accueil des résidents, de la préentrée à l'admission et au démarrage de l'accompagnement. La deuxième concernait le cadre de vie, l'hébergement, la restauration, les transports, l'entretien des espaces verts et les locaux. La troisième concernait l'animation et l'accompagnement au quotidien, les soins apportés aux résidents sur le plan médical, thérapeutique, éducatif et social. La quatrième dimension concernait la collaboration avec les familles et les tuteurs, avec questionnaires aux familles et aux résidents, participation au Conseil de la vie sociale, comité des fêtes, partenariat avec les tuteurs.

La cinquième dimension concernait la gestion des personnels. Nous avons bénéficié d'une formation de l'équipe cadre, élaboration et mise en place de procédures, formation intra-muros des personnels, statut, rôle et fonction. Nous avons mis un certain nombre de moyens dans ce projet car cela nous paraissait essentiel. Nous avons absolument voulu l'inscrire dans une durée et que les intervenants soient non seulement dans cette culture mais dans ce sens du travail.

Nous avons engagé plusieurs actions de formation pour ce faire. En premier lieu, une approche associative globale avec une avocate et une technicienne du social, qui nous ont fourni des bases de cette culture de la bienveillance. Une analyse des pratiques a été faite avec deux psychologues de l'école des parents et des éducateurs que nous avons réunis autour des problématiques, ce qui a permis aux personnels de se questionner également par rapport à la notion de bienveillance. Il y a eu également une approche socioéducative avec deux formateurs de l'IMS.

Cela a permis de faire émerger des thèmes d'attention, comme la prise en compte du vieillissement des personnes, l'usure des professionnels, la notion de référence, c'est-à-dire la prise en compte de l'individu dans la collectivité, et la vie affective et sexuelle des résidents. Tout cela s'est traduit par quelques exemples concrets. En termes de vie affective, il y a des lieux où l'intimité est possible et respectée. Les chambres ferment à clé, il est possible de s'isoler. En matière de vigilance professionnelle, des procédures d'accompagnement existent en cas de difficulté. Certains résidents peuvent avoir des attitudes violentes, difficiles. C'est tout à fait prévisible et nous pouvons anticiper des actions, des réactions. Il est important que les équipes se questionnent en amont et non pas en aval de ces difficultés.

Les usagers participent au Conseil de la vie sociale, aux commissions, aux évaluations. Des groupes de parole ont également été mis en place dans chaque unité. Cet échange permanent entre les professionnels et les résidents est important. Nous avons constaté qu'il était important d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur, de rencontrer, d'accueillir d'autres personnes, de faire venir d'autres groupes, d'autant que certains de nos résidents arrivent dans l'établissement à l'âge de 20-22 ans et y restent jusqu'à l'âge de la retraite, ce qui représente une longue période.

Je souhaite souligner quelques points importants avant de conclure. Les salariés et les résidents doivent être acteurs de la démarche. Ce sont eux qui la construisent. Il faut prévoir du temps pour que les personnes intègrent et s'approprient cette culture de la bientraitance. C'est aussi un travail en cycles réguliers et incontournables : repérage des besoins, mise en place d'actions adaptées, évaluation des résultats, réajustement des actions. Un fil conducteur doit exister entre les différentes grandes étapes : l'évaluation interne, la mise en pratique des éléments repérés, des actions correctrices, des formations, l'évaluation externe. Tout ceci doit faire l'objet d'une marche en avant, d'une tension dynamique qui doit être un moteur pour l'engagement des professionnels. C'est dans ce travail de longue haleine, dans cette réflexion permanente, dans cette inscription dans l'histoire de l'établissement que nous développons une véritable culture de la bientraitance.

Philippe NIOGRET, Directeur des ESAT Le Rouet et La Parade, Association AMSP

Je suis un jeune directeur d'établissement, et je vais vous parler des contenus d'une formation qui prépare au métier de directeur puisque j'ai eu la chance d'en vivre une il y a peu à l'IRTS PACA Corse. J'illustrerai les effets de cette formation à travers un diagnostic et un plan d'action autour d'un projet de regroupement de ces deux ESAT. Ma mission est de marier ces deux ESAT, autrement dit de faire une fusion administrative.

La bientraitance est un sujet thématique abordé en tant que tel au niveau de l'IRTS et des autres centres de formation, et nous avons beaucoup travaillé sur la dimension historique. Le terme de maltraitance émerge en 1987-88, et au départ il est surtout utilisé dans le champ de la protection de l'enfance, puis sur le secteur des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, dans les politiques de la ville, jusqu'à l'arrivée du Plan de la bientraitance de 2007.

La bientraitance est un sujet plus transversal qu'on retrouve dans le référentiel CAPDES. Les quatre principaux items sont, d'une part, le management et les ressources humaines. Dans les établissements, environ 70% des budgets, voire 80% dans les ESAT, sont consacrés à la masse salariale. Il faut le voir comme un fantastique potentiel d'apporter du bien-être aux personnes. C'est la définition qu'a donnée Stéphane, un usager présent aujourd'hui, de la bientraitance. Cette définition est simple et directe, mais aussi très parlante. D'autre part, la dimension budgétaire, la gestion des affaires économiques, logistiques. A travers ces différents curseurs, on peut travailler autour de la notion de bientraitance. En matière de formation CAPDES, on parle également d'expertise de l'intervention sanitaire et sociale sur un territoire, mettre en rapport l'offre et la demande. Enfin, l'élaboration des conduites stratégiques d'un projet d'établissement ou de service. Un projet d'établissement reste l'outil cardinal par lequel on peut piloter la vie d'un établissement.

Dernier angle d'attaque pour parler de la bientraitance, la question de la posture du directeur. J'ai apprécié le triptyque évoqué ce matin autour de l'éthique : morale, droit, déontologie professionnelle. L'articulation de toutes ces notions permet de prendre une position par rapport à un problème donné, en prenant le mieux possible en compte la personne dans sa singularité. Nous avons aussi abordé les thèmes de l'altérité, de la complexité, d'un certain nombre de dimensions fines qui doivent s'ajuster chaque jour en fonction de chaque situation.

Quelles initiatives possibles à partir d'établissements médico-sociaux. Je prends l'exemple des deux ESAT que je connais le mieux. Nous ne sommes pas plus exemplaires que d'autres, nous faisons ni plus ni moins, nous avons simplement essayé de travailler à partir d'un diagnostic de situation et nous avons utilisé la grille SWOT.

Il s'agit de voir quelles sont les forces disponibles à l'interne, à partir d'un ou deux établissements, et d'en analyser les faiblesses. Nous avons peu partagé autour du thème de la bientraitance auparavant. 50% des personnels moniteurs d'ateliers n'étaient pas formés. Les procédures de signalement n'étaient pas vraiment adaptées. Et une culture très différente entre les deux établissements. Sur le plan des forces, des équipes matures et impliquées, des acteurs institutionnels pragmatiques, un partenariat déjà bien constitué autour de l'établissement, et des pratiques d'écoute des usagers bien rodées.

Sur les opportunités externes et les menaces, des menaces économiques par rapport à la crise que nous avons vécue, et la possibilité de réorienter les activités, c'est-à-dire des activités professionnelles plus valorisantes et plus valorisées pour les travailleurs. Donc, tout un contexte qui permet d'aboutir à un plan d'action.

Il s'agissait d'abord d'être volontariste par rapport à la formation professionnelle et de trouver de l'argent pour former les personnes et faire en sorte qu'elles aient toute la légitimité à être formées, même si la VAE n'existe pas pour les moniteurs d'atelier. D'autre part, nous avons mis en place un cycle de formation sur le thème de la sexualité. Sur un règlement de fonctionnement, par exemple, nous avons constaté que les activités sexuelles pendant le travail étaient proscrites. Or, dans les règlements intérieurs des salariés, on ne note jamais ce genre de chose. Nous avons demandé ce qui avait motivé le besoin de le mentionner. Cela faisait état d'éléments historiques qui avaient du sens. Nous avons donc retravaillé sur cette dimension. Nous avons réinterrogé la procédure de signalement et nous avons mis en place deux séminaires sur la bientraitance en faisant intervenir une personne de l'extérieur.

Autre point, la mutualisation des réflexions et des outils entre les deux structures. Enfin, nous avons beaucoup travaillé sur la participation des travailleurs aux différentes gouvernances : l'assemblée générale de la COOPSOC, association des associations où les travailleurs peuvent retrouver leur place ; les assises de la bientraitance ; et d'autres moments où ils peuvent être présents et où leur parole peut peser. Nous avons donc essayé de développer ces espaces de démocratie et d'activer avec toute l'équipe d'encadrement des moments où les travailleurs peuvent être en situation de responsabilité autour d'une commission santé au travail, d'une réflexion sur les investissements d'un établissement.

Trois points de vigilance me semblent essentiels. D'une part, la formation professionnelle qualifiante. En France, ce sont les gens les plus en contact avec les publics qui sont les moins en capacité de se former, ce qui est un vrai souci. D'autre part, la participation des usagers doit être améliorée. On parle de gouvernance associative, on met en place des agences, des outils, et je constate que les usagers ou leurs ayants droit ne sont pas toujours présents au sein de ces instances. Enfin, en ce qui concerne les évolutions du secteur social, médico-social et même sanitaire, il est très important d'accompagner davantage les associations gestionnaires au changement. Il est très important de tenir les engagements pris avec une association gestionnaire, pour éviter de générer des tensions importantes.

Je conclurai par une citation. J'ai revu des images de l'INA il y a un mois d'un homme qui livrait son testament politique en 1994 et qui conseillait à tous d'essayer de ne jamais dissocier la notion de fraternité avec celle de liberté. Depuis ma place, j'essaie de toujours lier le mot efficience à celui de bientraitance, de ne jamais les dissocier, ce qui n'est pas forcément facile dans le cadre d'une fusion administrative. Je vous remercie d'applaudir l'encadrement et les travailleurs des deux ESAT qui sont présents aujourd'hui et dont je porte un peu la voix.

Monique LINOSSIER, Directrice, Association ELIA

Je suis directrice d'association depuis une vingtaine d'années, et de l'Association ELIA depuis 2004, Evaluation Logement Initiative Altérité, ce dernier terme signifiant : je suis distinct de l'autre, l'autre est distinct de moi. C'est sur cette altérité que l'association va porter un regard sur l'insertion qu'elle veut la plus durable possible. Il s'agit de tout mettre en œuvre pour que les publics exclus ne reviennent plus jamais dans les circuits de l'assistance. Pour y parvenir, un sommaire en trois points : une gouvernance associative et ses valeurs, une méthode dite résolutive sur le plan technique, et le rôle de la direction dans ce dit programme.

L'association veut porter l'insertion durable le plus loin possible. Pour ce faire, elle s'appuie sur des valeurs essentielles pour elle. La première, c'est penser que l'homme, dans n'importe quelle souffrance qu'il peut avoir, a des potentialités. Il a une créativité qui est là, sous les épreuves de sa vie, mais il ne sait plus qu'il en a. Aux professionnels que nous sommes de tout mettre en œuvre pour rallumer cette flamme qui s'est éteinte à un moment donné par trop de lourdeur.

La deuxième valeur importante est de penser que le logement est un espace identitaire qui doit permettre à tout public de construire sa vie, rencontrer ses amis, protéger sa famille et ses enfants. Autre valeur extrêmement importante, c'est de partir du postulat que nous ne savons rien à la place de l'autre, que nous ne connaissons pas ce qui est le meilleur pour l'autre. L'association pense profondément et sincèrement que c'est l'autre qui est expert de son propre changement.

Enfin, une valeur lui tient particulièrement à cœur, celle de penser que l'insertion est une économie pour la collectivité, pour la société, à condition que cette collectivité veuille bien miser sur l'homme, qu'un homme, un professionnel, puisse tendre la main et trouver des solutions en co-construction avec celui qui n'a pas eu la chance d'être du bon côté de la barrière à un moment donné.

Pour mettre tout cela en œuvre, je suis partie en formation, j'ai cherché et trouvé une méthode dite résolutive qui vient des Etats-Unis et a été réfléchi par Steve de Shazer et Scott Miller, notamment auprès des publics alcooliques. J'ai tenté l'aventure de l'adapter au travail social, avec des équipes, aujourd'hui formées à cette méthode. Elle consiste à s'entourer d'un certain type de questionnement et d'outillage, comme le cercle des objectifs, les échelles d'état et d'évolution, la question miracle, etc.

Aujourd'hui, nos politiques nous disent qu'il faut travailler plus pour gagner plus, et les exclus de ce monde sont extrêmement interpellés par la nécessité absolue de trouver du travail. Il n'est donc pas rare qu'ils soient très volontaristes, qu'il s'agisse de rédiger un C.V., d'aller à Pôle Emploi et ailleurs pour trouver ce fameux travail. Les travailleurs sociaux donnent des rendez-vous aux personnes en question pour faire un C.V., par exemple, à 10 heures du matin. La personne ne vient pas, le travailleur social se rend dans le logement que nous louons pour que la personne soit hébergée, il n'est pas rare qu'elle réveille la personne en question, qui vient péniblement à l'association faire son C.V. pour tenter de trouver un emploi. Et si elle vient à l'association rencontrer le travailleur social, c'est parce qu'elle sait qu'au final, ELIA permet aux personnes de devenir un jour locataires de leur logement.

Les travailleurs sociaux vont demander aux personnes de se situer sur une échelle allant de 0 « je n'ai pas envie de travailler » à 10 « j'ai envie de travailler ». Le chef de famille va se situer à 2. Il y a deux manières de répondre à ce chiffre. Soit en étant négatif et en se disant qu'avec un 2, il sera impossible de trouver un emploi à cette personne. Soit en étant positif, en se disant que c'est super et en demandant à la personne ce que signifie ce 2 pour elle. La personne va répondre qu'elle est à 2 car depuis qu'elle est hébergée, ses enfants sont en sécurité, ce qui est essentiel pour elle. Quand on lui demande à quel moment elle pense être à 3, la personne répond qu'elle le sera lorsqu'elle aura des dents, car sans dents, il n'est pas question d'aller un entretien d'embauche.

Nous étions tellement pressurisés par l'idée de trouver un emploi pour la personne que nous avions occulté le fait qu'elle n'en était pas encore là. Tout cela pour vous dire qu'à partir de là, le plan d'action pour le travailleur social va être plus facile car la personne va nous indiquer le chemin qu'elle veut prendre, et à nous professionnels de l'aider à y aller.

Pour faire ce travail, nous devons nous désengager de nos représentations personnelles. Comme vous le savez, nos prises en charge sont de plus en plus réduites et l'accompagnement social aujourd'hui n'excède pas six à neuf mois, donc nos tentatives d'approche doivent propulser l'autre dans un dynamisme de changement.

Le rôle de la direction est d'engager une équipe avec un grand E, c'est faire en sorte que grâce à la confiance, des liens puissent se créer, et que la bienveillance s'apparente au prendre soin. Le recrutement est extrêmement important, la formation permanente également. Cela signifie pour toutes ces personnes qui vont être recrutées, au-delà des diplômes et des expériences, que nous allons essayer de nous rencontrer autour d'un accord majeur sur nos fondamentaux et la manière de rencontrer l'autre.

Nous sommes tous les maillons d'une chaîne professionnelle, nous sommes tous en alliance les uns avec les autres. Au centre, il y a la famille, et autour, il y a les travailleurs sociaux qui sont les seuls à être en relation directe avec la famille, et autour des travailleurs sociaux, il y a les personnels administratifs, techniques et les hiérarchies. Tous sont au service du travailleur social qui doit être au service de la famille. Pour réussir à mettre en place une

équipe digne de ce nom, il faut toujours chercher à donner du sens, à motiver les équipes, et organiser des temps de rencontre et de réunion. J'en citerai une qui me tient à cœur, c'est l'analyse des pratiques qui a lieu deux fois par mois et qui met en présence les travailleurs sociaux, les chefs de service et la direction. Il est essentiel de connaître les difficultés que rencontrent les travailleurs sociaux et de voir quel effet peut avoir ce travail sur les populations.

Ces analyses de pratique partent des nœuds que les travailleurs sociaux vont rencontrer auprès des familles. Le travail social n'est pas une science exacte, c'est un travail de relation, qui demande à chacun d'entre nous de faire preuve d'humilité et surtout de compter sur l'ensemble des maillons de son équipe. L'idée est donc de partir de ces fragilités, voire de ces défaillances pour qu'ensemble nous en fassions un organe de formation afin de les dépasser.

Je conclurai en disant que tout cela est un chemin, que cela ne va pas de soi et nécessite d'être attentif à soi et aux autres. Un baromètre me paraît très important, c'est la joie, la joie que l'on a à travailler à cette mission. Pour ELIA, la bientraitance du public passe par la bientraitance du personnel. Le personnel agit sur le public et inversement, c'est un effet rebond, un effet miroir, qui s'appuie sur une méthode, un a priori positif par rapport à l'autre. Il faut laisser la place à l'autre, le considérer comme acteur de son propre changement.

On m'a demandé quel était le rôle de l'employeur dans la bientraitance des publics. Je pense qu'il doit donner l'exemple. C'est la tête, la locomotive qui doit engager les uns et les autres. Je serai totalement exhaustive en évoquant ceux que nous avons élus, qui mettent en place nos politiques sociales aujourd'hui. Je ne suis pas la seule à vivre douloureusement des pertes en termes de personnel liées à des fermetures de services. Le monde associatif va mal, il est branlant, et ce serait juste de dire que la bientraitance des publics passe par la bientraitance des personnels, et donc par la bientraitance de l'employeur, et donc par la bientraitance de nos politiques sociales.

Dominique CHARLIER, Directeur, EHPAD Un Hameau pour la Retraite

Je suis directeur des maisons de retraite publiques de Maillane et d'Eyragues. Nous allons vous parler d'un thème qui nous tient à cœur. Nous sommes convaincus que pour avoir des personnes âgées sereines dans nos établissements, il faut aussi et avant tout avoir un personnel serein, qui se base sur le respect des principes de la Charte des droits à liberté de la personne accueillie, qui sont inscrits dans le projet d'établissement, le respect et la dignité de nos aînés. Par voie de conséquence, les résidents étant accompagnés par les professionnels, la direction et l'équipe d'encadrement doivent absolument être bienveillants à l'égard de ces professionnels. Cette notion est également développée dans le projet social, qui s'inscrit dans la mise en œuvre du projet d'établissement sur les deux structures.

Face aux exigences du métier qui est de plus en plus difficile, aux responsabilités exercées, à la présence de plus en plus marquée des résidents, de leur famille, et de l'environnement externe, la direction et l'encadrement accordent une grande écoute et sont très disponibles afin de connaître les difficultés de chacun des professionnels et de tenter d'y apporter des solutions. Nous nous sommes rendu compte que les problèmes d'ordre professionnel ou personnel pouvaient altérer la sérénité au travail et nécessitaient un soutien psychologique et une prise en charge psychothérapeutique.

Les établissements, les directions et le personnel d'encadrement des deux structures ont décidé de s'attacher les compétences d'une psychologue, dédiée à ce seul domaine d'intervention. Toutefois, par rapport à la problématique des personnes âgées, nous avons également décidé de s'attacher les compétences d'un professionnel qui connaissait le milieu. C'est ainsi que Virginie Crot nous a rejoins. Elle est mise à la disposition de tous les professionnels pour les soutenir et essayer de les aider au maximum dans la résolution de leurs problèmes. Pour l'instant, elle a une vacation de trois heures par mois et par établissement, à jour et heure fixes, c'est-à-dire tous les premiers lundis du mois à Maillane et tous les premiers mardis du mois à Eyragues.

La seule implication de la direction dans ce processus, en dehors de sa mise en œuvre, est de communiquer sur l'existence de ce service. Ce qui se passe entre le professionnel et la

psychologue ne nous regarde pas. La discrétion est privilégiée. Chacun peut appeler Virginie directement. Les entretiens sont individuels et ont lieu dans un bureau situé dans un endroit très discret.

Virginie intervient dans le domaine du recueil, du diagnostic, du conseil, de l'orientation et du suivi sur deux ou trois séances maximum. Pour les cas nécessitant un accompagnement plus long, elle renvoie sur un thérapeute extérieur à l'établissement. A travers les différentes situations qu'elle va aborder, vous pourrez mesurer l'importance de ce temps d'écoute et d'échange pour aider le professionnel à retrouver un niveau de tolérance acceptable et ainsi retrouver sa sérénité.

Virginie CROT, Psychologue, EHPAD Un Hameau pour la Retraite

J'ai présenté mon activité aux personnels des deux établissements en une après-midi. Dominique Charlier et moi-même avons insisté sur la confidentialité totale des entretiens. Les réactions ont été différentes selon les personnes. Certaines ont montré de l'opposition, de la réticence, et d'autres ont pris immédiatement rendez-vous. Les premiers rendez-vous ont porté sur des thématiques en relation directe avec des événements institutionnels, qui tournaient surtout autour du décès de résidents. Ce thème de la répétition du deuil et des projections personnelles revient régulièrement dans les demandes.

Je vais essayer de l'illustrer à travers un cas concret. J'ai eu la demande d'une personne qui m'a téléphoné pour prendre rendez-vous, en verbalisant comme motif premier sa difficulté à dépasser le deuil d'un résident. Lors du premier entretien, cette personne a essentiellement verbalisé autour de la relation qu'elle avait pu avoir avec ce résident, et, également sur le moment de la découverte du corps. Beaucoup d'émotions ont émané de son discours, avec en arrière-plan, la répétition permanente de ces mots : « si j'avais su ». Ce premier entretien s'est clôturé autour de beaucoup d'émotion, de larmes versées, et nous avons programmé un second rendez-vous.

Ce deuxième entretien a permis de pointer que depuis le décès de ce résident, elle se sentait obligée de revérifier avant de partir de son poste, si elle n'avait rien oublié pour tel ou tel résident, et que cela l'handicapait de plus en plus. En axant l'entretien sur son histoire de vie, elle a verbalisé avec beaucoup de distance le décès de son père alors qu'elle n'avait que 11 ans. Décès qui était selon elle une délivrance, car son père souffrait d'un cancer depuis qu'elle avait 2 ans. Cette trop grande distance émotionnelle face à cet événement douloureux, ainsi que son étonnement à s'entendre parler du décès de son père alors qu'elle était là pour parler du décès de ce résident, a orienté le travail autour du décès de son père. Lors d'un troisième et dernier entretien, elle a enfin pu verbaliser qu'elle n'avait pas assisté au départ de son père, sa mère l'ayant écartée lors de l'annonce de la fin, ni à l'enterrement de celui-ci.

Lors de ces différents entretiens, la verbalisation lui a permis de prendre conscience des raisons pour lesquelles elle avait eu tant de difficultés à dépasser le deuil de ce résident, et de réaliser qu'elle n'avait pas, malgré le temps passé, fait le deuil de son père, et cela revenait sur le devant de la scène au travers du décès de ce résident. Mon travail a pris fin après cette prise de conscience et je l'ai orientée à sa demande vers un autre professionnel. D'autres demandes ont tourné autour de difficultés d'ordre personnel, telle que la maladie d'un conjoint. J'ai eu le cas d'une personne qui est venue me voir pour évoquer cette situation douloureuse qui la touchait et qu'elle n'arrivait pas, selon elle, à laisser à la porte de l'établissement. Lors du premier entretien, elle a verbalisé le fait qu'elle devait en parler car elle avait conscience que cela empiétait sur son travail. Au fur et à mesure de l'entretien, le professionnel s'est effacé pour laisser la place à une épouse terrifiée par l'annonce du diagnostic et par la difficulté de vivre la maladie tous les jours.

Le second rendez-vous nous a permis de faire le lien entre cet épuisement qu'elle vivait chez elle au quotidien et son ressenti de ne plus être à la hauteur sur un plan professionnel. Cette prise en charge a abouti à une prise de conscience de la nécessité de se ménager, avec en arrière-plan toute la problématique de l'épuisement de l'aidant.

Mon travail s'est terminé par une orientation vers un autre professionnel et je lui ai donc conseillé de se rapprocher du service dont dépendait son époux afin d'être soutenue psychologiquement lors de cette épreuve.

D'autres situations personnelles se sont posées, dont celle du passage difficile que constitue un divorce, et tout ce que cela réactive côté perte et côté abandon de l'idéal, deux éléments omniprésents pour le soignant en gériatrie. Comme pour le deuil, le divorce est une problématique qui revient régulièrement dans les demandes. J'ai été contactée par une personne dont la demande tournait autour des difficultés qu'elle rencontrait au travers de son divorce. Lors de l'entretien, son discours s'est vite centré sur ses collègues, qui, selon elle, n'étaient pas assez indulgents avec elle. Au fur et à mesure de l'échange, elle s'est rendue compte du transfert qu'elle opérait entre ses collègues et son ex-mari. Nous avons terminé ce travail sur ses propres mots : « Ce ne sont pas mes collègues qui m'ont quittée, c'est mon mari ». Ces paroles ont clôturé l'entretien et elle n'a pas demandé d'autre rendez-vous. De mon côté, j'ai estimé que mon travail était achevé.

Enfin, dans un autre registre, j'ai été sollicitée par des agents dont la problématique tournait autour d'un sentiment de non reconnaissance dans le milieu professionnel. Pour certains, cela a nécessité un travail de repositionnement, avec tout ce que cela implique de remise en question sur soi-même. Pour d'autres, la demande a consisté en un travail d'accompagnement vers un projet professionnel nouveau. Pour l'ensemble de ces personnes, l'objectif principal a été de ne pas aboutir à une résignation, associée la plupart du temps à la dépression.

Ces différentes situations font partie des principales problématiques rencontrées dans le cadre de mon intervention, avec la difficulté omniprésente d'acquiescer la confiance du personnel, en étant identifiée comme un élément extérieur à l'établissement et comme un élément indépendant.

Dominique CHARLIER

A l'instar des résidents, l'équipe de direction, l'équipe d'encadrement, doivent mettre en œuvre un projet de soutien personnalisé de ses collaborateurs, tout simplement pour que la vie reprenne des couleurs.

Echanges avec la salle

De la salle

Je suis stagiaire sur un foyer de vie dans le Vaucluse. Concernant l'accompagnement, la prise en compte des personnes handicapées vieillissantes qui ne sortent plus du foyer de vie, quelles solutions avez-vous mises en place, notamment par rapport à du lien familial qui n'existe plus parce que soit les aidants, soit les parents sont décédés, et au fait que les résidents restent en permanence sur le foyer ?

Philippe LANNES

Nous avons créé des unités à rythme adapté, où les personnes les plus en difficulté, souvent les plus vieillissantes, sont prises en charge de manière un peu moins active, qui convient mieux à leur rythme. Du fait d'être un gros établissement, nous avons la possibilité d'accueillir d'autres personnes, notamment les personnes d'un EPHAD, et nous insistons beaucoup sur le mixage de personnes plus jeunes et moins jeunes de façon à favoriser l'ouverture et une vie sociale possible. J'ai également évoqué des fêtes organisées au sein de l'établissement. Nous avons la chance d'avoir une association de parents, l'Union des Parents et Amis des Résidents des Chênes, qui est assez active et qui organise avec notre aide différentes manifestations festives. Comme il s'agit d'un foyer occupationnel où ils ont passé des années, les résidents se connaissent souvent depuis longtemps, et il y a donc des possibilités d'échanges. La non rupture du lien, le travail avec la famille, se font plutôt en amont d'une réorientation éventuelle, car dans le cadre du vieillissement, il faut souvent préparer un passage vers un EPHAD ou un foyer d'accueil médicalisé.

Par exemple, nous travaillons actuellement sur une réorientation pour que la personne accueillie, dont les parents sont décédés, puisse résider au plus près de ses frères et sœurs. Mais ce peut être aussi des personnes proches qui ont un contact régulier avec elle. En tout état de cause, nous essayons de rompre cet isolement. Toutefois, il reste des personnes qui n'ont plus aucun proche, mais du relationnel peut se créer avec les autres familles.

De la salle

Ce qui m'intéresse, ce sont les résidents qui n'ont plus de liens familiaux, qui sont vraiment isolés et sont en permanence sur le foyer de vie. Je suis même allé jusqu'à imaginer une éventuelle famille d'accueil.

Philippe LANNES

Nous avons également travaillé cette piste, mais nous y allons doucement. Nous avons eu des contacts avec plusieurs familles d'accueil. Il faut savoir que cela dépend des départements. Sur les Bouches-du-Rhône, il n'est pas facile de trouver une famille d'accueil de façon temporaire. Ce n'est pas une approche que nous avons favorisée. Nous avons eu quelques expériences, et nous nous sommes rendu compte que pour les personnes accueillies en famille d'accueil, les choses ne se passaient pas aussi bien que cela, qu'il y avait des distances à prendre. Cela pose beaucoup de questions. Ce n'est pas une piste fermée, mais pas totalement ouverte non plus. Si nous trouvions une autre possibilité d'accueil, nous la travaillerions davantage.

Au travers de plusieurs établissements, nous avons également essayé de croiser des groupes pour avoir des séjours extérieurs de façon régulière en week-end. Je ne pense pas qu'il y ait une solution unique. Ce doit être une réponse à la personne et à ses besoins. La solution d'une famille extérieure peut être envisagée, mais ce n'est pas une fin en soi systématique.

Serge DAVIN

C'est une piste parmi d'autres. Nous sommes dans le social et le médico-social, et ce que l'on oublie souvent, c'est l'expérimentation. C'est parfois à la marge que l'on crée le droit de demain, voire dans la marginalisation.

De la salle

Je suis famille d'accueil. Nous ne sommes pas reconnus, mais nous existons. Beaucoup de familles accueillent des personnes handicapées et cela se passe très bien. Nous sommes sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec eux et nous n'avons aucun relais à part nos proches.

Philippe LANNES

Je ne visais absolument pas les familles d'accueil en disant qu'il y avait eu des problèmes, et je vous remercie de les représenter. J'ai essayé de dire pudiquement que nous manquions peut-être de familles d'accueil.

<p>Table ronde 2 : Les pratiques au quotidien entre vulnérabilité des professionnels et accompagnement de la personne aidée dans sa singularité</p>
--

Danielle DELEUIL, Monitrice éducatrice, Foyer de Vie Poinso-Chapuis Association ARI

Je suis éducatrice au foyer de vie à la résidence Germaine Poinso-Chapuis à Belcodène. Nous accueillons des personnes adultes porteuses d'une infirmité motrice d'origine cérébrale. En internat, nous accueillons 39 personnes et 3 personnes à la journée. Pour accompagner ces personnes sur les temps d'internat et sur l'accompagnement à la vie sociale, nous avons des moniteurs éducateurs. Sur les temps d'accueil de jour, nous proposons des activités substitutives au travail, avec des moniteurs d'atelier qui interviennent à la journée. Aujourd'hui, nous avons choisi d'intervenir sur des situations auxquelles nous avons été confrontés par rapport à des personnes qui ont présenté des comportements violents envers les personnels ou envers d'autres résidents. Au départ, cette violence s'est portée sur des objets, et elle a pris peu à peu de l'ampleur, aboutissant à des passages à l'acte sur des personnels ou des personnes accueillies. La difficulté à laquelle les professionnels ont été confrontés était d'arriver à eux-mêmes ne pas rentrer dans cette escalade de violence dans la vie quotidienne et dans le cadre des pratiques professionnelles.

Dans un premier temps, nous avons réfléchi ensemble, en faisant appel à la loi, aux règlements de fonctionnement, au respect, puis nous avons sollicité l'appui du psychiatre qui a essayé d'agir au niveau des traitements, mais ceux-ci n'ont pas eu l'effet escompté. Nous étions en grande difficulté notamment avec une personne qui continuait à commettre des actes de violence. Je précise que celle-ci ne présentait pas de déficience motrice, alors que d'autres résidents présentant des déficiences intellectuelles et motrices et se déplaçant en fauteuil roulant se retrouvaient donc en situation de vulnérabilité.

A un moment s'est posée la question de savoir à quel moment nous étions bien traitants envers la personne responsable de ces actes de violence et envers les autres personnes que nous accompagnons et que nous nous devons de protéger. Nous nous sommes également dit que cette personne n'avait peut-être plus sa place dans l'établissement. Des tensions se sont installées entre professionnels, car nous n'étions pas tous du même avis, mais également entre la direction et les professionnels qui, à certains moments, se sentaient un peu pris au piège et démunis face à cette situation.

Dans la mesure où nous avons deux lieux de vie sur deux bâtiments, il y a eu des mouvements au niveau des équipes et des résidents. La direction a fait appel aux ressources associatives ; sachant que d'autres foyers de vie de l'association rencontraient ces problèmes de violence de la part de certains de leurs résidents. Des formations sur la violence et les moyens de contention ont été mises en place. Nous avons également mis en place un partenariat avec un hôpital psychiatrique qui a pu recevoir ces personnes quand la situation devenait trop critique et mettre en place des soins et un travail avec les professionnels de l'établissement, qui se poursuit actuellement.

Des formations sur l'accompagnement des personnes accueillies en foyer de vie ont également été mises en place, ainsi qu'une formation sur la bientraitance. Enfin, il y a un an, nous avons travaillé sur l'écriture d'un référentiel des bonnes pratiques concernant la bientraitance.

Jacques LORE, Moniteur d'atelier, Foyer de Vie Poinso-Chapuis Association ARI

Je suis moniteur d'atelier de la résidence. Cet atelier est ouvert à tout le monde. Nous n'étions absolument pas préparés à ce type de situation, et c'est dans ce cadre qu'une formation a été dispensée par l'école des parents. Elle s'est déroulée en deux parties. Nous avons d'abord été interpellés sur notre relation à l'usager ou résident. Une mauvaise appréciation ou une mauvaise compréhension d'une situation d'un résident peuvent avoir des conséquences catastrophiques. Je pars du principe que souvent la violence n'est que le résultat de cette incompréhension du résident qui ne peut pas exprimer ses besoins.

Les rapports entre le résident et l'animateur sont modulés par la normalité que chacun dévoile et propose à l'autre. Soit on l'écoute et on l'accepte, soit on le refuse et cela explose. Cela nous demande donc des capacités de compréhension, d'adaptation à d'éventuels changements d'objectif, parfois rendus nécessaires, surtout dans le cadre de la violence, les changements ne pouvant s'effectuer que dans le cadre du projet d'établissement et en concertation avec le résident lui-même.

Dans le cadre du second volet, nous avons essayé d'analyser au plus près une partie des éléments contribuant à un environnement bientraitant pour le résident, nécessaire à son bien-être et à son épanouissement personnel ; à savoir le respect et l'acceptation de l'autre dans sa problématique physique, psychologique, ses besoins, ses attentes, son rythme de vie, ses capacités et ses compétences. En ayant toujours à l'esprit qu'il s'agit d'un accompagnement.

A la suite de cette formation, nous avons eu deux autres séances durant lesquelles nous avons pu mettre sur pied un référentiel sur la bientraitance.

Laure ROMEO, Monitrice éducatrice, Foyer de Vie Poinso-Chapuis Association ARI

Je suis éducatrice à la résidence. Au moment où s'est déroulée la seconde formation, la personne, qui avait présenté des actes de violence de plus en plus nombreux sur le personnel et les autres résidents, se trouvait hospitalisée en milieu psychiatrique depuis deux mois. Suite aux formations, nous avons souhaité préparer le retour de cette personne à la résidence afin qu'il s'effectue dans les meilleures conditions possibles pour tous. En effet, cette personne souhaitait réintégrer la résidence et était consciente des difficultés qu'elle pouvait avoir à certains moments à gérer ses comportements violents et à accepter les contraintes de la collectivité.

Dans un même temps, certains résidents appréhendaient le retour de cette personne. Nous voulions donc repartir sur une nouvelle base de travail et une autre dynamique. C'est la raison pour laquelle nous avons élaboré ensemble un nouveau projet pour l'accompagnement de cette personne en utilisant les axes de travail auxquels nous avons réfléchi lors de la formation. Dans un premier temps, nous lui avons proposé de changer de bâtiment afin qu'une nouvelle équipe se mobilise autour de son projet. Ce changement faisait aussi une rupture avec les résidents et les animateurs qui avaient vécu des climats et des situations de violence au quotidien. C'est ainsi que nous avons longuement échangé avec les résidents sur l'arrivée de cette personne sur leur lieu de vie, afin de les rassurer et qu'elles vivent son retour le plus sereinement possible.

Cette personne a d'abord été accueillie à la résidence progressivement, soit deux jours par semaine dans la journée, puis deux jours dont une nuit dans la semaine. Ceci a été mis en place en collaboration avec l'équipe de l'hôpital, la personne et l'équipe éducative de la résidence, afin de pouvoir évaluer son comportement, réinstaurer du lien et le réinscrire dans le respect du fonctionnement et le cadre de la résidence. Quand elle a réintégré la résidence, nous avons pu lui aménager un planning à la semaine, plus adapté, pour les activités de jour, les activités sportives, afin qu'elle puisse à nouveau y adhérer. Un nouveau référent de projet a été choisi. Nous avons dû nous-mêmes nous questionner sur nos propres attentes vis-à-vis des possibilités de cette personne et nos propres limites d'accompagnement éducatif.

Des formations nous ont permis d'appréhender différemment les manifestations de violence qu'a pu présenter cette personne par la suite, en arrivant à prendre du recul, à mieux passer des relais, à travailler selon un positionnement éducatif commun à tous. Elles nous ont également permis de réfléchir sur les circonstances qui ont provoqué ces passages à l'acte. Cependant, il nous paraît important de préciser que l'accompagnement de cette personne peut parfois se faire au détriment du temps que nous nous devons d'avoir pour les autres résidents. Les perturbations qu'amènent ces comportements sur le maintien de la qualité de vie des autres résidents nous interrogent forcément sur la notion de bientraitance et le difficile équilibre à trouver pour répondre aux besoins de chacun.

Serge DAVIN

C'est une expérience difficile, douloureuse, mais vous avez souligné l'intérêt et les bénéfices d'une formation. D'autres établissements qui accueillent d'autres publics connaissent également les problèmes psychiques et de violence. Ce fut le cas de l'EPHAD le Lacydon, qui dépend de l'association Entraide.

Julia MARINONE, Conseillère en vie sociale, EHPAD Le Lacydon, Association ENTRAIDE

Je suis conseillère en vie sociale. Je travaille à l'EPHAD Le Lacydon situé dans le centre ville de Marseille, dans le quartier Belzunce. Cet établissement fait partie de l'association Entraide, qui gère huit EPHAD, cinq foyers logements, et un service d'aide à domicile, soit 550 équivalents temps plein et 1 000 personnes hébergées. Conformément à sa vocation, l'établissement accueille principalement des personnes bénéficiant de l'aide sociale. C'est une structure à taille humaine puisqu'il a une capacité de 55 lits, comprenant notamment un lieu de vie pour des personnes dépendantes, nécessitant une surveillance et un accompagnement continus.

Nous sommes là aujourd'hui pour témoigner des difficultés que nous rencontrons parfois dans l'accompagnement de certains résidents qui, compte tenu de leur profil pathologique, peuvent se montrer agressifs, voire violents. C'est le cas de Monsieur S. que ma collègue Martine Coder va vous présenter.

Martine CODER, Aide-soignante, EHPAD Le Lacydon, Association ENTRAIDE

Ce monsieur souffre d'une démence à un stade avancé. Ses propos sont assez incohérents. La plupart du temps, il ne comprend pas les informations que nous lui donnons au moment de la toilette, des transferts, des changes, des repas, etc. Ce manque de compréhension peut le rendre agressif, car il se sent agressé. Il se déplace en fauteuil roulant, mais reste assez tonique.

Il y a quelques mois, lors du change du soir, Monsieur S a asséné un coup violent à une aide-soignante. Celle-ci, après s'être éloignée de lui, est revenue sur ses pas et, à son tour, lui a donné un violent coup au visage.

Cet acte de maltraitance a d'abord suscité chez nous consternation et indignation. Puis nous nous sommes posé deux questions importantes : chacun de nous est-il susceptible de commettre un tel acte de maltraitance ? Pourquoi cette aide soignante a-t-elle pu en arriver là ?

Pour répondre à la première question, nous pensons que la plupart d'entre nous, par notre formation, notre pratique et notre expérience professionnelle, avons pris conscience de la dimension de la prise en charge de la personne âgée dans son intégralité et sa singularité. Il en résulte une capacité réelle à faire face à certaines situations qui pourraient entraîner des actes maltraitants.

Cependant, pour répondre à la seconde question, de nombreux facteurs peuvent atteindre au quotidien la vulnérabilité de l'aide-soignant car la prise en charge des personnes âgées en EHPAD reste difficile sur le plan physique et psychique. En EHPAD, l'aide-soignant est confronté tous les jours à la souffrance, la vieillesse, la mort. Ici, on ne guérit pas, on accompagne. L'aide-soignant ne voit pas souvent d'amélioration comme récompense de son travail. Aussi, certains peuvent être démoralisés. Il existe aussi un risque de lassitude qui peut s'installer du fait que les mêmes soins sont prodigués tous les jours sur les mêmes résidents.

Il faut aussi à l'aide-soignant faire face à la démence qui s'installe et s'aggrave, supporter les insultes et les coups. Avec les résidents désorientés, l'aide-soignant se retrouve parfois devant un refus de soins. Le résident ne comprend pas, il se sent agressé. La prise en charge de ces résidents nécessite plus de temps et souvent l'aide-soignant ne parvient à aucun résultat. Il peut ressentir cela comme un échec dans la prise en charge. En découle alors la peur du regard des autres, collègues, direction, famille, qui risquent de penser que le travail n'est pas effectué. Il faut aussi reconnaître la lourde charge de travail de l'aide-soignant en EHPAD avec des résidents qui ne peuvent être que de plus en plus dépendants.

Ces différents facteurs peuvent aboutir, pour certains, à un épuisement physique et psychique. Même si cela n'est ni pardonnable ni excusable, certains peuvent basculer dans la maltraitance, même si leur personnalité n'est pas encline à de tels agissements.

Outre l'acte de maltraitance dont nous avons été témoins, nous allons parler de ce qui a été mi en place au sein du Lacydon, d'une part pour nous guider dans notre réflexion et, d'autre part, pour prévenir la maltraitance.

Au lendemain de cet événement, nous étions tous noués de l'intérieur, honteux, presque coupables de ne pas avoir vu venir ce qui allait arriver. Un acte de maltraitance, c'était la réputation de l'établissement, mais aussi la nôtre qui s'en allait. Est-ce que nous allions tous être mis dans le même sac ? Les médias véhiculent uniquement l'image de l'aide-soignant maltraitant dans les reportages concernant les maisons de retraite, à tel point que les gens sont effrayés à l'idée d'un placement pour eux-mêmes ou pour un proche. Notre image de soignant disparaît donc aux yeux de la société pour faire place à celle d'un monstre.

Il était donc nécessaire de nous amener à réfléchir afin de nous rassurer et de nous replacer face à nos vraies valeurs. Pour nous aider dans notre réflexion, plusieurs actions ont été mises en place.

Echata MGOMRI, Aide-soignante, EHPAD Le Lacydon, Association ENTRAIDE

Je vais maintenant vous présenter les mesures prises au sein de l'établissement. Une formation sur la maltraitance a été organisée, menée par une intervenante extérieure. Informée de l'événement que nous avons vécu, elle a su nous rappeler les points essentiels de la maltraitance, elle a su nous faire parler, afin d'évacuer le trop plein de stress que celui-ci avait suscité chez nous. Nous nous posions la question si nous pouvions devenir maltraitants. Elle a su nous rassurer et nous a amenés à réfléchir en nous montrant que nous appliquions de bonnes pratiques professionnelles.

La deuxième mesure a été la mise en place de réunions avec la psychologue une fois par semaine, durant lesquelles nous avons pu évoquer les difficultés que nous rencontrons au quotidien dans la prise en charge. Elle nous a donné de nombreux conseils sur la façon de mieux s'y prendre dans un tel cas d'agressivité. Elle nous a appris notamment comment se comporter avec Monsieur S. – parler doucement, ne pas faire de gestes brusques, expliquer ce que nous faisons, demander de l'aide lorsque nous n'y arrivons pas.

Nous avons rédigé avec cette psychologue un guide des bonnes pratiques professionnelles à respecter, et utile pour les nouveaux arrivants. Il existe aussi un staff quotidien d'une durée d'une demi-heure entre les aides-soignants et l'infirmier. Ce moment d'échange nous permet de discuter de nos constatations sur le plan des soins et d'adopter une conduite à tenir face au changement de comportement des résidents. Tous les vendredis, le médecin coordinateur participe au staff.

Enfin, tous les trois mois a lieu une réunion d'équipe pluridisciplinaire. Ce moment d'information et d'échange nous permet d'optimiser les prises en charge. La participation à des formations et des réunions nous semble primordiale afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. Nous pouvons nous exprimer, être entendus. Elle nous implique et nous valorise dans notre travail au quotidien et dans l'organisation globale de l'établissement dans lequel nous évoluons. En effet, la gériatrie reste une discipline complexe et variée à laquelle il semble que nous ne soyons pas assez formés durant nos études. Après la réflexion, nous avons travaillé sur l'organisation.

Auparavant, les toilettes pour chaque aide-soignant étaient réparties sur les cinq étages de l'établissement. Aujourd'hui, l'établissement est sectorisé par étage, et chaque aide-soignant change d'étage le premier jour de chaque mois. Cela nous permet de ne pas saturer dans la prise en charge des patients les plus difficiles, de connaître tous les résidents et leurs difficultés d'adaptation. L'organisation reste cependant souple. Lorsque nous n'y arrivons pas avec un résident, nous pouvons toujours faire un échange avec un autre aide-soignant, et pour certains résidents, nous travaillons à deux pour faciliter la prise en charge.

Tout le matériel dont nous avons besoin a été centralisé. Un casier fermé, nominatif, a été attribué à chaque aide-soignant afin d'y ranger son matériel qu'il est ainsi sûr de retrouver après un repos, par exemple. Grâce à cela, nous sommes moins fatigués, moins énervés,

nous perdons moins de temps, nous commençons la journée dans de bonnes conditions et nous avons donc plus de temps à accorder aux résidents.

L'amélioration de nos conditions de travail, les formations, la mise en place des réunions, nous permettent peu à peu d'accéder à l'accompagnement de la personne aidée dans sa singularité, avec la prochaine mise en place du projet de vie individualisé qui, même s'il existe pour partie, n'est pas toujours écrit. Nous avons aussi d'autres projets pour 2010 pour améliorer encore la qualité de la prise en charge. Tout d'abord, une formation de type « humanité », qui va s'adresser à l'ensemble du personnel en deux sessions de 14 jours. Nous allons également mettre en place un groupe de travail pour l'élaboration d'un projet d'animation concernant tous les résidents, des plus autonomes aux plus dépendants.

La réunion hebdomadaire avec la psychologue pour traiter de nos pratiques professionnelles et des pathologies des résidents va évoluer vers une réunion « projet de vie » au cours de laquelle le résident sera abordé comme sujet et non pas comme objet, donc dans sa globalité et non pas sous le seul regard paramédical. Les deux étages où évoluent les résidents dont la démence s'aggrave fortement vont être sécurisés pour leur bien-être et pour faciliter la surveillance. Nous souhaitons également solliciter la psychologue pour faire des réunions « jeu de rôle » en mettant en scène des situations pouvant induire de la maltraitance afin d'analyser nos réactions. Nous souhaiterions aussi mettre en œuvre un vrai projet de tutorat pour l'accueil des nouveaux aides-soignants et des stagiaires élèves aides-soignantes et auxiliaires de vie.

Depuis l'acte de maltraitance relaté dans cet exposé, un gros travail au sein de l'établissement a été effectué à l'initiative et sous la responsabilité de sa directrice. Nous y avons tous participé. Nous sommes bien conscients que beaucoup de choses restent encore à accomplir et nous continuons tous les jours d'essayer d'améliorer les prises en charge dans la singularité de nos résidents.

Serge DAVIN

Merci d'avoir eu le courage de venir parler des difficultés auxquelles vous avez été confrontés, mais également des évolutions positives que cela a pu susciter dans la prise en charge des personnes accueillies. L'association NS 13 va maintenant nous présenter ce qui peut se passer au domicile d'une personne âgée. Sachant que 90% des personnes âgées de plus de 75 ans vivent à domicile et qu'un enfant sur deux né en 2010 deviendra centenaire, nous pouvons mesurer l'ampleur des efforts à fournir.

Camille DUPRE, Directrice, Service d'aide à domicile NS 13

Je suis directrice de l'association NS13, qui emploie 200 salariés. Selon le mode du prestataire, c'est l'association qui est employeur, et selon le mode du mandataire, c'est la famille est employeur de l'intervenant. Nous intervenons dans le maintien de personnes vulnérables à domicile, et nous avons bâti un projet de services dont les idées forces sont les suivantes. Le respect du projet de vie de la personne à aider, la préservation de l'autonomie. Aussi, nous développons la culture de la bientraitance. Le mode de fonctionnement est organisé autour du management, de l'écoute. Des réunions de groupe ont lieu une fois par mois au niveau de l'association, cela pour permettre aux intervenantes de communiquer entre elles, de signaler tout comportement non conforme à cette idée force. Nous avons également fortement développé ces dernières années l'aide aux aidants.

Dans cette optique, la politique de formation est axée sur le schéma du prendre soin, et l'équipe des responsables est d'une extrême vigilance. En effet, nous savons tous que les intervenantes sont seules au domicile de la personne âgée. Nous devons savoir les entendre, et nous privilégions le soutien personnel. Nous sommes informés de tout dysfonctionnement, nous anticipons les signalements, vérifions les informations, et nous rendons à domicile. Ensuite, nous prenons très rapidement les décisions qui s'imposent. Discussions avec la famille ou les proches, signalement aux institutions, demande de mise sous tutelle.

La circulaire du 30 avril 2002 fait obligation de signaler tous types de maltraitance et protège les salariés qui dénoncent ces situations. Il est de notre devoir d'aider les intervenantes à

rompre la loi du silence. Nous savons combien pour elles cela est difficile, elles viennent souvent de quartiers, de milieu « ou l'on ne balance pas ». Nous devons écouter, soutenir et accompagner les intervenantes car c'est à domicile que les cas de maltraitance sont les plus nombreux.

Patricia PLASSE-FAUQUE, Auxiliaire de vie, Service d'aide à domicile NS 13

Il y a plus de dix ans que je travaille pour l'association NS 13 en tant qu'auxiliaire de vie, et je maîtrise parfaitement les outils qui sont à notre disposition et nous permettent d'effectuer des missions souvent difficiles, avec le maximum de confort et de sécurité pour les bénéficiaires, et de lutter contre la maltraitance. En effet, nous sommes formées suivant l'idée de la bienveillance, du respect des personnes. Par ailleurs, nous assistons à des réunions de groupe avec notre formateur où nous évoquons avec les autres intervenantes les cas que nous jugeons non conformes au respect. Cela nous permet de réfléchir en équipe pour trouver la meilleure attitude possible vis-à-vis des personnes à aider, et nous nous sentons moins seules.

Les interventions à domicile sont préparées. En effet, avant chaque intervention, une feuille de mission nous est remise avec la description précise de la personne et les priorités de la mission. Les dysfonctionnements nous semblent une évidence.

Je suis ici pour présenter quelques éléments dont j'ai été témoin lors d'un remplacement professionnel, en tant que mandataire. Dans ce cas, la famille est employeur. J'ai effectué ce remplacement lors d'un week-end de l'été 2009 chez une dame, que j'appellerai Marie. L'intervenante en poste, que nous appellerons Hortense, m'attendait et m'a rapidement expliqué la mission. Je connais bien personnellement l'attention nécessaire que nous devons apporter à une personne comme Marie, qui voit arriver en son domicile une personne inconnue, dans les circonstances difficiles où nous intervenons.

Nous travaillons avec un cahier de liaison, qui est un des outils indispensables au bon déroulement des missions. Il est important de le tenir à jour, qui permet à tout intervenant de connaître, même de façon succincte, les circonstances dans lesquelles cet intervenant est amené à travailler. En effet, il consigne tous les événements importants concernant le quotidien du bénéficiaire. Il est également important de tenir à jour le cahier de comptes afin de pouvoir garder un budget rigoureux et honnête.

Dans le cadre d'un remplacement prévu pour un week-end, par exemple, il est important que les courses, dans leur globalité, soient effectuées afin que lors de ce remplacement, la personne qui entre dans un contexte non familial, et malgré le professionnalisme espéré de celle-ci, n'ait pas à s'occuper de cette partie-là, à savoir l'intendance. En effet, le temps utilisé, un quartier non familial qui ralentit l'action, etc., risquent de créer une insécurité supplémentaire pour la personne chez qui nous intervenons. De ce fait, je sais que lorsque ces éléments pratiques sont tenus à jour rigoureusement, tout se passe beaucoup mieux.

Dans le cas de Marie, je me suis trouvée bien loin de cette organisation. Le cahier de liaison non seulement n'était pas à jour, mais la dernière date référencée remontait à un an. Le cahier de comptes n'existait pas, il n'y avait qu'une accumulation de tickets de caisse datant de je ne sais plus quand. Quant au réfrigérateur, Hortense m'a signalé qu'une certaine étagère avec quelques produits était la sienne, tandis que celle réservée à Marie n'offrait qu'une petite boîte de concentré de tomates entamée et recouverte d'un papier d'aluminium, que j'ai soulevé, constatant que le dessus présentait une épaisse couche de moisissures. Quant à l'entretien de la maison, il n'était pas satisfaisant selon mes critères, mais pas trop mal, excepté le joli jardin qui était rempli de sac plastique, de mégots de cigarettes, une sorte de poubelle.

L'état de Marie était douloureux. Je l'ai entendue être humiliée verbalement et publiquement, mais je ne suis pas intervenue à ce moment-là. Marie n'était, de toute évidence, pratiquement jamais habillée correctement, sinon d'une blouse, et elle n'était pas sortie de chez elle depuis très longtemps. Elle était pourtant suffisamment valide. Elle a éclaté en sanglots à plusieurs reprises, présentant de toute évidence une angoisse créée par certains traitements incompatibles avec sa nature. Elle m'a très délicatement et sans insister dit qu'Hortense était bien sévère avec elle. De toute évidence, elle était également retenue dans

un lit à barrière, alors que moi-même je n'ai pas eu à l'utiliser. Il y a également chez Marie une porte blindée comme celle d'un coffre-fort. Marie est antiquaire, ce qui explique la présence d'une telle porte. Mais Marie m'a également dit qu'elle était souvent fermée afin que personne ne l'entende crier.

De par mon expérience et ma connaissance de la difficulté des missions, je connais mes aînés et j'ai compris qu'il m'était difficile de poursuivre dans cette situation. Aujourd'hui, je suis arrivée à un point de connaissance de mon métier qui fait que je connais mes limites, et je m'arrête avant que la situation ne soit intolérable et que je ne sois plus en mesure de garder mon rôle professionnel, d'attention et de respect par rapport à la personne.

L'association, conformément à ses valeurs, nous engage à signaler ces situations afin d'être remplacées quand nous sentons nos limites atteintes. Je suis reconnaissante d'avoir su et pu signaler cette situation. Pourtant, j'aimais beaucoup cette vieille dame chez qui je me trouvais et j'avais beaucoup d'affection pour elle. Je sais que mon signalement auprès de la direction a permis la prise de décision indispensable au respect et au confort de vie de Marie.

Camille DUPRE

Pour conclure, je dirai que ce signalement a permis une discussion très précise avec la famille. Dans le mois qui a suivi, la famille a licencié l'intervenante, organisé une fin de vie beaucoup plus confortable en rapprochant Marie de sa sœur. J'insiste pour dire combien il est de notre devoir d'écouter nos intervenantes et de les aider à signaler. Je suis infiniment reconnaissante à Patricia Plasse-Fauque d'avoir eu le courage d'alerter immédiatement l'association et de venir porter témoignage devant vous aujourd'hui pour dénoncer ces situations.

Serge DAVIN

Il s'agit évidemment d'un cas particulier et nous ne devons pas en tirer des conclusions générales sur le fait que les personnes âgées à domicile seraient systématiquement maltraitées et par le service et par leur famille. Toutefois, certains cas douloureux méritent d'être connus, dénoncés, et sanctionnés.

Ferouz LATRECHE, Aide-soignante, EHPAD Bastide Saint-Jean

Je suis aide-soignante à la Bastide Saint-Jean. Il s'agit d'une résidence de retraite médicalisée qui possède un secteur pour personnes lucides et une unité sécurisée pour personnes désorientées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. Nous disposons également d'un accueil de jour pour les malades Alzheimer, attenants à la maison de retraite, ainsi qu'un service de soins infirmiers à domicile.

Avec ma collègue, nous avons souhaité vous faire partager notre expérience professionnelle en vous exposant deux cas concrets de patients que nous prenons en charge à l'accueil de jour et en maison de retraite. Nous vous exposerons les difficultés que nous pouvons rencontrer ainsi que les moyens mis en œuvre afin de pouvoir bénéficier d'un soutien auprès d'une équipe pluridisciplinaire.

Concernant l'accueil de jour, cette structure a pour objectif de maintenir à domicile le plus longtemps possible des personnes atteintes d'Alzheimer, à des stades plus ou moins avancés de la maladie, présentant des troubles de la mobilité et, parfois, de l'agressivité. Nous sommes trois aides-soignantes qui travaillons en relais et prenons en charge un groupe de quinze personnes par jour. Nous leur proposons différents ateliers de mémoire, artistiques, de la gymnastique douce, en respectant le niveau d'évolution de la maladie de chacun.

Afin de vous donner un aperçu de notre pratique, je vais vous parler des difficultés d'adaptation que nous avons rencontrées avec une personne que nous nommerons Madame F. Cette dame âgée de 76 ans est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Elle est prise en charge trois jours par semaine à l'accueil de jour. L'entrée de Madame F. à l'accueil de jour a été très difficile. Elle était angoissée et très désorientée. Elle ne reconnaissait pas ses troubles et pouvait avoir des moments de lucidité comme des états

confusionnels importants. Depuis, son mari était réticent à lui donner son traitement au domicile. Il avait du mal à accepter son entrée à l'accueil de jour et tenait un discours négatif devant sa femme. Cela ne nous a pas aidés pour rassurer Madame S.

Le contact avec les autres personnes accueillies s'est révélé délicat. Elle ne voulait pas s'alimenter, elle parlait très peu et déambulait sans cesse dans la structure. Ses troubles pouvaient également se manifester sous forme d'une agressivité non volontaire envers les membres de l'équipe. Du fait de l'avancée de sa maladie, sa mémoire à court terme était très atteinte à chaque instant. Elle demandait très souvent à rentrer chez elle. Cette situation mettait notre patience à l'épreuve, et je pouvais avoir du mal, par moments, à gérer les états d'agitation de Madame F. et ressentir de l'épuisement et du découragement. D'où l'importance du travail en relais avec les autres membres de l'équipe, l'infirmière, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, le service de soins infirmiers à domicile, et le psychologue, qui entretenait des soins et une approche complémentaire avec Madame F.

Pour faire face à ces difficultés, nous avons la possibilité d'exprimer nos ressentis avec le psychologue qui anime une réunion chaque semaine. Ce travail en équipe nous a permis de réfléchir et d'adapter notre comportement au profit de Madame F. Car il est très important que chaque intervenant ait le même discours rassurant et la même attitude dans les gestes, les regards, l'intonation des voix, et les mots utilisés. Nous avons mis en place différents moyens et méthodes auprès de Madame F., consistant, d'une part, à la rassurer à tour de rôle, ainsi que l'accompagner dans un espace contenant, en retrait du groupe, lors de ses crises d'angoisse, afin d'être plus à son écoute et de la laisser librement s'exprimer en toute confiance et intimité. Nous lui avons proposé des activités de mémoire, de culture générale, dans lesquelles elle était plus à l'aise et où elle ne se sentait pas en échec. Cela lui a permis de se sentir valorisée et de s'intégrer progressivement dans le groupe.

Actuellement, nous constatons que Madame F. sait mieux s'intégrer dans le groupe. Elle arrive à se confier plus facilement, elle vient moins angoissée le matin et participe plus volontiers aux activités. Elle s'est même révélée enjouée, prête à aider les autres, et prendre du plaisir à venir à l'accueil de jour. Cela a permis à son mari de mieux accepter la maladie et la prise en charge à l'accueil de jour. Bien entendu, le cadre et la bonne humeur de l'équipe ont favorisé un environnement familial et détendu par Madame F.

Ces pratiques pluridisciplinaires sont effectuées au même titre pour les patients de la maison de retraite.

Charlène MALGUY, Aide-soignante, EHPAD Bastide Saint-Jean

Je suis aide-soignante en maison de retraite, dans le secteur sécurisé pour les personnes désorientées qui présentent des troubles cognitifs avancés. Ma fonction est de permettre une prise en charge globale des résidents en les accompagnant dans les actes de la vie quotidienne. L'objectif est de maintenir l'autonomie de ces personnes afin qu'elles se sentent valorisées et utiles. En tant que soignantes, il nous faut combattre l'épuisement physique et moral que peuvent susciter en nous aussi bien les résidents que certaines familles qui peuvent projeter leurs angoisses sur les professionnels. Il est donc fondamental de contenir les résidents face à leurs angoisses, d'interpréter et d'anticiper leurs besoins ainsi que leur ressenti.

Afin de vous permettre d'avoir une idée de notre pratique, je vais vous exposer la situation d'une prise en charge de nursing complexe d'une résidente que nous nommerons Madame R. Cette dame, âgée de 96 ans, présente une démence frontale à un stade avancé, avec une altération de l'humeur et des troubles du comportement qui s'accompagnent parfois de passages à l'acte. Au début de sa prise en charge, Madame R. était très réticente à ma présence et aux soins de nursing. Elle se montrait agressive à la moindre sollicitation. Après avoir essayé plusieurs approches, calmes, dans le respect de ses envies, j'ai pu constater qu'elle était toujours en refus des soins que je proposais.

J'avais la possibilité d'être soutenue par l'équipe pluridisciplinaire et de discuter de mes difficultés auprès de mes collègues, du psychologue, de la cadre de santé, des infirmiers, des kinésithérapeutes et du médecin coordinateur. Progressivement, j'ai pu modifier ma façon d'intervenir auprès de Madame R., en m'appuyant sur un projet thérapeutique de

l'équipe encadrante qui consiste en l'accompagnement des personnes en fin de vie. Ce projet est axé sur la relaxation à base de musique, de lumières de couleur apaisante et de massages. Des aides-soignants se sont inspirés de ce projet pour proposer des séances de détente à des groupes de résidents.

Après avoir constaté une diminution de l'anxiété et de l'agressivité de certaines personnes, l'essai d'une approche similaire a été envisagé pendant les temps de soins auprès de Madame R. J'ai pu constater qu'elle était plus apaisée et qu'elle coopérait dans les soins. Cette dame se montrant très réceptive à la musique présentait moins de fatigue et de tension. Madame R. arrivait à mieux se concentrer et à comprendre ce que je lui disais. Cela se percevait également en partie sur le plan de l'agilité psychomotrice.

Depuis que Madame R. bénéficie de musique de relaxation pendant ses soins, j'ai pu ressentir une aide importante dans sa prise en charge qui me permet aujourd'hui d'éviter les tensions et certains conflits générés par une agressivité non volontaire. Cette constatation est très positive et met en avant l'importance de moyens médiateurs qui favorisent un développement sensoriel et assurent une meilleure communication avec le résident.

En conclusion, la prise en charge des personnes désorientées renvoie souvent à des difficultés dans la pratique des soins. Souvent, les professionnels doivent faire preuve d'ingéniosité, de diversité, d'une adaptation permanente et d'une prise en charge collective et individuelle pour faire face à des comportements difficiles, voire même agressifs.

Dans les cas présentés à l'accueil de jour et à la maison de retraite, nous avons pu constater l'amélioration du comportement de ces personnes grâce à la facilité de maintenir de bonnes relations entre collègues de travail et équipe encadrante. Le regard de plusieurs professionnels est nécessaire pour prendre en charge le résident dans sa globalité, et ainsi avoir un œil critique sur les pratiques de chacun.

Pour terminer, nous pouvons dire que ce projet de présentation nous a été bénéfique et nous a permis de prendre du recul et de pouvoir développer des idées de futurs projets d'accompagnement, et d'affiner des liens entre l'accueil de jour et la maison de retraite. Bien que des difficultés soient présentes sur notre parcours, nous devons avant tout maintenir cette démarche de bienveillance envers toutes les personnes dépendantes. C'est ce qui donne à notre pratique une dimension humaine.

Serge DAVIN

Je vous remercie à la fois pour ce témoignage et l'état d'esprit qu'il dénote. Nous terminons avec l'établissement pour personnes âgées dépendantes Saint-Jean de La Fare les Oliviers.

Sophie BOLINCHES, Coordinatrice d'animation, EHPAD Saint-Jean, La Fare les Oliviers

Nous allons essayer d'apporter un témoignage concernant la dynamique culturelle et l'accompagnement personnalisé, notamment par l'interaction entre le service de soins et le service d'animation. Lydia Gorène est infirmière et Christophe Nicaud est aide-soignant. La maison de retraite de La Fare les Oliviers se situe entre Salon et Aix-en-Provence. Nous avons 60 résidents et un accueil de jour d'une capacité de cinq places, intégré à la maison de retraite. Comme compagnons, nous avons également deux chats, le chien du directeur et la volière.

Quand on nous a proposé de parler de la bienveillance, nous avons eu quelques questionnements. En effet, quelle est la capacité de chacun à se remettre en question, à être à l'écoute de l'autre et de soi ? Connaissons-nous bien nos limites ? Comment travailler en équipe et d'autant plus en équipe pluridisciplinaire ? Avec quel référentiel commun, quelles sont les valeurs défendues ? Et plus particulièrement, comment adapter l'animation et l'accompagnement de la personne âgée au plus près de ses demandes, besoins et attentes ?

Au niveau de l'animation, nous sommes deux coordinatrices à mi-temps et nous avons essayé de développer un axe fort qui est celui de la vie sociale et culturelle. Dans la vie sociale, il y a évidemment la vie familiale. Ainsi, l'activité est seulement un moyen d'atteindre les objectifs de l'animation, et nous accordons une importance particulière au projet culturel.

Celui-ci n'est possible que parce qu'il y a une équipe derrière et des bénévoles. Nous avons les Amis de Saint-Jean qui sont très actifs et qui nous aident au quotidien, pour les événements culturels ou non.

Comment la culture peut-elle être définie ? Comme le travail assidu et méthodique, collectif ou individuel, qui tend à élever un être humain au-dessus de l'état de nature, à développer ses qualités, à pallier ses manques, à favoriser l'éclosion harmonieuse de sa personnalité. On voit bien ici que la culture ne se résume pas à un ensemble d'activités.

Nous avons ensuite réalisé une enquête cet été auprès des résidents pour connaître leurs demandes, leurs besoins et leurs attentes, afin que ce ne soit pas les activités qui aillent vers eux, mais eux qui aillent vers les activités. Ils souhaitent tout simplement de découvrir de nouvelles choses. Ils sont ouverts d'esprit et toujours prêts à essayer.

Quelques paroles de résidents : « Peu importe où, je suis très ouvert d'esprit, je veux découvrir », « j'ai appris à nager à 60 ans », « je suis ouvert à toute nouveauté, pourquoi pas découvrir de nouvelles choses », « Je n'aime pas rester à rien faire, je découvre ici, la poterie je n'en avais jamais fait », « j'ai fait beaucoup de voyages et j'aimerais voyager encore ». A travers ces quelques paroles, ils nous ont également expliqué qu'ils voulaient être tranquilles. D'abord la sieste et après les activités.

L'animation veille donc à développer des qualités connues ou méconnues, c'est-à-dire qu'il nous faut proposer une animation variée afin que chacun puisse y puiser de quoi « insuffler la vie » et pouvoir ainsi continuer son chemin. Il faut que cette animation soit adaptée afin de ne laisser personne au bord de la route, adaptée aux capacités de chacun, à ses handicaps, à son histoire, à ses habitudes de vie et à ses souffrances.

Le rôle de coordinateur en animation est assez nouveau. Je précise que nous faisons de l'animation, mais aucune activité. Nous coordonnons les différents services, les soins, le service entretien, la lingerie, les cuisines, les résidents, avec les bénévoles qui ont une place tout à fait importante à Saint-Jean ; avec les professionnels vacataires ; avec la famille ; avec les étudiants, sachant que nous avons un partenariat avec l'IFSI de Salon ; avec les partenaires, notamment la mairie ; avec le village ; enfin, avec les autres institutions car il est essentiel que la maison de retraite reste ouverte à l'extérieur.

Christophe NICAUD, Aide-soignant, EHPAD Saint-Jean, La Fare les Oliviers

Nous travaillons à partir d'un concept proche du résident et des valeurs du soignant basées sur la bienveillance. Nous sommes passés de l'habitude du soignant aux habitudes du résident, démarche qui ne prend pas plus de temps qu'auparavant, mais qui permet de préserver l'autonomie du résident. Pour ce faire, nous utilisons différents outils, simples et accessibles à tous les intervenants. Nous travaillons sur l'affect, la parole, le regard, l'écoute, le toucher, les massages, la musique, les toilettes évaluatives, la manutention, les repas, mais également sur l'harmonisation des soins. Ces soins sont adaptés et réactifs aux résidents, dans le respect, la dignité et l'intégrité de la personne, avec une interactivité entre les services, donc les soins, les animateurs, la restauration. Tout cela influe sur l'ambiance générale de l'établissement, et il en découle une sérénité du personnel, des résidents et des familles.

Lydia GORENE, Infirmière, EHPAD Saint-Jean, La Fare les Oliviers

Je suis infirmière. La maison de retraite doit être pensée comme un lieu de vie, où passer de l'habitude du soignant à l'habitude du résident me paraît essentiel. Nous avons tous des difficultés à penser de cette façon, surtout si l'on est des soignants diplômés depuis longtemps. A un moment donné, j'en suis venue à penser qu'il devait être pénible pour un résident d'avoir douze manières différentes de procéder à une toilette, que ce pouvait être très perturbant, très déroutant pour lui. D'où l'importance d'harmoniser les pratiques.

J'interviens depuis peu au travers de la toilette évaluative, mais aussi réévaluative, de pratiques de manutention qui ont pour objectif de nous ménager, mais de mobiliser les résidents de manière adaptée à leur handicap et avec des méthodes enveloppantes, pour éviter des traumatismes. C'est aussi mettre en place et maintenir une ambiance, un climat agréable, rassurant, détendu dès le réveil du résident dans la chambre et jusqu'aux

différents lieux de vie. Une ambiance favorisant le bien-être, c'est aussi éviter des chutes, des épisodes d'agitation. Tout cela permettra l'animation proposée l'après-midi.

Sophie BOLINCHES

Je vais vous présenter quelques exemples concrets. Entre les soins et l'animation, nous avons en commun les notions d'ambiance, qu'elles soient sociales ou sensorielles, d'adaptation et de personnalisation. La culture, c'est aussi l'enrichissement de l'esprit par des exercices intellectuels.

Nous organisons le festival de chœurs pour les fêtes de la Saint-Jean au mois de juin. C'est un événement culturel phare à la maison de retraite, dont nous parlons beaucoup avec les résidents avant et après. L'objectif de ce festival est de faire partager aux résidents un moment inoubliable. La culture vient à eux et leur offre un spectacle de qualité. Un groupe vocal professionnel vient se produire, et la maison de retraite est éclairée. L'an dernier, les résidents ont participé activement à ce festival puisqu'ils ont chanté en première partie. Chez les patients Alzheimer, les paroles revenaient comme par magie. Nous organisons beaucoup d'activités autour de ce festival avec les résidents. C'est aussi le moyen pour la famille de les retrouver autrement. Cela permet une culture commune et des souvenirs communs, ce qui est très important, pour que la maison de retraite demeure un lieu de vie.

Nous proposons également des apéritifs concerts l'été organisés par les Amis de Saint-Jean, des interventions d'artistes une à deux fois par an, des concerts et des représentations théâtrales, surtout l'été. Au quotidien, nous proposons un accès à la bibliothèque sonore pour les malentendants. Nous organisons des repas à thème où ils vont découvrir d'autres manières de manger, découvrir d'autres cultures, des régions de France ou d'autres pays, grâce à notre équipe de cuisine. Et nous proposons enfin des activités littéraires et artistiques. Nous avons en projet un lieu de culte.

Chacun peut participer à sa manière à la prise en compte de la personne âgée comme personne désirante et actrice de sa vie. Le chemin n'est pas facile. Travailler en équipe n'est pas évident, mais nous pouvons y parvenir, c'est possible, on peut apprendre, découvrir, ressentir, même quand les mots ne sont plus à portée de main. Je termine en image.

Lydia GORENE

Je souhaite ajouter quelques mots pour les élèves infirmières de ce matin. Dans certaines maisons de retraite, le personnel est présent depuis un certain temps et accueille bien volontiers les étudiants. La gériatrie a pendant longtemps été le lieu où l'on mettait le personnel moins qualifié. Or, c'est un domaine extraordinaire, et un soignant de gériatrie est un beau soignant.

Conclusion de la journée

Serge DAVIN, Directeur Adjoint Honoraire de la DRASS

Nora Berra, la Secrétaire d'Etat chargée des aînés ne pouvant nous rejoindre pour conclure ces Assises départementales de la bientraitance, je voudrais avec beaucoup d'humilité vous faire part de quelques informations puis de quelques réflexions. Je souhaite d'abord vous indiquer de la part de la DDASS des Bouches-du-Rhône que les protocoles particuliers entre les établissements et services, d'une part, et la DDASS d'autre part, ont été signés par Jean-Jacques Coiplet et seront prochainement transmis aux établissements. Le protocole départemental de signalement des événements indésirables aux autorités administratives et judiciaires est aujourd'hui finalisé et devrait faire l'objet d'une signature très officielle des différents partenaires dès que possible, peut-être lors d'une prochaine réunion du Comité départemental pour la prévention et la lutte contre la maltraitance.

Même si les pouvoirs publics peuvent, à juste titre, se féliciter de l'avancée des idées, du concept de bientraitance, nous avons vu à travers les différents témoignages de cet après-midi, notamment sur ce qui peut se passer au domicile des personnes vulnérables, que

beaucoup reste à faire. Nous avons vu aussi, notamment au cours de cette dernière table ronde, que des progrès sont possibles, que les réussites existent, qu'un mouvement est en marche, et c'est ce qui doit nous encourager à poursuivre, encore et toujours, nos efforts individuellement et collectivement, notamment avec vous les professionnels et les futurs professionnels.

Tout nous y pousse d'ailleurs, ne serait-ce que l'énorme défi démographique du vieillissement. Mais aussi sans doute ce besoin obscurément ou ouvertement ressenti d'un surcroît d'humanité, de relation, de lien social, dans un monde technicisé, parcellisé, robotisé, virtualisé et, hélas, marchandisé. C'est ce besoin que traduit, parfois maladroitement, l'exigence croissante, parfois un peu consumériste, des personnes et des familles.

Face à ces évolutions sociétales, la réglementation s'adapte. Le développement de l'évaluation interne et externe, et son corollaire la démarche qualité, devront de plus en plus prendre en compte la composante bientraitance. Le développement de l'évaluation qui, je le rappelle, n'est pas le contrôle, et le changement souhaitable et peut-être inévitable de posture de l'Etat – et sans doute du conseil général – dans ses relations avec le monde associatif, devraient également faire évoluer les rapports entre autorités de tutelle et les établissements et services. Irons-nous un jour vers cette conception arboricole de la tutelle, où le tuteur est celui qui soutient les branches de l'arbre trop lourdement chargé ?

Pour en revenir à la bientraitance, il faudra bien dépasser quelques limites. Vous avez évoqué le problème des moyens, mais vous avez compris que la bientraitance, ce sont aussi des principes, un état d'esprit, des pratiques qui peuvent elles-mêmes évoluer. C'est aussi un processus. Autrement dit, il ne s'agit pas d'arriver un jour à la bientraitance, celle-ci se construit tous les jours et elle continuera à se construire.

Dépasser quelques limites, d'abord avec l'élargissement des publics concernés. Nous avons parlé essentiellement des personnes âgées, des personnes en situation de handicap. Peut-être considèrerons-nous un jour comme vulnérables et dignes aussi de bientraitance certains étrangers, SDF, voire des détenus.

D'autre part, peut-on imaginer dépasser le cantonnement dans lequel sont figés des établissements voués à une seule catégorie de population ? Sorte de ghetto catégoriel qui me semble coupé d'une certaine réalité et coupé de la société. Peut-on aller vers des structures plus polyvalentes où la mixité des populations, des générations, des problématiques, l'ouverture des décloisonnements, permettent de donner du sens à un vivre ensemble, qui est l'autre appellation et le contenu concret de cette cohésion sociale que les pouvoirs publics appellent de leur vœu ?

Enfin, peut-on dire que le souci légitime et généreux du prendre soin, le développement fort heureux du principe de précaution, la crainte – justifiée – d'une judiciarisation de toute initiative non réglementée, la méfiance parfois à l'égard de ce qui est innovant et hors normes, tout cela n'est pas toujours compatible avec le respect de la liberté des individus et des groupes sociaux. Ira-t-on jusqu'à interdire le suicide sous peine d'arrêt de mort ? La surprotection peut se faire au détriment de l'autonomie des personnes, de leur liberté, voire de leur qualité de vie. Une société sans risques, c'est peut-être aussi une société sans vie. Je renvoie ici à l'appel à projets tout à fait intéressant de la Fondation de France, « Droit au choix et droit au risque personnes âgées ».

Au-delà de cela, pourquoi faut-il rester désespérément optimiste et vigilant ? Il y a des textes, des normes, des procédures, de l'évaluation, des pratiques, un état d'esprit, fondés sur une déontologie, voire une éthique. Tout cela atteste de l'appropriation d'une démarche, d'une culture commune à construire jour après jour, pas à pas. C'est ce qui se fait déjà dans un certain nombre de structures. Et n'oublions pas qu'en parler, c'est déjà agir. Le 3977 est le numéro de téléphone où l'on peut alerter. Dans sa communication au Conseil des Ministres de mardi, Nora Berra a indiqué qu'il y avait eu 45 000 appels cette année. Tout cela est à mettre au bénéfice des politiques qui sont suivies en la matière.

Quand nous parlons de bientraitance, nous nous retrouvons finalement dans une vraie tradition humaniste, celle de notre double héritage judéo-chrétien et républicain révolutionnaire, qui s'accordent l'un et l'autre dans le terme de fraternité. Avec peut-être

l'idée que la fragilité même des personnes est une raison supplémentaire pour une prise en charge, un prendre soin de qualité, une sollicitude à l'égard des plus vulnérables de nos frères humains. C'est la sollicitude chère à Paul Ricœur, cette qualité de la dissymétrie, cette vertu par laquelle l'inégalité de puissance entre le souffrant et l'aidant est compensée par une authentique réciprocité de l'échange.

Fin des débats