



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux
pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé

Auto-évaluation

Évaluation de la promotion de la bientraitance



Octobre 2012

Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles

Établissement(s) concerné(s)

Responsable du projet

Services impliqués

Médecins impliqués

Objectifs

L'objectif du projet est d'évaluer la promotion de la bientraitance de la part des professionnels, chez toute personne admise en établissement sanitaire ou médico-social.

Justifications

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements sociaux et médico-sociaux : « l'action médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes... elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous groupes sociaux » (article L 116-1 du Code de l'action sociale et des familles). Cette loi régit près de 32 000 structures et 400 000 salariés.

Par ailleurs, de nombreuses structures sanitaires accueillent des personnes âgées dont la dépendance est variable pour des durées de séjour souvent importantes, voire définitives.

De nombreuses personnes, vivant seules ou en famille, souffrent de maladies chroniques multiples et doivent faire face aux contraintes de la dépendance. Il faut alors tout mettre en œuvre pour permettre à ces personnes de poursuivre leur existence dans les meilleures conditions possible. Tel est l'objectif poursuivi par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'autres établissements médico-sociaux ou sanitaires. Les personnels y gèrent des situations complexes et relèvent au quotidien le défi de concilier qualité des soins et préservation d'une vie de respect et de dignité. Leur présence attentive auprès des personnes hébergées, mais aussi et surtout leur connaissance et leur maîtrise des bonnes pratiques, constituent le meilleur gage de succès pour cette mission exigeante. Toutefois, dans des situations difficiles, nul n'est à l'abri, à travers le stress, les horaires complexes... de manquements par rapport à la promotion de la bientraitance.

Dans le cadre de l'opération « Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement » annoncée par le secrétariat d'État à la Solidarité en octobre 2008, Mme Valérie Létard (Direction des affaires sociales) a souhaité que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'inscrivent dans une démarche d'autoévaluation de leurs pratiques de bientraitance (1).

En ce sens ont été élaborés par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et

médico-sociaux (ANESM), un questionnaire d'« autoévaluation de la bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement » (2) ainsi qu'un guide de remplissage dans le cadre de travaux largement ouverts à la concertation des fédérations, professionnels et usagers des établissements, et ce, dans la suite des travaux de cette agence (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Ce questionnaire construit par l'ANESM et son guide de remplissage ont été mis en ligne pour réaliser une analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale. Nous nous en sommes inspirés.

Le manuel de certification V2010 version juin 2009 (11) rappelle que le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la qualité et une priorité de la certification depuis sa création. La certification constitue l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

Selon l'introduction de la référence 10, les travaux conduits dans le secteur médico-social ont montré l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance, dans l'ensemble des structures, pour assurer le respect des droits des patients et lutter contre les phénomènes de maltraitance, en particulier celui de maltraitance « passive » ou « institutionnelle », constatés dans les établissements (5). Souvent, en effet, les plaintes des usagers des établissements de santé laissent transparaître un ressenti d'abandon, un manque d'écoute, de considération ou d'information. Elles témoignent de parcours qui se caractérisent par une prise en compte insuffisante des besoins et des droits des personnes, notamment des personnes vulnérables.

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM d'août 2008 « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (4) définit la posture professionnelle de bientraitance comme « une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ».

Les attentes exprimées par les usagers, les responsables de la santé ont conduit le RéQua à mettre en place une évaluation des droits des patients/résidents reposant sur les données actuelles et validées des recommandations.

Dans ce cadre le RéQua a développé, avec un groupe de représentants d'établissements, un travail régional spécifique d'évaluation du respect des droits des patients/résidents, en particulier d'évaluation de la promotion de la bientraitance, en introduction à une campagne de promotion de la bientraitance.

Méthode

Méthode d'évaluation des pratiques

La méthode choisie et retenue par le groupe de travail est double.

- 1) **Un questionnaire institutionnel** évaluera la promotion de la bientraitance dans l'établissement. Il sera à remplir UNE FOIS pour chaque établissement désireux d'évaluer ses pratiques. Il est destiné à réaliser un état des lieux pour permettre par la suite dans les semaines à venir une amélioration des pratiques.
- 2) **Une auto-évaluation** des pratiques : il s'agit d'une approche évaluative par réponses à des questions fermées. Cette approche permettra à chacun de se poser des questions par rapport à la promotion de la bientraitance et ses pratiques quotidiennes. Pour faciliter les réponses « objectives » **les questionnaires seront ANONYMES**. Il sera toutefois procédé à un émargement d'administration et de retour.

À l'issue de ce travail, après une campagne de communication, d'explications, un nouveau questionnaire d'auto-évaluation des pratiques sera administré au même « ensemble de personnel ». Le taux de retour sera le premier indice d'adhésion des professionnels à la promotion de la bientraitance. La modification des réponses sera suivie par une analyse directe.

Ensuite, un suivi sera régulier soit de préférence par étude d'indicateurs composites (type respect de l'intimité du résident...), soit par de nouvelles évaluations régulières à la demande de l'établissement.

Protocole

Le questionnaire institutionnel sera complété par l'équipe responsable de l'établissement : direction, médecins, cadres. Une préparation de l'organisation des réponses et des personnes à solliciter peut être réalisée par le COPIL.

Le questionnaire individuel sera distribué à tout professionnel en contact avec les patients/résidents. Il sera accompagné d'une notice de remplissage (guide de remplissage mis à disposition) dont l'administration sera définie par l'établissement.

Les résultats seront globalisés au niveau de l'établissement.

Le RéQua pourra aider à l'analyse pour les établissements adhérents de Franche-Comté. Les résultats de l'analyse seront restitués au niveau de l'établissement. Des verbatims anonymes pourront figurer dans ces résultats.

Le RéQua, outre les résultats propres à l'établissement, pourra produire une comparaison avec les résultats globalisés de la région.

Structures à mettre en place

- **Comité de pilotage**

Suivant le champ d'activité de l'établissement, le comité de pilotage du projet sera composé de représentants de la CRUQPC ou du CVS, de la sous-commission de la CME en charge de l'évaluation des pratiques professionnelles ou du conseil de pôle, de la commission des soins infirmiers, de représentants de service, d'unité dont fait (font) partie le(s) service(s) participant(s) ou autres structures équivalentes ou du médecin coordinateur dans les EHPAD. Il, aura notamment pour mission :

- ▶ de suivre l'avancement du projet ;
- ▶ de valider les actions à mettre en œuvre ;
- ▶ de juger de la possibilité de l'éventuelle attribution de moyens.

- **Groupe de travail**

Le groupe de travail est représentatif des catégories de professionnels concernés : médecins, cadres supérieurs, cadres de santé, cadre coordonnateur, IDE, AS, ASH, hôtesse d'accueil, etc. (toute personne en contact avec le patient/résident). Le groupe doit notamment valider la méthodologie et les outils de recueil retenus, mettre en œuvre l'évaluation, contribuer à l'analyse des résultats et à la définition et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Ce groupe de travail est composé de :

- ▶
- ▶
- ▶
- ▶

Recueil des données

Deux types de recueil sont réalisés :

- **l'administration d'un questionnaire par professionnel au contact du patient** ; le recueil des données à l'aide d'une fiche d'auto-évaluation de ses pratiques se fera **INDIVIDUELLEMENT et le retour sera ANONYMISÉ** ;

- **une enquête institutionnelle** réalisée par le groupe de travail : recherche d'informations et remplissage de la grille par consensus au sein du groupe (importance de l'objectivité). Le recueil institutionnel spécifique pourra être complété lors d'une réunion des personnes impliquées, comité de Direction, ou autre.

Durée et période de recueil

Le recueil des données concerne l'ensemble des personnes soignantes et /ou travaillant au contact du patient dès l'accueil, puis dans les services retenus pour l'enquête.

- Concernant le questionnaire à destination des professionnels, celui-ci sera à retourner au(x) référent(s) EPP de l'établissement, dans un délai défini au préalable par le groupe de travail. Une fiche d'émargement sera rédigée en interne, permettant à chaque agent d'émarguer la réception du questionnaire vierge et le retour du questionnaire rempli. Ainsi l'anonymat sera respecté.
- Concernant le questionnaire institutionnel, une première réunion de préparation de l'audit avec l'ensemble des membres du groupe de travail permettra d'estimer les informations nécessaires, et de répartir les tâches. La deuxième réunion consistera en un audit institutionnel avec si besoin une partie réalisée sur le terrain.

Responsable du recueil

Le responsable du recueil est le correspondant projet au niveau de l'établissement. Il engagera l'étude (sous couvert de sa direction si nécessaire).

Le correspondant projet peut solliciter un ou plusieurs référents dans différents services pour faciliter l'administration et les retours des questionnaires individuels.

Population

Critères d'inclusion

- des professionnels : ensemble des professionnels au contact d'un patient/résident durant son séjour ;
- des services : ensemble des services de l'établissement prenant en charge des patients/résidents.

Critères d'exclusion

- des agents : agent non au contact des patients/résidents durant tout le séjour (ex. jardinier, électriciens, etc.)
- des services : services n'accueillant pas de patients/résidents (services techniques).

Échantillon

Le nombre de dossiers nécessaires à évaluer est difficile à estimer faute de données précises. En l'absence d'un taux de « respect de bonne pratique de référence » (à partir d'une étude rigoureuse d'un point de vue statistique conduite sur une population comparable), une attitude « empirique » est nécessaire.

À titre d'exemples, pour mettre en évidence une différence significative entre deux mesures (au seuil de 5%), le nombre de dossiers à étudier est de :

- 60 pour une proportion variant de 70 à 90 % (nombre retenu par le projet COMPAQH et la HAS avant généralisation des indicateurs) ;
- 96 pour une proportion variant de 75 à 90 %.

La taille de l'échantillon dépend de la précision des résultats que l'on veut obtenir, et des contraintes de temps et de coûts. Le nombre de 30 « questionnaires individuels » remplis par le personnel apparaît donc comme le seuil minimal pour que l'échantillon soit représentatif du thème étudié. Plus le nombre de retours sera important, plus les données recueillies seront représentatives des pratiques de « la population étudiée ».

Une seconde enquête sera réalisée ultérieurement après campagne d'information, de communication, et éventuellement « formation » sur le thème.

Support de collecte

- **Concernant le questionnaire à destination des professionnels** : les critères d'évaluation seront renseignés sur une grille de recueil appropriée, à l'aide d'un guide d'utilisation (cf. annexes). Une personne non concernée par une question (ex. hôtesse d'accueil par l'intimité) répond « NA ». Il est permis en outre de mettre des commentaires, voire de préciser les actions d'amélioration possibles.
- **Le questionnaire institutionnel** se présente sous forme d'une grille type oui/non/NA ou en échelle de mesure.

Élaboration du plan de communication interne

Une communication a priori aux différentes instances de l'établissement (CME, CSIRMT ou autres) sera réalisée (dates à prévoir pour ces différentes instances).

Calendrier de l'évaluation

Le calendrier des différentes étapes est ainsi défini :

Action	Début	Fin
Information des instances
Appropriation de la méthodologie par le groupe de travail
Appropriation des outils de recueil par le groupe de travail
Recueil des données
Saisie et analyse des données
Définition des actions d'amélioration par le groupe de travail
Validation des actions d'amélioration par le comité de pilotage
Mise en œuvre des actions d'amélioration

Critères d'évaluation retenus et argumentaire

Le but de ces questionnaires n'est pas de réaliser une revue exhaustive sur la promotion de la bien-traitance en Franche-Comté. Il s'agit :

- dans un premier temps de faire un état des lieux tout en mettant les professionnels en éveil sur certaines questions afin de permettre le maximum d'interrogations personnelles et d'échanges ;
- en parallèle avec un autre groupe de travail, d'élaborer une charte bien-traitance, de la diffuser, l'afficher, et en accompagner la diffusion. Ce groupe déterminera les attendus de la campagne de communication ;
- dans un troisième temps de mesurer l'impact de la diffusion/accompagnement de la charte à travers un nouveau questionnaire.

LE QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Des questions sur l'intimité, la dignité, la confidentialité

Le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la qualité et une priorité de la certification depuis sa création. Ce travail constituera l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur le thème de la bientraitance. Cette loi réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intimité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

Depuis le manuel V2007 ont été explorées dans le cadre de la certification :

- l'organisation permettant le respect de la confidentialité des données à caractère médical ou social (conditions d'entretien et d'examen, etc.) ;
- les pratiques des professionnels respectant le secret professionnel ;
- la sensibilisation des professionnels sur le thème de la confidentialité (contrats de travail, formation, groupes thématiques, rappel des bonnes pratiques, etc.). Certaines situations telles que toilette, soins, etc. doivent être explorées.

Nous souhaitons à travers ces questions que chacun s'interroge au regard de sa **PROPRE pratique**.

Questions

- 1. Je respecte l'intimité des patients/résidents dans toutes les situations.**
- 2. Je respecte la dignité des patients/résidents dans toutes les situations.**
- 3. Je favorise l'estime de soi des patients/résidents à travers leur habillement et leurs habitudes de vie.**
- 4. Je respecte la confidentialité des informations concernant les patients/résidents dans toutes les situations.**
- 5. Pendant la toilette des patients/résidents je respecte l'intimité et la dignité.**

Des questions sur la DOULEUR

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Au sein d'un établissement de santé, l'organisation de la prise en charge de la douleur doit veiller à mettre en œuvre les 4 axes du programme national de lutte contre la douleur :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables ;
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé ;
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier les douleurs chroniques dites rebelles.

L'évaluation et la traçabilité de l'évaluation semblent le déclencheur de toute investigation aussi sont-elles recherchées dans ce contexte de bientraitance. Là aussi nous souhaitons à travers ces questions que chacun s'interroge au regard de sa **PROPRE pratique**.

Questions

- 6. Je prends en compte la douleur dans toutes les situations.**
- 7. Je note toujours l'absence de douleur.**

Des questions sur ce qui est fait pour favoriser le confort

Le respect du « bien-être » d'autrui passe par la prise de conscience individuelle et collective par rapport au « confort » du patient.

La lampe électrique dans les yeux la nuit, le réveil matinal et les sabots de bois sur les planchers par exemple interrogent-ils ?

De même le stress psychologique est-il évité au patient au quotidien en ne l'inquiétant pas inutilement par des discussions souvent plus anxiogènes que compréhensibles.

Questions

8. J'évite le bruit/la lumière la nuit.
9. J'évite ou je bloque toute discussion médicale entre professionnels au lit du patient.

Des questions sur la fin de vie et les directives anticipées

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Cette loi fait aussi obligation aux professionnels de santé de ne pas faire subir aux patients d'obstination déraisonnable par la poursuite d'actes qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ».

Elle impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient de refuser tout traitement, et organise les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.

Il s'agit d'un axe important de la politique des établissements de santé qui doivent mettre en place des organisations destinées à permettre le respect de ce droit et la prise en compte des nouveaux enjeux de santé publique et éthiques liés notamment à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de celles vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie ainsi que des situations interpellant l'éthique médicale (par exemple : enjeux liés à la mise en œuvre de certains traitements permettant d'allonger la survie, décisions en fin de vie chez les personnes inconscientes ou incapables d'autodétermination).

La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions.

La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (DHOS/02/2008/99) précise à nouveau les fondements de la démarche palliative : « évaluation des besoins et mise en œuvre de projets de soins personnalisés ; réalisation d'un projet de prise en charge des patients et des proches ; mise en place de réunions pluri professionnelles de discussion de cas de malades ; soutien des soignants en particulier en situation de crise ; mise en place de formations multidisciplinaires et pluri-professionnelles au sein des unités de soins ».

Quelle est la responsabilité de chacun d'entre nous eu égard à ces thématiques ?

Questions

10. Je veille au recueil des directives anticipées.
11. Je veille au recueil de la personne de confiance.
12. J'accompagne le patient résident en fin de vie et veille à son confort.

Des questions sur la communication

L'expression est la faculté de tous pour entrer en contact ou pour communiquer. Comment chez la personne en difficulté de communication pourra-t-on s'organiser ? Les réflexions collectives et individuelles apparaissent fondamentales sur ce point.

Questions

13. Chaque jour j'identifie les besoins et capacités de chacun (afin de lui apporter une réponse adaptée).
14. Je suis attentive à la communication verbale et non verbale.

Des questions sur le respect de l'autonomie

L'autonomie est un des derniers stades de la liberté de chacun, comme un des fondamentaux de « l'estime de soi ». L'autonomie des résidents, des patients, est à préserver au maximum et au quotidien. L'autonomie se fait dans les gestes de la vie quotidienne et sans cesse. Il apparaît donc important que chacun s'interroge sur sa participation à la préservation de l'autonomie d'autrui. La prise en compte des habitudes et possibilités alimentaires va dans le même sens.

Questions

15. Je favorise les déplacements, rythmes des patients/résidents.
16. Je prends en compte les goûts, les habitudes et les capacités des patients/résidents pour la restauration.
17. J'identifie les moments de détresse des patients/résidents.
18. Je favorise l'autonomie des patients/résidents (privilégie le « faire faire » plutôt que « faire à la place de »).

Des questions sur le respect de la personne

Chacun de nous est responsable de la bienveillance. Responsables, agents, etc. veillent à la bienveillance des personnels, des patients.

Comment chacun est-il impliqué au quotidien dans cette démarche, comment peut-on se sentir responsabilisé dans cette démarche de longue haleine ?

Il apparaît important, pour faciliter les échanges, que le sujet soit évoqué régulièrement.

Il s'agit là certainement de la première sensibilisation de chacun.

Questions

19. Je reconnais la personne âgée comme un adulte à part entière avec son vécu et son histoire de vie propre.
20. La bientraitance fait l'objet de recommandations de ma part aux nouveaux arrivants.
21. Lors de mon entretien annuel d'évaluation, la bientraitance fait l'objet d'un échange.

Des questions sur l'organisation

L'organisation des services fait que souvent des sonnettes restent sans réponse, ou avec des réponses tardives. La pause du personnel est-elle organisée dans le cadre « de la sécurité et du confort » du patient ou « de la qualité des échanges personnels » des agents ?

Questions

22. Il existe des affiches, documents sur la bientraitance dans mon service.
23. Dans mon service, la pause des personnels est organisée à tour de rôle.
24. Dans mon service, les délais d'attente aux sonnettes sont évalués.
25. Dans mon service, les horaires de visite sont libres.

LE QUESTIONNAIRE INSTITUTIONNEL

Il a été fait le choix de se centrer sur l'accueil du patient et son évaluation initiale car ces deux temps conditionnent pour une grande partie la qualité du passage de la vie individuelle à la vie institutionnelle.

Une arrivée réussie est souvent synonyme d'un séjour de qualité.

PARTIE 1

ÉVALUATION INITIALE

A. MCO

Les attentes de la personne lors de l'entretien de consultation sont recueillies de manière individuelle. Les attentes de l'entourage sont recueillies soit en même temps à la demande du patient, soit ultérieurement avec l'accord du patient.

L'évaluation des risques et fragilités et des besoins en soins du patient correspond au « bénéfice-risque », qui doit être tracé dans tout dossier médical.

Les habitudes, les centres d'intérêt et les potentialités correspondent aux éléments du projet médical.

B. HORS MCO

Selon l'analyse nationale et les réponses au questionnaire ANESM d'auto-évaluation des pratiques de bientraitance en **EHPAD**, l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale sont variables (2).

Constituant une phase cruciale de la préparation du séjour du résident, l'évaluation initiale des besoins et attentes des personnes accueillies a fait l'objet de deux recommandations nationales par l'Agence. Elle permet la préparation du projet personnalisé et du contrat de séjour. Elle se décline en un processus d'entrée et une phase d'élaboration à proprement parler du projet personnalisé (2).

Le processus d'entrée dans l'établissement a été largement décrit dans la littérature comme ayant un impact décisif sur le devenir du résident et sa qualité de vie perçue.

La visite préalable de l'établissement : est réalisée de façon systématique dans 1 EHPAD sur 3 (2).

Bien que ce processus représente un impact MAJEUR sur le devenir du résident il semble peu passé dans les mœurs à titre systématique.

Le recueil de l'accord des résidents sur leur entrée au sein de l'EHPAD ou son accompagnement si cet accord n'est pas effectif ou exprimé : une pratique commune dans 4 EHPAD sur 5 (2) item EHPAD.

Cependant, 1 EHPAD sur 5 (21 % des répondants) indique que cette pratique n'est effective que pour moins de 30 % de ses résidents. Six EHPAD sur 10 ne recueillent pas cet accord et n'accompagnent pas une absence d'accord formel du résident de façon systématique.

Le temps d'observation mis à profit pour personnaliser l'accompagnement : une pratique qui tend à s'établir mais qui n'est pas mise en œuvre de manière systématique.

Près de 1 **EHPAD** sur 4 (23 % des répondants) (2) indique que le temps d'observation pour définir le projet personnalisé de la personne accueillie est réalisé pour moins de 30 % de ses résidents.

Un temps d'observation est important, non seulement pour les nouveaux résidents/patients, présentant des difficultés d'expression de leurs besoins ou des troubles du comportement, mais pour tout nouvel entrant. Une observation structurée permet notamment d'identifier des besoins d'orientation individuels au sein de l'établissement, des difficultés pour réaliser des activités préconisées, pour l'accès aux espaces collectifs et individuels, elle permet de mieux identifier les moyens permettant aux nouveaux résidents de se mouvoir de manière autonome, d'identifier leurs habitudes, etc.

L'enquête réalisée par la Drass Aquitaine en 2004 sur l'opinion des résidents montre que les conditions de l'entrée agissent sur le ressenti des résidents quant à

leurs conditions de vie, en particulier sur les points suivants : le respect de l'intimité, le sentiment de se sentir chez soi dans sa chambre, le sentiment de solitude. Source : Drass Aquitaine et ORS d'Aquitaine, L'opinion des résidents d'établissements pour personnes âgées sur leurs conditions de vie. Les dossiers de la Drass Aquitaine, juin 2006, n° 44, 89 p.

Qu'en est-il dans les services des soins ?

PROJET PERSONNALISÉ

Le projet personnalisé nous paraît un incontournable du respect « de la globalité de la personne ».

Projet de soins personnalisé : projet définissant le traitement et les soins adaptés au patient. Ce projet tient compte de l'avis du patient et de son entourage et est établi de manière concertée. Il est réajusté tout au long de la prise en charge.

À l'identique dans tout établissement USLD ou EHPAD le patient (résident) doit disposer d'un plan personnalisé de soins, de vie. Le projet personnalisé est réajusté en permanence en fonction d'exigences thérapeutiques nouvelles (ex. : rééducation).

Le projet personnalisé prend en compte les possibilités cognitives et culturelles du patient. Il inclut des activités.

L'élaboration du projet personnalisé s'appuie sur l'ensemble des évaluations réalisées et du recueil d'informations lors de l'évaluation initiale. Il intègre toutes les dimensions de l'accompagnement (soins, maintien de l'autonomie, qualité de vie, activité...).

La mise en œuvre des projets personnalisés va dépendre en grande partie de l'organisation de l'établissement. Ces projets ne sont pas appelés à rester figés mais à évoluer en fonction des changements dans l'état ou la situation de la personne. La réévaluation des besoins et attentes (amélioration ou dégradation des capacités, évolution de la fréquence des troubles psychologiques ou comportementaux, souhait de changer d'activités, apparition de nouvelles fragilités...) contribue à actualiser les projets personnalisés en adaptant les différentes dimensions de l'accompagnement.

Les items investigués concernent les modalités organisationnelles et autres facteurs pouvant avoir un impact sur l'évolution d'un projet personnalisé pour une personne accueillie dans l'établissement (2).

Suivi du projet

Actions d'amélioration

La mise en œuvre du plan d'actions d'amélioration sera détaillée ci-dessous, avec pour chaque action décidée :

- la nomination d'un responsable ;
- les résultats attendus ;
- les professionnels concernés et les modalités d'information ;
- le calendrier prévisionnel de la mise en œuvre.

Mesures de suivi

Après mise en œuvre du plan d'actions, il est nécessaire de réévaluer le processus afin de s'assurer de l'efficacité et de la pérennité de ces actions.

Cette mesure peut se faire par un nouveau recueil (dans les 6 à 12 mois suivant la première mesure), ou par la mesure d'indicateurs valides et fiables, choisis en fonction des résultats de la première mesure et suivis régulièrement (rôle du dossier patient informatisé).

Élaboration du plan de communication interne

Communication a posteriori des résultats aux différentes instances de l'établissement (voire aux différentes phases de l'avancement du projet).

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES - AUTO-ÉVALUATION

Établissement :

Secteur :

I. Respect de l'intimité, la dignité et la confidentialité

1. Je respecte l'intimité des patients/résidents dans toutes les situations Oui Non NA
2. Je respecte la dignité des patients/résidents dans toutes les situations Oui Non NA
3. Je favorise l'estime de soi des patients/résidents à travers leur habillement et leurs habitudes de vie Oui Non NA
4. Je respecte la confidentialité des informations concernant les patients/résidents dans toutes les situations Oui Non NA
5. Pendant la toilette des patients/résidents je respecte l'intimité et la dignité Oui Non NA

II. Prise en charge de la douleur

6. Je prends en compte la douleur dans toutes les situations Oui Non NA
7. Je note toujours l'absence de douleur Oui Non NA

III. Le confort du patient/résident

8. J'évite le bruit/la lumière la nuit Oui Non NA
9. J'évite ou je bloque toute discussion médicale entre professionnels au lit du patient Oui Non NA

IV. La fin de vie

10. Je veille au recueil des directives anticipées Oui Non NA
11. Je veille au recueil de la personne de confiance Oui Non NA
12. J'accompagne le patient/résident en fin de vie et veille à son confort Oui Non NA

V. La communication

13. Chaque jour j'identifie les besoins et capacités de chacun (afin de lui apporter une réponse adaptée) Oui Non NA
14. Je suis attentif à la communication verbale et non verbale Oui Non NA

VI. Le respect de l'autonomie

15. Je favorise les déplacements, rythmes des patients/résidents Oui Non NA
16. Je prends en compte les goûts, les habitudes et les capacités des patients/résidents pour la restauration Oui Non NA
17. J'identifie les moments de détresse des patients/résidents Oui Non NA
18. Je favorise l'autonomie des patients/résidents (privilégie le « faire faire » plutôt que « faire à la place de » Oui Non NA

VII. Le respect de la personne

19. Je reconnais la personne affaiblie comme un adulte à part entière avec son vécu et son histoire de vie propre Oui Non NA
20. La bientraitance fait l'objet de recommandations de ma part aux nouveaux arrivants Oui Non NA
21. Lors de mon entretien annuel d'évaluation, la bientraitance fait l'objet d'un échange Oui Non NA

VIII. Organisation des services

22. Il existe des affiches, documents sur la bientraitance dans mon service Oui Non NA
23. Dans mon service, la pause des personnels dans mon service est organisée à tour de rôle Oui Non NA
24. Dans mon service, les délais d'attente aux sonnettes sont évalués Oui Non NA
25. Dans mon service, les horaires de visite sont libres Oui Non NA

Avez-vous des suggestions pour améliorer les pratiques dans votre service ?

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE INSTITUTIONNEL - PARTIE 1

Établissement :

Secteur :

Selon vous les éléments suivants sont-ils collectés lors de L'ÉVALUATION INITIALE

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Les attentes de la personne				
Les attentes de l'entourage				
Une évaluation des risques et des fragilités				
Les besoins de soins				
Les habitudes, les centres d'intérêt et les potentialités				
En secteur MÉDICO-SOCIAL, pour combien de résidents existe-t-il :				
Une visite préalable de l'établissement ?				
Un recueil de leur accord sur leur entrée dans l'établissement ?				
Un temps d'observation pour définir un projet personnalisé ?				

PROJET PERSONNALISÉ	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Un projet personnalisé est élaboré en équipe avec la personne accueillie				
Un projet personnalisé est élaboré en équipe avec l'entourage de la personne accueillie				
... incluant un projet spécifique pour la nuit ?				
... incluant une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique et de l'accessibilité pour soutenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles de la personne ?				
Un partage formalisé des informations relatives au patient/ résident entre professionnels est-il disponible ?				
Une coordination des professionnels dans la mise en œuvre du projet est-elle formalisée ?				
Une évaluation de l'impact du projet et de l'appréciation de la personne est-elle formalisée ?				

Le projet est-il réévalué ?	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
En cas de modification d'humeur ou de comportement				
En cas de modification de l'état de santé				
En cas de modification des capacités				
À la demande de la personne				
À la demande de l'entourage				
Les professionnels notent-ils tout élément qui semble contribuer au bien être ou pour lequel est constatée une amélioration				
Les facteurs susceptibles de majorer les troubles psychologiques ou comportementaux sont-ils explorés en équipe ?				
Une actualisation régulière du projet personnalisé est-elle formalisée ?				

QUESTIONNAIRE INSTITUTIONNEL - PARTIE 2

Établissement :

Secteur :

	Oui	Non	NA
1. La promotion de la bientraitance figure dans :			
Le projet d'établissement			
Les PV du conseil de surveillance			
Les comptes rendus de CME			
Les comptes rendus de la CSIRMT			
Les comptes rendus du comité d'éthique			
Les comptes rendus de la CRUQPC du CVS			
2. La bientraitance fait l'objet d'une promotion interne			
3. Il existe une charte de la bientraitance			
4. La bientraitance est discutée en réunions pluridisciplinaires			
5. La bientraitance fait l'objet d'une évaluation des pratiques			
6. L'établissement a formalisé une réflexion sur le respect de l'intimité/dignité des patients/résidents			
7. L'établissement s'assure du respect de l'intimité/dignité des patients/résidents			
8. L'établissement évalue le respect de l'intimité/dignité des usagers			
9. L'établissement communique sur le respect de l'intimité/dignité des usagers			
10. L'établissement informe (forme) les nouveaux arrivants sur le respect de la bientraitance			
11. L'établissement a inscrit la bientraitance dans les entretiens annuels d'évaluation			
12. L'établissement a inscrit la bientraitance dans son plan de formation			
13. Les horaires de consultation sont accessibles par tous			
14. Les temps d'attente aux urgences font l'objet d'une évaluation			
15. Les temps d'attente au bloc opératoire font l'objet d'une évaluation			

**UNE RÉPONSE « NA » (Non Adapté) N'EST POSSIBLE
QUE SI VOUS N'ÊTES PAS PERSONNELLEMENT IMPLIQUÉ(E) :**
ex. hôtesse d'accueil par l'intimité.

Commentaires :

L'objectif est de poser un diagnostic initial sur mon attitude permanente eu égard à la bientraitance.

Je me dois de répondre au plus près de mes pratiques, au plus près de la réalité, pour permettre un « diagnostic » bientraitance dans mon service.

Ce questionnaire est anonyme aussi je reste seul(e) maître de mes réponses.

Par contre, je cherche à améliorer mes pratiques et les pratiques du service ; je me dois donc de répondre par respect pour nos patients ou résidents.

Questions 1 et 2 : je respecte l'intimité, la dignité des patients/résidents dans toutes les situations.

Dans l'ensemble des situations de la vie quotidienne, soins, toilettes... je respecte l'intimité, la dignité du patient. Est-ce que je peux me donner des exemples par rapport à mes dernières attitudes ? : est-ce que je suis certain(e) de traiter TOUJOURS le patient (résident) comme je souhaiterais être traité(e) ?

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 3 : je favorise l'estime de soi des patients/résidents à travers leur habillement et leurs habitudes de vie.

Est-ce que je suis certain(e) de traiter TOUJOURS le patient (résident) comme je souhaiterais être traité(e), de favoriser l'estime de lui-même en attachant un soin particulier renouvelé chaque jour dans le souci de son apparence ?

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 4 : je respecte la confidentialité des informations concernant les patients/résidents dans toutes les situations.

Est-ce que je suis certain(e) de respecter TOUJOURS le patient (résident) comme je souhaiterais être respecté(e), de favoriser la discrétion ? Est-ce que je n'appelle pas mes collègues dans les couloirs en disant Mme XX a encore souillé, a sali, a fait... ?

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 5 : pendant la toilette des patients/résidents, je respecte l'intimité et la dignité.

Lors de la toilette des patients (résidents) je m'assure que la porte est fermée, j'allume la présence, je respecte leur table de nuit comme un meuble personnel et n'y dépose aucune affaire de toilette. Enfin je suis attentif à couvrir le corps du résident et à ne pas le laisser nu. Si je l'accompagne sous la douche je le laisse seul autant que possible même si cela me fait perdre un peu de temps.

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 6 : je prends en compte la douleur dans toutes les situations.

Je suis attentif(ve) à toutes les situations de douleurs possibles ; lors des soins, des toilettes, des actes de la vie quotidienne ; mais aussi lors de changement de comportement de telle ou telle personne je m'interroge sur une possible douleur PHYSIQUE OU MORALE.

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 7 : je note toujours l'absence de douleur.

Lorsque j'identifie une absence de douleur, lorsque je mesure une douleur et que le résultat est négatif (pas de douleur) je vais TOUJOURS le noter.

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 8 : j'évite le bruit/la lumière la nuit.

La nuit lors du « tour » je veille à ne pas allumer de lumière, à ne pas éclairer les yeux des résidents endormis. La nuit et le jour je fais attention à ne marcher qu'avec des chaussures discrètes en particulier lors des horaires de repos des pensionnaires. Le matin le patient/résident n'est pas réveillé tôt par des examens biologiques.

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 9 : je n'engage pas de discussion médicale au lit du patient/résident.

JAMAIS une discussion sur l'état de santé d'un résident ne se déroule au lit du patient. Jamais je ne pose de questions médicales au lit du patient, je ne prononce jamais certains termes qui pourraient être anxiogènes.

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 10 : je veille au recueil des directives anticipées.

Je veille personnellement à ce que les directives anticipées soient colligées lorsqu'elles sont exprimées, ou je pose la question en réunion de synthèse.

Une réponse OUI appelle une réponse favorable pour les dernières admissions ou aggravations de situations. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 11 : je veille au recueil de la personne de confiance.

Je veille personnellement à ce que les personnes de confiance soient colligées ou je pose la question en réunion de synthèse.

Une réponse OUI appelle une réponse favorable pour les dernières admissions ou aggravations de situations. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 12 : j'accompagne le patient/résident en fin de vie et veille à son confort.

Lorsqu'une personne est en fin de vie je suis attentif, même si elle est inconsciente, à l'installer confortablement, à l'hydrater. Je l'accompagne au maximum, quitte à réorganiser mon travail. Il s'agit d'une réflexion d'équipe que nous gérons, partageons et qui dans tous les cas nous permet de faire face (je sais soulager un(e) collègue d'une partie de son travail pour lui permettre d'être plus présent(e) lors d'une fin de vie).

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs, que des réponses favorables. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 13 : chaque jour j'identifie les besoins et capacités de chacun (afin de lui apporter une réponse adaptée).

Quotidiennement JE MÈNE une réflexion sur les capacités de chacun et j'identifie leurs modifications.

Une réponse OUI uniquement en cas de réflexion quotidienne RÉELLE et PERSONNELLE. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 14 : je suis attentif à la communication verbale et non verbale.

Je suis à l'écoute des patients/résidents. La communication est pour moi l'occasion quotidienne d'identifier des besoins et de communiquer. En cas de non-communication verbale, je m'attache à identifier des signes de communication NON verbale.

Une réponse OUI uniquement en cas de recherche régulière, quotidienne et RÉELLE de communication (souci d'utiliser la communication verbale ou non verbale comme « outil » participant au bien-être des pensionnaires). Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 15 : je favorise les déplacements, rythmes des patients/résidents.

Lors d'une demande de résident pour se promener, aller « dehors » ou autre je suis disponible. Je favorise la marche comme vecteur d'autonomie plutôt que de privilégier le fauteuil roulant plus rapide.

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 16 : je prends en compte les goûts, les habitudes et les capacités du patient/résident pour la restauration.

Les habitudes alimentaires, les goûts sont pris en compte. En cas de refus alimentaire je m'arrange pour proposer une solution alternative.

Une réponse OUI uniquement en cas de recherche régulière. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 17 : j'identifie les moments de détresse des patients/résidents.

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 18 : je favorise l'autonomie des patients/résidents (privilégie le « faire faire » plutôt que « faire à la place de »).

Je favorise la marche comme vecteur d'autonomie plutôt que de privilégier le fauteuil roulant plus rapide. Je laisse le résident faire sa toilette plutôt que de lui faire... À CHAQUE FOIS QUE POSSIBLE je favorise l'autonomie du geste plutôt que de faire à la place de...

Une réponse OUI n'appelle que des souvenirs positifs. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 19 : je reconnais la personne affaiblie comme un adulte à part entière avec son vécu et son histoire de vie propre.

J'ai identifié la personne âgée comme un adulte, et non comme un enfant, dans ma relation, dans mon langage, dans mon comportement.

Une réponse OUI appelle que des souvenirs positifs. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 20 : la bientraitance fait l'objet de recommandations de ma part aux nouveaux arrivants.

Lorsque de nouveaux arrivants sont accueillis JE PARLE PERSONNELLEMENT DE BIENTRAITANCE.

Une réponse OUI uniquement en cas de conversation PERSONNELLE avec les nouveaux arrivants ayant pour sujet la bientraitance. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 21 : lors de mon entretien annuel d'évaluation, la bientraitance fait l'objet d'un échange.

Lors de l'entretien annuel d'évaluation, JE PARLE PERSONNELLEMENT DE BIENTRAITANCE, des objectifs bientraitance me sont fixés.

Une réponse OUI uniquement en cas de conversation PERSONNELLE, ou d'objectifs PERSONNELS ayant

pour sujet la bientraitance lors de l'entretien. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 22 : il existe des affiches, documents sur la bientraitance dans mon service.

Seules les affiches « bientraitance » sont prises en compte. Toute charte de la personne âgée, des patients hospitalisés, appelle la réponse non.

Une réponse OUI s'il existe des affiches. Toute situation de doute appelle une réponse NON. Toute charte de la personne âgée, des patients hospitalisés, appelle la réponse NON.

Question 23 : dans mon service, la pause des personnels est organisée à tour de rôle.

La pause est organisée de manière qu'un(e) soignant(e) soit toujours disponible, le temps de réponse aux sonnettes n'est pas allongé du fait de la pause.

Une réponse OUI est justifiée par une RÉELLE organisation des temps de pause. Toute situation de doute appelle une réponse NON.

Question 24 : dans mon service, les délais d'attente aux sonnettes sont évalués.

Régulièrement, et à périodicité définie, nous évaluons les temps d'attente aux sonnettes.

Une réponse OUI est requise si la mesure est effectuée RÉGULIÈREMENT ET À PÉRIODICITÉ DÉFINIE. Toute autre situation appelle une réponse NON.

Question 25 : dans mon service, les horaires de visite sont libres.

Les horaires sont proposés pour faciliter le déroulement d'une journée MAIS LES VISITES sont admises tout au long de la journée.

Une réponse OUI n'est possible que dans ce cas : visites admises toute la journée. De plus je facilite toute visite : plutôt que d'empêcher une visite je m'organise en fonction de.... Toute situation contraire appelle une réponse NON.

STRUCTURES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES
Évaluation initiale (items selon le questionnaire de l'ANESM).
JAMAIS, PARFOIS, SOUVENT, TOUJOURS.
Une estimation OBJECTIVE est demandée dans tous les cas.

Selon vous, les éléments suivants sont-ils collectés lors de l'évaluation initiale ?

L'élaboration du projet personnalisé nécessite, en amont, l'évaluation des besoins et attentes de la personne. La distinction faite dans ce questionnaire entre recueil initial formalisé de l'ensemble des éléments et élaboration du projet personnalisé souligne la place primordiale de cette étape d'évaluation des besoins et attentes au développement d'un projet personnalisé de qualité. Cette question permet également d'évaluer la disponibilité de ces informations, leur degré de documentation et d'accessibilité. Si elles ne sont pas disponibles, c'est l'occasion d'engager une réflexion sur la manière d'organiser leur recueil au sein de l'équipe.

Les attentes de la personne

Définir une appréciation de fréquence par rapport aux habitudes de la personne (patient/résident) disponibles dans les dossiers : JAMAIS, PARFOIS, SOUVENT, TOUJOURS. Une estimation OBJECTIVE est demandée dans tous les cas.

Existe-t-il un recueil formalisé et documenté des désirs, souhaits... de la personne ? Lorsque la personne accueillie présente des difficultés de communication, des temps d'observation sont-ils mis en place pour évaluer les éléments favorisant le bien-être (ex. rythmes, activités, etc.) ?

EN MCO se référer à la consultation préalable à l'hospitalisation qui a généré dans le dossier la traçabilité des attentes de la personne.

Si les attentes ne sont pas retrouvées dans les dossiers : répondre JAMAIS.

Les attentes de l'entourage

Définir une appréciation de fréquence par rapport aux habitudes de l'établissement et par rapport au

nombre de « rapports d'observation comportant en toutes lettres les attentes de l'entourage » disponibles dans les dossiers : JAMAIS, PARFOIS, SOUVENT, TOUJOURS. Une estimation OBJECTIVE est demandée dans tous les cas.

Existe-t-il un recueil formalisé et documenté des désirs, souhaits... de l'entourage de la personne (famille, amis, etc.) ?

Une évaluation des risques et des fragilités

Définir une appréciation de fréquence par rapport aux habitudes de l'établissement et par rapport au nombre de « recueils de risques et fragilités ou bénéfico-risques » disponibles dans les dossiers : JAMAIS, PARFOIS, SOUVENT, TOUJOURS. Une estimation OBJECTIVE est demandée dans tous les cas.

- risques et éléments de fragilité spécifiques au profil de la population accueillie ;
- risques : chutes, iatrogénie, dénutrition, déshydratation, escarres, douleur, infection, fugue, suicide, complications spécifiques ;
- éléments de fragilité : troubles cognitifs, isolement social, fin de vie ;
- les risques et fragilités (bénéfico-risques) sont-ils identifiés individuellement et écrits ?

Les besoins de soins

Définir une appréciation de fréquence par rapport aux habitudes de l'établissement et par rapport au nombre de « besoins de soins » disponibles dans les dossiers : JAMAIS, PARFOIS, SOUVENT, TOUJOURS. Une estimation OBJECTIVE est demandée dans tous les cas.

Existe-t-il un recueil de l'ensemble des soins qui devront lui être fournis (incluant les facteurs de risque et les fragilités,

les bénéfices-risques des soins) au sein de l'établissement. Il est important de préciser si le CONSENTEMENT/ REFUS des SOINS est régulièrement colligé dans les dossiers des patients/résidents.

Les habitudes, les centres d'intérêt et les potentialités

Définir une appréciation de fréquence par rapport aux habitudes de l'établissement et par rapport au nombre de « recueils des habitudes, centres d'intérêt et potentialités des personnes admises » disponibles dans les dossiers : JAMAIS, PARFOIS, SOUVENT, TOUJOURS. Une estimation OBJECTIVE est demandée dans tous les cas.

Existe-t-il un recueil initial formalisé de l'ensemble des éléments permettant une proposition de projet de soins/vie personnalisé ? Ce recueil inclut-il une évaluation des potentialités, c'est-à-dire des ressources, des capacités mobilisables de la personne accueillie (y compris pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée) ? Ce recueil comprend-il des données sur l'histoire de soins/vie de la personne ? Comprend-il : les habitudes, les goûts, les centres d'intérêt, les croyances, la vie affective, l'environnement familial et socio culturel de la personne ?

STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

Pour combien de nouveaux résidents existe-t-il : JAMAIS, PARFOIS, SOUVENT, TOUJOURS. Une estimation OBJECTIVE est demandée dans tous les cas.

L'objectif est de poser un diagnostic initial sur l'organisation et l'accueil initial des nouveaux résidents. La question est centrée **sur le patient/résident**, et non sur sa famille ou son entourage. Cette évaluation initiale conditionne fortement l'effectivité d'un déploiement de la bientraitance au sein de l'établissement et l'adhésion de la personne à son futur projet personnalisé.

Une visite préalable de l'établissement ?

La personne a-t-elle pu visiter l'établissement avant le jour de son entrée ?

Un recueil sur l'entrée dans l'établissement ?

La personne a-t-elle consenti à venir vivre dans l'établissement ?

Pour les personnes qui ne sont pas en mesure de consentir explicitement, l'équipe prend-elle le temps d'évaluer le degré d'accord de la personne à sa nouvelle situation ?

Le fait qu'une personne ne soit pas d'accord avec son entrée dans l'établissement est-il bien pris en compte par l'équipe ?

Un mode de relation d'aide est-il développé de manière collective en conséquence ?

Un temps d'observation pour définir un projet personnalisé ?

Existe-t-il un temps d'observation suffisant (selon l'équipe) pour mieux connaître la personne et ainsi lui proposer un véritable projet personnalisé, donnant lieu à une discussion d'équipe et avec la personne elle-même ?

STRUCTURES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES

Mise en œuvre du projet personnalisé

Un projet personnalisé est élaboré en équipe avec la personne accueillie.

Le projet PERSONNALISÉ est TOUJOURS élaboré en équipe avec la personne accueillie s'il figure dans l'ensemble des dossiers. En l'absence de projet personnalisé la réponse est JAMAIS.

La majorité de projets personnalisés présents dans les dossiers appelle la réponse SOUVENT, la minorité la réponse PARFOIS.

L'élaboration du projet personnalisé se base-t-elle sur l'ensemble des évaluations faites et du recueil d'informations (besoins de soins, évaluation des potentialités, histoire et habitudes de vie, centres d'intérêt, etc.) ?

Le projet personnalisé intègre-t-il les différentes dimensions de l'accompagnement (soins, maintien de l'autonomie, qualité de vie, activité...) ?

Fait-il donc l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire en associant toutes les compétences professionnelles des intervenants (médecin, soignants, psychologue, animateur...) ? Comment l'expression et la participation de la personne lors de la phase de construction du projet personnalisé sont-elles recherchées ?

En cas de difficultés de communication, les modalités peuvent s'appuyer sur des phases d'observation.

L'établissement s'assure-t-il de l'adhésion de la personne accueillie ?

Un projet personnalisé est élaboré en équipe avec l'entourage de la personne accueillie.

Le projet PERSONNALISÉ (chaque fois que nécessaire) est TOUJOURS élaboré de manière participative et il figure dans l'ensemble des dossiers. Dans le cas contraire JAMAIS. La majorité de projets personnalisés présents dans les dossiers appelle la réponse SOUVENT, la minorité la réponse PARFOIS.

La participation de l'entourage à l'élaboration du projet personnalisé ne remplace pas celle de la personne accueillie ; cependant l'entourage peut offrir des éléments permettant l'élaboration du projet, être partie intégrante de sa mise en œuvre. Quelle place est donnée à l'entourage dans l'élaboration du projet ? Lors de sa mise en œuvre ? Le projet personnalisé précise-t-il la place de l'entourage ?

... incluant un projet spécifique pour la nuit ?

Le projet PERSONNALISÉ est TOUJOURS inclus ET il figure dans l'ensemble des dossiers. Dans le cas contraire JAMAIS. La majorité des projets personnalisés incluant le projet de nuit, présents dans les dossiers, appelle la réponse SOUVENT la minorité la réponse PARFOIS.

Selon les besoins et attentes de la personne, le projet personnalisé intègre-t-il des modalités d'accompagnement spécifique à la nuit ? (ex. possibilité de libre circulation, de collation nocturne, d'activités individuelles...) Quelle organisation est alors mise en place pour la mise en œuvre ? (ex. un espace d'accueil et d'activités pour la nuit existe-t-il ? Quels intervenants ?)

... incluant une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique et de l'accessibilité pour soutenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles de la personne.

Le projet PERSONNALISÉ inclut TOUJOURS une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique et de l'accessibilité pour soutenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles de la personne ET il figure dans l'ensemble des dossiers : répondre TOUJOURS. Dans le cas contraire JAMAIS. La majorité de projets personnalisés complets présents dans les dossiers appelle la réponse SOUVENT, la minorité la réponse PARFOIS.

Dans quelle mesure l'organisation du travail permet-elle de s'adapter aux rythmes des patients/résidents ? (ex. laisser la personne dormir jusqu'à midi et faire la toilette l'après-midi...). Le projet personnalisé fait-il des propositions spécifiques concernant l'adaptation de l'environnement physique aux capacités et aux besoins de la personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ?

Par exemple : repérage des besoins d'orientation individuels pour des personnes désorientées, mise en place et évaluation d'aides personnelles à l'orientation, évaluation de l'accessibilité des espaces extérieurs.

Un partage formalisé des informations relatives aux patients/résidents entre professionnels est-il disponible ?

Une réponse TOUJOURS implique que l'ensemble des professionnels a connaissance de l'information et la partage. L'organisation de la DIFFUSION de l'information est en place.

Une réponse JAMAIS si l'ensemble des professionnels n'a pas connaissance de l'information et ne la partage donc pas. L'organisation de la COORDINATION n'est pas en place.

Pour une information non coordonnée, des projets non connus de tous : la réponse sera JAMAIS.

PARFOIS ET SOUVENT si information partagée et partiellement connue pour la minorité ou la majorité des patients.

Quelles sont les informations à documenter pour permettre la mise en œuvre du projet personnalisé dans toutes ses dimensions (projet de soins, habitudes de vie – goûts, rythme, activités personnelles et collectives) et l'articulation et la coordination des interventions ?

Existe-t-il un support d'information commun aux différents intervenants (soignants et non soignants) permettant la mise en œuvre du projet personnalisé et la prise en compte des facteurs de risque de chaque résident ? Ce support est-il adapté à l'organisation de l'établissement ? Cette documentation est-elle accessible à tout moment aux professionnels selon leur niveau d'intervention ?

Existe-t-il une organisation permettant l'échange des informations entre professionnels ? Par exemple : un temps de transmission régulier et suffisant, impliquant tous les professionnels concernés est-il assuré ?

Une coordination des professionnels dans la mise en œuvre du projet est-elle formalisée ?

Une réponse TOUJOURS implique que l'ensemble des professionnels a connaissance des projets et peut les décliner. L'organisation de la COORDINATION est en place.

Une réponse JAMAIS si l'ensemble des professionnels n'a pas connaissance des projets et ne peut les décliner. L'organisation de la COORDINATION n'est pas en place.

Pour une organisation non coordonnée, non définie mais des projets « travaillés » en équipe et connus de tous, la réponse sera SOUVENT.

Pour une organisation non coordonnée, non définie mais des projets « travaillés » en équipe et connus de certains, la réponse sera PARFOIS.

Pour une organisation coordonnée, définie mais des projets non « travaillés » en équipe et connus de tous, la réponse sera PARFOIS.

L'ensemble des professionnels intervenants a-t-il connaissance du projet pour pouvoir le décliner de façon coordonnée ? Comment cela est-il intégré au niveau de l'organisation de l'établissement, du travail, des différentes interventions ?

Une évaluation de l'impact du projet et de l'appréciation de la personne est-elle formalisée ?

Seule une mesure d'impact pour l'ensemble des résidents/patients, avec une procédure institutionnelle, pourra appeler la réponse TOUJOURS. Des modalités de mesure d'impact non instituées, non définies appellent la réponse JAMAIS.

La formalisation de l'impact de la majorité des projets appelle la réponse SOUVENT, celle de la minorité appelle la réponse PARFOIS.

Existe-t-il une évaluation des effets du projet par la personne elle-même afin de juger de sa pertinence ? Cette procédure est-elle instituée ? En cas de troubles de la communication, cette évaluation s'appuie-t-elle sur des phases d'observation de la personne pour évaluer cet impact ?

Le projet est-il réévalué ?

Un projet personnalisé peut devenir inadapté en raison d'une modification de l'état de la personne, de ses besoins, de ses demandes (modification de l'humeur et du comportement, de l'état de santé, des capacités, à la demande de la personne, et/ou de l'entourage).

L'objectif est d'évaluer sur quels éléments l'équipe se base pour envisager une adaptation du projet personnalisé.

Une réponse TOUJOURS implique que les éléments qui entraînent une modification du projet soient définis, que la liste en soit accessible à l'ensemble des professionnels susceptibles de solliciter une modification du projet et que la modification soit réalisée pour l'ensemble des projets en cours.

Si les éléments ne sont pas définis clairement la réponse ne peut être que JAMAIS.

La réévaluation de la majorité des projets appelle la réponse SOUVENT, celle de la minorité appelle la réponse PARFOIS.

L'adaptation suppose au préalable de s'interroger sur le motif de la modification. Cela peut être lié à une évolution de l'état de santé mais cela peut également avoir pour origine une modification environnementale ou familiale (par exemple, décès...).

Les professionnels notent-ils tout élément qui semble contribuer au bien-être ou pour lequel est constatée une amélioration ?

Une réponse TOUJOURS implique que ces éléments soient COLLIGÉS pour l'ensemble des patients et qu'il soit possible pour tout acteur de soins occasionnel (remplaçant) intérimaire de les lire.

Si ces éléments ne sont pas colligés la réponse ne peut être que JAMAIS.

La formalisation des éléments pour la majorité des patients/résidents appelle la réponse SOUVENT, celle pour la minorité appelle la réponse PARFOIS.

L'objectif est d'interroger sur les données individuelles qui sont documentées dans le dossier de la personne, et notamment les données qui permettent aux professionnels de noter une évolution positive dans la situation de la personne et de sa qualité de vie. Cela suppose un recueil de toute observation permettant d'ajuster le projet personnalisé, notamment sur les capacités fonctionnelles, les réactions positives, les éléments facilitant la communication avec la personne accueillie.

Par ailleurs, ces observations sont-elles accessibles aux professionnels selon leur niveau d'intervention ? Existe-t-il un support d'information commun à l'ensemble des intervenants (soignants et non-soignants) permettant la mise en œuvre du projet personnalisé et la prise en compte des facteurs de risque potentiels ?

Les facteurs susceptibles de majorer les troubles psychologiques ou comportementaux sont-ils explorés en équipe ?

Une réponse TOUJOURS implique que les troubles soient COLLIGÉS et qu'il soit possible pour tout acteur de soins occasionnel (remplaçant) intérimaire de les lire.

Si ces éléments ne sont pas colligés la réponse ne peut être que JAMAIS.

La formalisation des troubles dans la majorité des projets appelle la réponse SOUVENT, celle dans la minorité appelle la réponse PARFOIS.

Il s'agit de préciser quelle exploration des facteurs déclenchant ou majorants est faite par l'équipe, concernant les personnes accueillies présentant des troubles psychologiques ou comportementaux comme l'agressivité, l'agitation, les délires ou hallucinations, mais aussi pour l'apathie, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil.

Une actualisation régulière du projet personnalisé est-elle formalisée ?

Une réponse TOUJOURS implique que la fréquence et les modalités de réévaluation soient DÉFINIES ET CONNUES DES ACTEURS DU SOIN, que l'actualisation en soit colligée pour l'ensemble des projets.

EN l'absence d'éléments définis (fréquence et modalités) la réponse sera JAMAIS.

La majorité des projets réactualisés avec modalités et fréquence définies appelle la réponse SOUVENT ; la minorité avec modalités et fréquence définies appelle la réponse PARFOIS.

La réévaluation des besoins et attentes (amélioration ou dégradation des capacités, fréquence des troubles psychologiques ou comportementaux, souhait de changer d'activités, apparition de nouvelles fragilités...) contribue à actualiser le projet personnalisé en adaptant les différentes dimensions de l'accompagnement.

Comment et à quelle fréquence le projet personnalisé est-il mis à jour ? L'actualisation se fait-elle dès que la situation l'exige (question suivante) ? Ou au moins tous les mois ?

Répondre OUI ou NON ou NA (Non Adapté) en fonction des pratiques de l'établissement.

Question 13 : les horaires de consultation sont accessibles pour tous.

Il existe une réelle possibilité pour les patients de prendre un RV de consultation en dehors des horaires habituels de travail (soir, samedi). **Une réponse OUI n'est possible que dans ce cas.**

Question 14 : les temps d'attente aux urgences font l'objet d'une évaluation.

Une mesure du temps d'attente des patients / résidents avant d'être pris en charge aux urgences est régulièrement effectuée, à périodicité définie. Des informations sont délivrées au patient/résident lors de son attente ; un affichage des temps et motif d'attente est réalisé. **Une réponse OUI n'est possible que dans ce cas.**

Question 15 : les temps d'attente au bloc opératoire font l'objet d'une évaluation.

Une mesure du temps d'attente des patients avant d'être pris en charge au bloc opératoire est régulièrement effectuée, à périodicité définie. Des informations sont délivrées au patient lors de son attente. **Une réponse OUI n'est possible que dans ce cas.**

Recommandations de pratiques

1. Ministère du Travail, de la solidarité et de la Fonction publique Accueil > Aînés > Dossiers > Droits des personnes âgées www.travaillolidarite.gouv.fr/espaces.770/aines.776/dossiers.758/droits-des-personnes-agees.764/droits-des-personnes-agees-lois-et.5695.html.
2. Questionnaire d'autoévaluation des pratiques de bien-être en EHPAD. ANESM 2009.
3. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance. ANESM, décembre 2008.
4. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. ANESM, juillet 2008.
5. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Claire COMPAGNON et Véronique GHADI, 2009.
6. L'accompagnement médico-psycho-social des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. ANESM, février 2009.
7. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. ANESM, décembre 2008.
8. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. ANESM, juillet 2008.
9. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. ANESM, juillet 2008.
10. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. ANESM, novembre 2009.
11. Manuel de certification des établissements de santé. V2010, juin 2009.
12. Les dossiers de la Drass Aquitaine, juin 2006, n° 44, 89 p.

Revue de la littérature (non exhaustive)

- Plan solidarité - Grand âge. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 27 juin 2006.
- AFCHAIN J., juin 2007. « Un nouveau crédo, la bienveillance ». Direction(s), n° 42, p. 28.
- BECK H., BOIFFIN A. et l'équipe d'ALMA Paris, 4^e trimestre 2007, « Le phénomène de la maltraitance au travers de trois années d'écoute ». Gérontologie, n°144, pp. 36-48.

- BUSBY F., juin 2000, « La maltraitance et les personnes âgées ». Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 31, pp. 35-37
- BLONDET E. « L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance » - Mémoire de l'École des Hautes Études en santé publique – 2008.
- CABARROT P., 2007, « Évaluation des pratiques professionnelles : mode d'emploi ». RISQUES & QUALITE, volume IV, n° 2, pp. 71-73.
- CASTILLA C., avril 2003, « La maltraitance des personnes âgées ». L'infirmière magazine, n° 181, pp. 30-34.
- CETTOUR-BARON G., mars 2007. « Certification, management et valeurs professionnelles ». Gestions hospitalières, pp. 187-196.
- COMPAGNON C. et GHADI V. « La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé ». Étude sur la base de témoignages 2009.
- CORBET E., juin 2000. « Les concepts de violence et de maltraitance ». Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 31, pp. 20-25.
- CREOFF M., juin 2000. « Les maltraitements institutionnels ». Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 31, pp. 52-56.
- DANANCIER J., juin 2007. « Les collectivités territoriales ont un rôle capital à jouer ». Direction(s), n° 42, pp. 25-26.
- ENDROIT A., mai 2007. « Agir pour développer la bientraitance et lutter contre la maltraitance ». Bulletin juridique de la santé publique, n° 103, pp. 13-14
- LEBAS J., juin 2000. « Maltraitements et violences : le désarroi des acteurs de santé publique ». Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 31, p. 1.
- LEFEBVRE J., septembre-octobre 2006. « Gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles ». Techniques hospitalières, n° 699, pp. 29-45.
- LEPESQUEUX M., mai 2006. « Le cadre de santé, un acteur clé dans l'évaluation des pratiques professionnelles ». Soins cadres, n° 58, pp. 45-46.
- MACREZ P., juin-juillet 2007. « La maltraitance des personnes vulnérables ». L'aide-soignante, n° 88, pp. 12-13/
- M.A.M.A., 2004. « Des causes de la maltraitance involontaire ». [22/01/2008], disponible : a.mama.monsite.wanadoo.fr/page4.html.

- MANCIAUX M., juin 2000. « De la maltraitance à la bientraitance ». Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 31, pp. 63-65.
- MARTIN J.R., 4e trimestre 2000. « La personne âgée et la maltraitance en institution ». Soins cadres, n° 36, pp. 42-45.
- MARTIN J.R., septembre 2000. « Soins et maltraitance en institution gériatrique : Quels projets pour une meilleure qualité de vie ? ». Techniques Hospitalières, n° 649, pp. 79-82.
- MOUNIC V., mai 2005. « La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation ». Gestions hospitalières, pp. 325-327.
- PIRAUD-ROUET C., juin 2007. « Bientraitance, la positive attitude ». Direction(s), n° 42, pp. 22-24.
- PLANTET J., 22 février 2007. « Dossier : Être vieux et bien traité, une gageure ». Lien social, n° 829, pp. 8-16.
- SEBAG-LANOË R., juin/juillet 2004. « La violence en gériatrie ». Objectifs soins, n° 127, pp. 14-17.
- SIBONI S., février 2007. « Être vieux et bien traité, une gageure ? ». Lien social, n° 829, pp.11.
- TOURNEBISE Th., 2007. « Bientraitance envers les patients et les personnes âgées » [22/01/2008], disponible : www.maieusthesie.com/nouveautes/article/bientraitance.htm.

Centre de documentation du CESAP (Comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées). Maltraitance et bientraitance en institution pour personnes handicapées ou âgées. Sélection de documents et de ressources Internet.

Ouvrages, actes de colloque

- **Garantir la qualité de vie des personnes multi handicapées dans la communauté humaine** / Associations Amis de Karen et Notre-Dame de Joye - Paris : Les Amis de Karen [Actes de la journée de réflexion du 30 septembre 2005], 2006 - 74 pages.
Présentation de la journée : « Emprisonnés dans le carcan de l'immobilité, du silence, de la grande dépendance, les personnes multi handicapées se voient encore aujourd'hui trop souvent dénier leur appartenance à la communauté humaine, du moins certains droits et devoirs qui y sont attachés. L'objectif de cette journée est de débusquer ce risque récurrent d'une «humanité à deux vitesses», d'en comprendre les mécanismes, l'impact redoutable sur la personne, sa famille, les équipes profession-

nelles, et de mettre en lumière les divers moyens des établissements et de services capables de rendre accessible à tous une vie humaine de qualité ».

- **Silence on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées** / ouvrage collectif sous la direction d'Yves GINESTE – Editions ANIMAGINE, 2004 – 328 pages – ISBN 2-9520840-7-6.

Présentation de l'ouvrage : « Le silence institutionnel est LA Loi. Ceux qui parlent, prennent des risques, parfois sont même victimes de graves pressions, voire de sanctions administratives. Malgré cela, depuis des années, les auteurs de ce livre se battent pour que cessent les traitements indignes que vivent nos anciens en institution. À l'opposé de la maltraitance, des équipes de soin se sont attelées à développer de nouveaux concepts dédiés à la «bientraitance». Yves Gineste, le père du concept de bientraitance, a demandé à quatorze auteurs francophones de témoigner librement sur ce double sujet. Ce livre a été écrit par des professionnels issus de différents secteurs : infirmiers, gériatres, chefs de service, formateurs, qui exercent leurs activités en France, au Québec, ou en Suisse. Tous sont des spécialistes reconnus, engagés depuis longtemps dans la lutte contre la maltraitance, à l'image du Professeur HUGONOT, mondialement entendu dans son combat ».

[Source : site de CEC formation www.cec-formation.net/, consulté le : 14/06/2006].

- **Oui, ce sont des hommes et des femmes : accompagnement et soin de l'adulte handicapé mental très dépendant** / ouvrage collectif Paris : L'Harmattan, septembre 2003 – 281 pages - ISBN : 2-7475-3019-1.

4^e de couverture : « Pour toute personne, parent ou professionnel, appelée à accompagner une personne handicapée très dépendante, cet ouvrage apporte témoignages, réflexions et propositions. Intégration ? Vie privée et intimité ? Soins ? Articulation du sanitaire et du social ? Formation du personnel et cadre de son intervention ? Ce livre interroge les pratiques, mais aussi les conditions nécessaires pour assurer le respect de la personne humaine, quel que soit son handicap. Les propositions fortes énoncées par les auteurs pourront alimenter des initiatives professionnelles et personnelles dans le champ social et sanitaire. »

- **Maltraitements institutionnelles : accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter** / ouvrage collectif sous la direction de Marceline GABEL, Frédéric JESU, Michel MANCIAUX – Paris : éditions Fleurus, 1998 – 305 pages – ISBN 2-21504262-1.

- **Aimer mal, châtier bien : enquêtes sur les violences dans des institutions pour enfants et adolescents** / Stanislas TOMKIEWICZ, Pascal VIVET – Paris : éditions du Seuil, 1991 – 303 pages – ISBN 2.02.012788.1.

Résumé CESAP Doc. : Stanislas TOMKIEWICZ et Pascal VIVET ont été les premiers en France à s'intéresser à la question des violences exercées en institution. Dans cet ouvrage collectif, ils nous livrent le cheminement des enquêtes menées par les auteurs sur cette question dix années durant : témoignages, réflexions et révoltes. Ce long travail a permis de cerner la notion de violence en institution et de proposer des moyens d'action concrets. Extrait de l'ouvrage disponible sur le site de l'association Pro Aid Autisme : www.proaidautisme.org/articles/tomkiewicz_1998.htm, consulté le 14 juin 2006.

Articles, pages web

- **[Dossier] Rester motivé(e) en MAS** / Katia ROUFF
Source : Lien social, n° 768, 6 octobre 2005, pages 8-17.
Résumé CESAP Doc. : Constitué de quatre articles, ce dossier retrace brièvement l'histoire des MAS et les évolutions dans la prise en charge des personnes lourdement handicapées, présente le travail d'équipe mis en œuvre dans une MAS à Bois-Colombes, et propose le témoignage d'un chef de service éducatif en MAS. Une interview de Philippe Chavaroché abordant la difficulté du travail dans ces institutions et les risques de maltraitance complète ce dossier.
- **[Dossier] La maltraitance** Source : Gérontologie et société [publication de la Fondation Nationale de Gérontologie], n° 92, mars 2000. Résumé CESAP Doc : Ce numéro reprend en partie les contributions de plusieurs personnalités à un colloque organisé en février 2000 par l'association ALMA France (Allô Maltraitance des personnes âgées) sur la question de la maltraitance des personnes âgées dans les institutions. Le dossier, qui comporte 14 articles de fond et une bibliographie, s'organise autour des thèmes suivants : Appréhender le phénomène, Lieux et acteurs, Naissance de la maltraitance.
- **J'aimerais que l'on évalue ensemble mes besoins pour améliorer mon quotidien. Une démarche centrée sur les personnes polyhandicapées** / Jean-Marc CHAUVIE, Monica PEDRAZZI, Verena PEQUIGNOT, Martine GAGNEBIN, André BAECHLER Source : revue ASPECTS [publiée par le Secrétariat suisse de pédagogie curative et spécialisée], n° 68, 1997.

Résumé CESAP Doc : Cette brochure est le fruit d'un travail collectif mené par le Groupe Romand sur le Polyhandicap Profond (Suisse) associant parents, professionnels et scientifique de différents pays. La première contribution est le compte-rendu des réunions et réflexions autour du thème de « l'évaluation des besoins des personnes polyhandicapées dans une perspective écologique ». La troisième contribution fait part des expériences menées au sein d'une institution romande autour de la question du bien être des personnes polyhandicapées.

- **Quelques réflexions pour une éthique au quotidien dans les établissements pour enfants et adultes polyhandicapés présentant des troubles majeurs du comportement** / Dr Finn-Alain SVENDSEN. Source : Les troubles de la personnalité et du comportement chez la personne polyhandicapée (enfant, adolescent, adulte) [acte de séminaire] – Paris : CESAP Formation, 1996 – p. 141-154.
- **Dossier] Maltraitance : instaurer la vigilance.** Source: site internet Âge village : www.agevillage.com/Article/index.jsp?ARTICLE_ID=1882&RUBRIQUE_ID=109&keywords=maltraitance, consulté le 14 juin 2006.
Résumé CESAP Doc. : Après avoir rappelé le caractère récent des études et réflexions sur la question de la maltraitance des personnes âgées, le dossier définit les différentes formes de maltraitance, décrit les facteurs de risque et le profil de ceux qui maltraitent. Le dossier aborde ensuite la question du signalement de l'acte de maltraitance, des acteurs à saisir et de la suite judiciaire d'un acte de maltraitance.
- **Viellissement et citoyenneté : chartes.** Source : site internet Âge village : www.agevillage.com/Article/index.jsp?ARTICLE_ID=4129, consulté le 14 juin 2006.
Résumé CESAP Doc. : Ce dossier rassemble sur une même page un ensemble de chartes ou recommandations décrivant les droits des personnes accueillies en institution, et propose des liens vers chacun de ces documents. Par exemple, la charte du patient hospitalisé, la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- **Classification des abus ou maltraitance.** Source : RIFVEL (Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté) : www.fep.umontreal.ca/violence/abus.html, consulté le 14 juin 2006.
Résumé CESAP Doc. : S'appuyant sur la réglementation et les recherches en gérontologie, cette page web propose une définition de la violence,

une définition de l'abus, donne des exemples de pratiques maltraitantes et définit 8 types d'abus : abus psychologique, abus physique, négligence, violation du droit à la liberté, etc.

- **Prévention de la maltraitance** / Suzanne MOUTIN
Source : site de CEC formation : www.cec-formation.net, consulté le 14 juin 2006.

- **La violence en institution : le constat** / communication d'Yves GINESTE au congrès d'ergothérapie et de médecine physique de la Grande Motte, septembre 1999 Source : site de CEC formation : www.cec-formation.net, consulté le 14 juin 2006].

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation du RéQua est illicite et constitue une contrefaçon.

Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.



www.has-sante.fr



www.forap.fr