



Définir les limites et encadrer en tant qu'IDEC l'usage du prénom et surnom des résidents en EHPAD

Nathalie DARIDAN et Mélanie HUBLIN

DU INFIRMIER REFERENT D'EHPAD ET DE SSIAD / 2015-2016

Directeur de mémoire : DR DUGN

SOMMAIRE

Lexique	P.2
Introduction	P.3
Partie 1 : <u>La recherche documentaire</u>	
1 <u>Cadre conceptuel</u>	P.5
1.1 <u>La législation</u>	
1.1.1 <u>lois, chartes, règlements institutionnels</u>	P.5
1.1.2 <u>Législation et règles professionnelles infirmières</u>	P.7
1.1.3 <u>Législation fonction IDEC</u>	P.8
1.2 <u>Les concepts</u>	
1.2.1 <u>La bientraitance</u>	P.10
1.2.2 <u>La maltraitance</u>	P.12
1.2.3 <u>La relation soignant-soigné</u>	P.14
1.2.4 <u>Le rôle de management de l'IDEC</u>	P.16
2 <u>Méthodologie</u>	P.19
2.1 <u>Choix de la population interrogée</u>	P.19
2.2 <u>Construction du questionnaire</u>	P.19
2.3 <u>Choix des entretiens et questionnaires</u>	P.21
Partie 2 : <u>Les entretiens et questionnaires</u>	
1 <u>Les entretiens effectués auprès des équipes de soins travaillant en EHPAD</u>	P.22
1.1 <u>Présentation des entretiens et questionnaires</u>	P.22
1.2 <u>Synthèse des entretiens et questionnaires</u>	P.23
1.3 <u>Analyse des entretiens et questionnaires</u>	P.37
Partie 3 : <u>Les convergences et divergences</u>	
1 <u>Les convergences</u>	P.40
2 <u>Les divergences</u>	P.40
Conclusion	P.41
Bibliographie	P.42
Annexes	P.44

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources.

AMP : Aide Médico-Psychologique.

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation du Secteur social et Médico-social.

ARS : Agence Régionale de Santé.

AS : Aide-Soignante.

ASH : Agent de Service Hospitalier.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendantes.

GIR : Groupe Iso Ressources.

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat.

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice.

IDER : Infirmière Référente Diplôme d'Etat

PA : Personnes Agées.

PEC : Prise En Charge.

PVI : Projet de Vie Individualisé

INTRODUCTION

Nous savons qu'aujourd'hui le vieillissement de la population et le développement des aides à domicile permettent aux personnes âgées d'entrer plus tardivement en EHPAD, « l'âge moyen d'entrée dans ces établissements étant de 84 ans et 5 mois »¹. L'entrée en EHPAD dépend principalement du niveau de dépendance de la personne âgées : « 84 % des personnes recevant l'APA et évaluées en GIR 1 par le biais de la grille AGGIR résident dans un établissement »².

Les personnes âgées entrent alors en institution, fragilisées par la dépendance engendrée par les pathologies liées au « grand âge ». Elles doivent continuer leur vie dans un nouvel environnement et dans un contexte de vie en collectivité.

Effectivement, les résidents en EHPAD sont là au long court, l'exercice au quotidien des soins physique entraînant un partage de l'intimité, un accompagnement dans les gestes de la vie de tous les jours, et renvoie à un mode de vie familial. Le vieillissement lui-même a souvent comme effet de modifier la distance dans la communication. Nous, soignants, nous savons qu'il est primordial d'instaurer une relation de confiance pour que la personne âgée se sente rassurée et en sécurité.

En effet, la personne âgée ayant des troubles cognitifs ou très dépendante, a d'avantage besoin d'être rassurée, orientée, touchée, sécurisée. Le soignant est alors celui qui peut lui apporter tous ces « critères » de bienveillance. Le soin auprès des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ou très dépendantes, demande aux soignants une certaine implication, un investissement personnel.

La relation soignant-soigné en EHPAD est particulière car c'est une relation au long court « les résidents quittent un EHPAD en moyenne après un séjour de 2 ans et 4 mois »³. Pendant cette période des liens forts se créent entre le soignant et la personne âgées.

Au cours de notre exercice professionnel en EHPAD, nous sommes très souvent confrontés à des situations au cours desquelles des soignants (AS, AMP, ASH, IDE) s'adressent de façon familière à un résident. Par familière, nous entendons : l'utilisation du

¹Étude et résultats n°899 décembre 2014 DRESS.

²Personnes âgées dépendantes INSEE

³ Étude et résultats n°899 décembre 2014 DRESS.

prénom ou d'un surnom de l'ordre de l'habitude de vie d'un résident. Cette familiarité est vue par certains soignants comme un effacement ou une perte de la distance professionnelle, voire de la maltraitance. « La maltraitance peut prendre d'autres formes[...] le tutoiement, l'appeler par son prénom sans demande explicite de sa part, l'infantiliser »⁴. D'autres soignants voient cette familiarité comme une aide à la relation. En effet, le fait de nommer un résident par son nom de famille marque d'emblée une certaine distance dans la relation. Certains résidents recherchent en EHPAD un mode de fonctionnement familial, ou d'autres, souffrant de démences sévères, ne reconnaissent plus leur nom de famille et de ce fait quand un soignant les nomment par leur prénom ou surnom cela leur permet de se sentir exister et de se reconnaître en tant qu'individu unique.

Notre questionnement étant quelles actions peut mettre en place l'IDEC, pour cadrer l'usage du prénom ou surnom des résidents en EHPAD pour éviter les dérives ?

⁴ La bientraitance en EHPAD : Une approche de sensibilisation du personnel, Emmanuelle FILLION

Partie 1 : La recherche documentaire

1 Le cadre conceptuel.

1.1 La législation.

1.1.1 Lois, chartes, règlements institutionnels.

Nous avons débuté ce travail par une recherche des textes de lois qui permettent ou non d'encadrer l'emploi du prénom ou surnom d'un résident en EHPAD par le personnel soignant. Nous avons pu constater qu'aucun texte ne légifère directement sur le sujet que nous abordons. En effet plusieurs textes parlent de manière générale du respect que doit avoir le soignant face à la personne âgée. Tout indique que le soignant ne doit pas être familier mais en aucun cas qu'il ne doit pas employer l'usage du prénom ou surnom des résidents. Nous avons donc analysé les différents textes qui nous ont paru en liens avec notre sujet.

Tout d'abord, la « charte des droits et libertés de la personne accueillies » précise avec l'article 12 que : « Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé »⁵. Nous voyons ici, que le respect de la dignité et de l'intégrité du résident sont garantis mais nous n'avons pas de réponse quant à notre problématique. Est-ce que le fait qu'un membre du personnel soignant appelle un résident séjournant en EHPAD par son prénom ou surnom est une transgression du respect de sa dignité et de son intégrité ?

Ensuite, nous pouvons constater que la « charte des droits et libertés de la personne âgées en situation de handicap ou de dépendance » précise dans l'article 1 que : « Toutes personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie »⁶. Cet article nous permet d'entrevoir que le personnel soignant n'est autorisé à nommer un résident par son prénom ou surnom seulement si le résident le demande.

⁵ [Http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf)

⁶ [Http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf)

Enfin, le « code de l'action sociale et des familles » par le biais de l'article L311-3 stipule qu'il: « est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux[...] Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, [...] Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché »⁷. Ici cet article ajoute deux notions essentielles à l'article précédemment cité : D'une part, le fait que l'autorisation de nommer un résident par son prénom peut être donnée par son représentant légal quand le jugement du résident est altéré, et d'autre part que l'autorisation, donnée par le résident ou son représentant légal, seule ne suffit pas à autoriser le personnel soignant à nommer un résident par son prénom. En effet, cette pratique doit exister dans un contexte d'accompagnement personnalisé en répondant à un objectif précis visant à améliorer le confort de vie du résident.

« CIRCULAIRE N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS » Cette circulaire renforce l'intérêt de la bientraitance dans nos pratiques en EHPAD et que le sujet que nous abordons peut concerner autant la bientraitance que la maltraitance lors d'éventuelle dérive.

Dans un second temps, nous avons constaté au cours de nos recherches que parfois certains EHPAD validaient le fait que le personnel soignant nomme un résident par son prénom ou surnom par le biais des règlement institutionnels. Comme dans cet exemple du règlement de fonctionnement de l'EHPAD « Le MONTEL » : « Les expressions de familiarité (tutoiement, appellation par le prénom, etc.) sont strictement interdites sauf autorisation explicite du résident »⁸.

⁷<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&cidArticle=LEGIARTI000006797370&dateTexte=&categorieLien=cid>

⁸ Règlement intérieur EHPAD « LE MONTEL »

1.1.2 Législation et règles professionnelles infirmières.

Les lois concernant la personne n'étant aucunement explicites, nous nous sommes intéressées à la législation de la profession infirmière et particulièrement au décret 2004-802 du 29 juillet 2004.

Deux articles ont particulièrement retenu notre attention.

Tout d'abord, l'article R. 4311-2 qui stipule que l'infirmier(ère) se doit « de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social »⁹. Nous pouvons en comprendre que le personnel soignant peut-être amenés à appeler un résident par son prénom ou surnom dans la cadre défini par l'article. Cela concerne aussi la bientraitance et le maintien de l'autonomie du résident. Pour certains résidents maintenir leur autonomie passe par l'emploi de leur prénom ou surnom afin qu'ils se reconnaissent en tant qu'individu.

Puis le deuxième article qui a retenu notre attention est l'article R. 4311-5, il précise que l'infirmier(ère) « dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement en comprenant son information et celle de son entourage : Observation et surveillance des troubles du comportement »¹⁰. Nous pouvons constater qu'à travers cet article, les infirmiers(ères) sont habilités à observer et surveiller les troubles du comportement des résidents et donc par conséquent apporter une expertise sur les éventuels effets, bénéfiques ou non, apporté par l'emploi de leurs prénoms ou surnoms.

Enfin pour terminer cette partie concernant la législation, nous nous intéresserons aux missions confiées à l'infirmière coordinatrice. Il n'y a pas de textes qui régissent cette fonction. En revanche l'ARS Alsace a établi une fiche de poste où sont recensées les missions de l'infirmier(ère) coordinatrice, ce qui nous permet d'entrevoir par quel biais il(elle) peut encadrer l'emploi du prénom ou surnom d'un résident d'EHPAD par le personnel soignant : « Participer à l'élaboration du projet d'établissement, en particulier à l'élaboration du projet de vie personnalisé et de soins et assurer le relais dans la mise en œuvre des différents objectifs

⁹ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ministère de la santé et des sports.

¹⁰ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ministère de la santé et des sports

[...]veiller au respect de la charte de la personne âgée accueillie dans l'établissement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles»¹¹.

1.1.3 Législation fonction IDEC.

Nous allons à travers ce paragraphe, décrire le rôle de l'infirmière coordinatrice (IDEC) en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, il nous semble important de préciser ce point avant de travailler sur les concepts que nous allons aborder par la suite car pour comprendre quels peuvent-être les moyens d'actions de l'IDEC, pour encadrer l'emploi du prénom ou surnom d'un résident en EHPAD par le personnel soignant, il est important de définir son champ de compétence.

Effectivement, « la présence d'infirmiers référents ou coordinateurs est devenue une condition quasiment indispensable au conventionnement des EHPAD »¹². Cependant le cadre légal de cette fonction n'est pas clairement défini ; la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociale et médico-sociales soumet à travers ce paragraphe « qu'il pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gérontologiques de qualité »¹³.

Selon la convention collective du 18 avril 2002 au sein de la classification des emplois des établissements accueillant des personnes âgées, « l'infirmière référente ayant suivi une formation d'adaptation à l'animation des équipes » a un statut d'agent de maîtrise¹⁴. Cette fonction est un « métier en émergence qu'il faut faire reconnaître »¹⁵.

Selon la fiche métier réalisée par l'Ordre National Infirmier : « l'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD se situe à l'interface du sanitaire et du social, du soin et de l'accompagnement [...] Elle se situe dans l'accompagnement et la formation des équipes soignantes. Elle s'inscrit dans l'équipe d'encadrement de l'établissement et constitue un rouage essentiel et central dans l'organisation de « prendre soin » des personnes accueillies¹⁶». Nous comprenons ici que le rôle de l'IDEC/IDER est indispensable au bon fonctionnement d'un

¹¹ <https://iderco.wordpress.com/fiche-de-poste-infirmiere-coordonnatrice/>

¹² Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, paragraphe 4.2.C

¹³ La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociale et médico-sociales

¹⁴ Convention collective annexée du 18 avril 2002, page A, XII,6

¹⁵ www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/vers-unfederation-infirmieres-coordination-ehpad.html

¹⁶ L'ordre nationale des infirmières

EHPAD mais cette fiche métier reste évasive sur les missions de l'infirmière coordinatrice. Cependant, une fiche de poste réalisée par L'ARS d'Alsace précise que : « [l'infirmier/ière coordinateur/trice] est placé sous l'autorité et la responsabilité du directeur de l'établissement [...] en situation de liaison fonctionnelle avec le médecin coordinateur ¹⁷ ».

Les missions de l'IDEC s'articulent autour de quatre axes :

Premièrement, « Elle participe à l'élaboration du projet d'établissement, en particulier à l'élaboration du projet de vie et de soins et assuré le relais dans la mise en œuvre des différents objectifs ».

Deuxièmement, « elle participe à la mission de liaison et de coordination entre la direction de l'établissement, les résidents, les équipes médicales et paramédicales de l'établissement, l'équipe hôtelière, les intervenants extérieures et les familles ».

Troisièmement, « elle veille au respect de la charte de la personne âgées accueillie dans l'établissement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles ».

Quatrièmement, « elle assure et participe à la gestion des aspects administratifs et logistiques liés à la prise en charge des résidents ¹⁸ ».

Face à toutes ses missions, nous constatons que l'IDEC assure aux résidents le respect de leur dignité et de leur bien-être, de même, que la gestion du personnel soignant lui incombe de faire respecter les règles professionnelles et d'éviter les dérives. Pour répondre à ses missions, l'IDEC dispose de différents outils, tel que les réunions régulières (réunion de service, les réunions des PVI...), ainsi que la gestion des formations. L'IDEC participe à l'élaboration du projet d'établissement et surtout du projet de soin, cela peut être un moyen de limiter les dérives lors de l'utilisation du prénom ou surnom des résidents.

Ces 4 axes précisent le rôle de l'IDEC. Il est bien indiqué qu'elle est le garant des soins ainsi que le manager d'équipe et doit faire respecter la charte de la personne âgée.

1.2 Les concepts.

¹⁷ <https://ggreveurschampdemars.wordpress.com/2014/01/06/fiche-de-poste-lesfonctions-de-lidec-infirmiere-coordinatrice-en-ehpad/>

¹⁸ <https://ggreveurschampdemars.wordpress.com/2014/01/06/fiche-de-poste-lesfonctions-de-lidec-infirmiere-coordinatrice-en-ehpad/>

Nous avons évoqué différents concepts qui nous semblent être plus particulièrement en rapport avec notre sujet.

1.2.1 La bientraitance

Dans un premier temps, nous avons abordé le concept de bientraitance car il nous semblait être l'action essentielle au bien-être du résident.

La définition de bientraitance est complexe et relève de différentes notions telles que définies par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). En effet l'ANESM a défini la notion de bienfaisance, la notion de bienveillance, la notion de mère en psychologie, la notion de sollicitude et la notion de « care ». Il a été défini d'autres notions qui ne sont pas en lien direct avec notre sujet et ne seront donc pas abordées.

La notion de bienfaisance, citée dans le rapport Belmont de 1979. « Il faut retenir l'idée d'une absence de tort faite à l'autre, d'une part, et surtout d'un équilibre à trouver au sein des pratiques entre ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort à la personne ». Cette notion, nous permet de dire que l'usage du prénom ou surnom du résident peut être un bénéfice dans sa prise en charge sans pour autant lui apporter un préjudice. Il faut savoir l'utiliser dans des moments appropriés. En effet, certains soignants emploient le prénom ou surnom du résident sans penser lui faire du tort et plutôt dans une pratique routinière.

« La notion de bienveillance qui est plus récente concerne l'intention des professionnels. C'est l'importance de l'intention envers l'autre, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service ». Nous pouvons autoriser cette pratique tout en limitant celle-ci grâce au projet de vie individualisé. Ceux-ci sont créés en présence des différents acteurs intervenant auprès du résident ainsi que le résident lui-même.

Une notion tirée de la psychanalyse peut également figurer parmi celles qui construisent le concept de bientraitance. Il s'agit de la notion de mère « suffisamment bonne » développée par le pédopsychiatre Donald Winnicott¹⁹. Cette notion signifie que la posture professionnelle de bientraitance s'apparente à une posture maternante mais dans une limite appropriée. Les résidents sont des personnes ayant besoin d'attention toute particulière afin de se sentir

¹⁹ Donald Winnicott. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969.

entourés. C'est dans cette proportion qu'on peut associer plus ou moins la posture maternante. L'emploi du prénom ou surnom peut être une manière de se sentir exister en tant qu'individu, être reconnu en tant que « tel ».

La notion de sollicitude, « développée principalement par le philosophe Paul Ricœur ²⁰, consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre ». On peut constater effectivement chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs un bienfait de l'usage du prénom ou du surnom de celui-ci. Comme nous l'avons exposé dans notre introduction, certains résidents ayant des troubles cognitifs peuvent être difficile à aborder au moment des soins, le fait de les nommer par leur prénom plutôt que par leur nom rétablit parfois le lien. On diminue donc le déséquilibre qu'ils peuvent ressentir.

La notion de *care*, quant à elle, « a été développée au sein d'écrits anglo-saxons d'abord, puis francophones, afin de différencier l'attitude du « *prendre soin* » de celle d'un « guérir » plus technique. Cette notion se réfère à un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience des professionnels qui travaillent au plus près des personnes dépendantes »²¹. Chaque professionnel dans sa pratique au quotidien a appris d'une part des gestes techniques essentiels à la prise en charge des résidents et d'autre part le « prendre soin » qui s'apprend au contact de chaque individu. En effet, le lien de proximité qui se crée entre le professionnel et le résident est propre à chacun, et parfois, le fait de rentrer en contact avec le résident en le nommant par son prénom peut être bénéfique. Le résident peut se sentir pris en compte comme individu et non comme une personne « lambda ».

Le concept de bientraitance voit le jour dans les années quatre-vingt-dix au sein du comité de pilotage ministériel de *l'opération pouponnières*, opération qui visait à l'humanisation de l'accueil des très jeunes enfants. Ce terme renvoie au cheminement de professionnels qui souhaitaient « rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance. »²².

²⁰ Paul Ricœur. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.

²¹ Paperman, Patricia et Laugier, Sandra. *Le souci des autres, Éthique et politique de la care*. Paris : EHESS, 2006.

²² Rapport, Danielle. *La bientraitance envers l'enfant*. Paris : Belin, 2006, p. 20. Comité de pilotage de « L'opération pouponnières ».

Depuis, la notion de bientraitance a été légiférée par une circulaire du 23 juillet 2010 qui renforce la lutte de la maltraitance des personnes âgées et au développement de la bientraitance dans les établissements médicaux sociaux.

Cela nous rappelle que l'emploi du prénom ou surnom du résident doit être faite dans une notion de bientraitance mais, étant donné que la limite avec la maltraitance pourrait être mince, il advient à l'IDEC de rester vigilant. Nous allons aborder le concept de maltraitance qui est une notion essentielle de notre sujet car, comme nous l'avons déjà notifié, nommer un résident par son prénom peut être une aide dans le soin et avoir notion de bientraitance mais cela peut vite être maltraitant si le soignant ne reste pas vigilant.

1.2.2 La maltraitance.

« On peut définir la maltraitance comme tout acte ou comportement physique, verbal ou autre, nuisant au bien-être, à l'épanouissement ou au développement de la personne. »
(Maltraitance.info)

Il existe 7 types de maltraitance qui ont été défini par le conseil de l'Europe.

« La maltraitance physique qui englobe les coups, les blessures, les brûlures, les violences sexuelles, les manipulations brusques...cette liste n'est bien évidemment pas exhaustive.

La maltraitance psychique qui peut se traduire par un langage inadapté et irrespectueux, un chantage affectif, une domination psychologique, une non considération...

La maltraitance financière ou matérielle comme utiliser un compte bancaire, des chèquiers à l'insu de la personne, lui faire signer des chèques en blanc, escroquerie...

Maltraitance médicale qui peut se traduire par des soins inadaptés, un surdosage de médicaments, un traitement médicamenteux mal pris, absence de soins de base, non prise en compte de la douleur de la personne...

Négligences actives qui peuvent être des sévices perpétrés consciemment, avec une intention de nuire.

Négligences passives qui sont des abus, des oublis effectués non consciemment et sans intention de nuire.

Privation ou violence de certains droits comme interdire de pratiquer une religion ou limiter ses droits civiques »

Nous allons développer la maltraitance psychique et la maltraitance par négligence passives qui concernent directement notre sujet.

La maltraitance psychique comme par exemple langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération.... « Comprend tout acte verbal ou non verbal qui porte atteinte à l'identité, à la dignité ou à l'estime de soi d'une personne »²³

La négligences passives : « négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ; (ou maltraitance "par inadvertance"), sans intention de nuire : non satisfaction des besoins premiers ou défaut de mise à disposition des ressources disponibles. Elles surviennent principalement par manque d'information ou de connaissance, de formation, par épuisement, sans le vouloir ni même le savoir. »²³

Certains soignants, par manque de formation ou par mauvaise habitude, abordent les résidents de manières inappropriés. Il arrive parfois que certains soignants tutoient les résidents en pensant ne faire aucun mal, ou bien en les nommant par leurs prénoms voire surnom sans avoir l'aval de celui-ci ou même de la famille pensant que cela aide aux soins alors pourquoi ne pas le faire. Ces pratiques ne sont pas acceptables et doivent être mise en évidence et faire prendre conscience aux personnels soignants de ces mauvaises pratiques.

L'emploi systématique du prénom ou surnom du résident peut être une source de maltraitance car les soignants peuvent être rapidement dans la routine et ne plus prendre conscience de la distance à avoir. Comme nous l'avons constaté peu ou pas de législation n'interdit formellement cette pratique. Beaucoup de textes abordent le sujet de la maltraitance en parlant de familiarité et surtout le tutoiement. En effet le sujet du tutoiement est souvent abordé avec l'emploi de surnom tel que « pépé » ou « mémé » mais peu de texte sur l'emploi du prénom avec le vouvoiement.

1.2.3 La relation soignant-soigné.

Ce concept de « maltraitance », nous amène à évoquer la relation soignant/soigné que nous allons développer dans un second paragraphe. Cette « maltraitance » fait partie de la

²³ Le conseil de l'EUROPE en 1992

²³ Le conseil de l'EUROPE en 1992

communication entre le soignant et le résident qui n'est pas adaptée. Il est parfois difficile de trouver la bonne distance, avoir la bonne attitude, qui font partie intégrante de la notion de relation soignant/soigné(résident).

Dans le dictionnaire le petit Larousse, le terme de relation est défini comme « un lien existant entre des personnes, des choses, le rapport avec l'autre », le terme de soignant est défini comme « une personne qui donne des soins », et enfin le terme de résident est quant à lui défini comme « une personne qui habite dans un lieu déterminé ».

Ces définitions appuient sur le fait que la relation soignant/résident s'effectue entre plusieurs personnes dans une notion de donner soin à une personne qui vit dans un lieu déterminé, en l'occurrence en EHPAD.

La relation soignant/soigné est avant tout le fait d'être « tributaire de quelqu'un ou de quelque chose ». Cette relation est induite par la dépendance, le résident en EHPAD ayant besoin d'une tierce personne pour les gestes de la vie quotidienne ainsi qu'une présence permanente sinon celui-ci ne serait pas en institution. Chaque résident et soignant est confronté à l'autre, chacun entre en communication à un moment donné, lors d'un soin, lors d'une activité ou même lors de l'entretien de la chambre.

Comme le souligne Bernard Matray (rédacteur en chef de la revue *Laennec* et dont les textes ont été édités dans l'ouvrage « La présence et le respect »), « on ne soigne pas vraiment à distance du corps, ni à distance du cœur et l'accompagnement peut être difficile pour les soignants car il vient questionner la juste distance et le positionnement de chacun. »

En effet, en EHPAD, la relation soignant/résident semble plus encline à un rapprochement. Les résidents sont dans un environnement qui se rapproche du domicile et non d'un centre de soin. On peut aussi parler de distance professionnelle parfois difficile à prendre. Certains résidents sont présents depuis plusieurs années, ils connaissent certains soignants depuis très longtemps, ils font partie de leur quotidien. On pourrait presque comparer cela à une relation conviviale entre voisins.

La prise en charge globale des résidents par l'institution (logement, nourriture, alimentations, soins, activités...) est une caractéristique fondamentale des EHPAD et justifie un rapprochement entre celle-ci et le modèle dégagé par GOFFMAN²⁴. Dans ces EHPAD, les

²⁴ Vieillir en institution : le dernier chez soi. Sociologue E.GOFFMAN.

liens sociaux avec l'extérieur ne sont certes pas interdits, mais ils sont très réduits pour la plupart des résidents. Dans ces situations, les résidents sont plus en relation avec les soignants qu'avec la population extérieure à l'établissement. Dans la relation soignant/soigné, il y a plusieurs gradients. La relation de dépendance qui est une relation hiérarchique, la relation de maternage en lien avec les soins corporels, la relation éducative qui a pour rôle d'expliquer ce qu'il faut faire, la relation coopérative sur un plan d'égalité regroupées et associées, et enfin la relation d'autorité. Deux autres relations, pourraient être abordée telle que la relation thérapeutique et la relation sexué mais cela ne concerne pas notre sujet. Nous aborderons succinctement ces relations à l'exception des deux dernières citées.

La relation de dépendance « est un contrat entre soignant et résident dans lequel ce dernier consent régression, soumission et privation en échange de protection, sécurité et bien être. Il faut distinguer la dépendance physique de la dépendance psychique même si parfois l'une mène à l'autre ». Les soignants doivent apporter un bien être au résident dès lors qu'il ne peut plus subvenir lui-même à ses besoins essentiels. Cela passe par la communication avec l'autre, ce qui peut amener l'usage du prénom ou surnom de celui-ci pour une meilleure relation, mais pas toujours. Certains résidents souhaitent un respect de leur personne, et cela passe par le maintien d'une certaine distance avec le soignant, d'où le besoin de l'emploi de son nom et non de son prénom.

La relation de maternage « est l'ensemble des soins prodigués à la personne dans un climat protecteur et affectif qui évoque le comportement d'une mère à l'égard de son enfant ». WINNICOTT²⁵ dit que « quand on est vieux on veut revivre une relation de maternage ». Attention au risque de dérive vers l'infantilisation. Les soignants doivent faire la différence entre une relation de bien-être et une relation maternante allant parfois jusqu'à l'infantilisation, ce qui est contraire aux bonnes pratiques auprès des personnes âgées, dépendantes ou non, présentant des troubles cognitifs ou pas.

La relation éducative « permet au soignant d'amener le résident à effectuer certains gestes de la vie quotidienne suite à des explications éducatives. La relation coopérative permet d'aider l'autre à prendre une décision en la recherchant avec lui. On dit que c'est une relation d'accompagnement ». Le rôle du soignant est aussi de faire comprendre au résident qu'on ne peut pas se permettre d'employer son prénom ou surnom sauf si celui-ci le souhaite

²⁵ Donald Winnicott. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969

et que cela concerne tous les acteurs intervenant auprès de celui-ci et pas seulement quelques-uns.

1.2.4 Le rôle de management de l'IDEC.

Également appelée « infirmière référente » (IDER), l'infirmière coordinatrice intervient en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou dans un Service de soins infirmiers à domicile. L'IDEC se situe à l'interface du sanitaire et du médico-social, dans une démarche qualité visant à optimiser le suivi et l'accompagnement au quotidien des résidents, en intégrant les différentes composantes du soin. Aujourd'hui, la présence des infirmiers référents ou coordinateurs est devenue une condition quasi-indispensable au conventionnement des EHPAD.

Rattachée à la direction et en collaboration avec le médecin coordonnateur, l'IDEC joue un rôle d'intermédiaire entre le médecin traitant et/ou le pharmacien et l'équipe d'intervention dont il ou elle coordonne et contrôle les activités. L'IDEC assure également la bonne transmission des informations, la bonne tenue des dossiers médicaux et participe à l'élaboration, la mise en œuvre et au développement du projet d'établissement ou de service à domicile.

Les missions de l'IDEC sont nombreuses. Dont une essentielle dans le travail que nous sommes en cours de réalisation : Veiller au respect de la charte de la personne âgée accueillie dans l'établissement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles.

Le positionnement hiérarchique de l'IDEC : « Il (elle) est placé(e) sous l'autorité et la responsabilité du directeur de l'établissement. Par délégation du directeur d'établissement et dans les limites qui lui sont fixées, il (elle) assure auprès de l'équipe soignante l'application des dispositions organisationnelles et règlementaires garantissant le bon fonctionnement de la prise en charge des soins et l'application des bonnes pratiques professionnelles.

En situation de liaison fonctionnelle en collaboration avec le médecin coordonnateur, « il (elle) veille et s'assure de l'application des bonnes pratiques gériatriques, de la réalisation du projet de soins, de la permanence des soins, de la prévention des risques et de la mise en place des mesures exceptionnelles, avec l'ensemble des autres intervenants dans l'établissement ; il (elle) s'assure de la meilleure qualité de vie du résident et de la cohésion des équipes ; il (elle) est au cœur du réseau d'acteurs internes et externes de l'établissement

dont les familles, réseau dont la finalité est la meilleure prise en charge possible de chaque résident.

Les domaines d'activités : Soins, Evaluation et Qualité, Ressources Humaines, Logistique, Information, Communication, Formation.

Volet soins et projet de vie : sur un plan général de fonctionnement et de prise en charge du résident, l'I.D.E. coordinateur(trice) participe à l'élaboration du projet personnalisé de soins et de vie. Sur le plan opérationnel, en lien avec médecin coordonnateur, il (elle) s'assure du respect des bonnes pratiques professionnelles. À cet effet : il (elle) s'assure de la bonne communication avec les familles des résidents afin d'obtenir leur meilleure contribution à l'élaboration et à l'application du projet de vie personnalisé.

Volet évaluation qualité et gestion des risques. Il (elle) procède à l'évaluation de sa propre activité et de celle de l'équipe des professionnels qui lui sont rattachés hiérarchiquement. Elle met en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité auprès de l'ensemble des équipes.

Volet ressources humaines. Sous l'autorité du directeur de l'établissement et par délégation, il (elle) gère et anime en lien avec le médecin coordonnateur l'équipe qui lui est rattachée hiérarchiquement à savoir : l'équipe soignante et, selon les organisations, l'équipe des agents dits « de soins » et les personnels de service intervenant directement auprès des résidents. À cet effet : il (elle) évalue les situations, fixe avec l'équipe les règles de fonctionnement et s'assure de leur respect ; il (elle) valorise les compétences et la formation ;

Volet logistique. Sous l'autorité du directeur et en lien avec le médecin coordonnateur, l'équipe soignante et l'équipe hôtelière, les intervenants extérieurs, il (elle) évalue les besoins en consommables et produits hygiéno-diététiques et médicaux dans le cadre des budgets alloués.

Volet information – communication. Relais dans la circulation de l'information, il (elle) transmet de manière ciblée les éléments d'information à ses interlocuteurs pour chacun en ce qui le concerne et dans le respect d'une rythmicité pré définie et il (elle) suit le retour des réponses aux données transmises. Il s'agit d'une gestion d'informations de nature « transversale ». Ces informations concernent plus particulièrement l'organisation de

l'établissement, les résidents et les familles, la direction, le médecin coordonnateur, les équipes, les intervenants extérieurs.

Volet formation. Dans le but d'accompagner les changements, d'améliorer les compétences individuelles et une qualité des soins : il (elle) cible les besoins de formation de l'équipe ; il (elle) propose des priorités parmi les demandes faisant suite aux entretiens d'évaluation des personnels notamment soignants ; il (elle) participe à l'élaboration du plan de formation avec la direction ».

Cela montre toute la complexité de la fonction d'IDEC et de son rôle essentiel dans la prise en charge des résidents et des équipes, elle est le garant du respect des règles de bonnes pratiques. La collaboration avec le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement est essentielle pour mettre en place la politique institutionnelle surtout en ce qui concerne notre sujet. L'IDEC doit permettre une pratique de prise en charge du résident optimale, elle doit donc éviter les dérives des soignants qui ne sont pas toujours conscient de leurs pratiques.

2 Méthodologie

Suite à l'établissement de notre question de départ, nous avons établi qu'il serait judicieux de faire un questionnaire avec quelques entretiens semi-dirigés et des envois dans différentes EHPAD. Le sujet que nous abordons est difficilement évaluable en termes de quantité et nous avons pensé qu'il serait plus judicieux de créer un questionnaire à 7 questions ouvertes. Cela va nous permettre de faire une analyse complète et nous apporter un début de réponse à notre questionnement.

2.1 Choix de la population interrogée

Nous avons choisi de faire nos entretiens auprès de plusieurs catégories de professionnels. Il nous semblait judicieux d'avoir le ressenti de plusieurs professionnels, ce qui, nous permettra d'établir quel sera notre futur positionnement face à ceux-ci. Nous espérons obtenir des réponses le plus sincères possible.

Après discussion, nous avons listé les différents acteurs présents autour des résidents et avons décidé d'interroger les personnels les plus souvent présents. Les personnes interrogées sont les ASH, les AS, les IDE et les IDEC ou cadre de santé en fonction des EHPAD.

Chacune de nous a envoyé les questionnaires ou effectué des entretiens semi-dirigés auprès de différentes EHPAD public ou privés. 25 questionnaires ont été envoyés dans 3 EHPAD public et les différents types de professionnels recensés ont pu y répondre et 17 entretiens ont été effectués.

2.2 Construction du questionnaire

Nous avons établi chacune un questionnaire que nous avons confronté. Après discussion nous avons analysé les différentes questions afin de savoir lesquelles étaient les plus pertinentes pour apporter un éclairage à notre questionnement. Nous nous sommes mis d'accord sur le nombre de questions et avons établi ensemble ce que chacune de ces questions devait nous apporter.

En effet, la première question que nous avons établie est : « Que signifie pour vous la bientraitance ? » Cette question nous permettra de savoir qu'elle notion à la personne sur la bientraitance, si celle-ci a connaissance de ce nouveau concept.

Ensuite, la deuxième question est : « Nommer un résident par son prénom ou surnom est-il autorisé au sein de votre établissement ? Si non, pourquoi ? » qui a pour but de connaître

la politique institutionnelle des différents EHPAD où nous avons mené nos entretiens par rapport à cette pratique, et ainsi pouvoir valider le nombre d'EHPAD qui valide l'usage du prénom et surnom du résident afin de conforter notre opinion.

La troisième question est : « y a-t-il au sein de votre établissement des soignants qui appellent un résident par son prénom ou surnom ? Si oui, est-ce une pratique plutôt individuelle ou une décision d'équipe ? S'il s'agit d'une décision d'équipe, par quel biais a-t-elle été validé ? » permet de connaître la fréquence de cette pratique au sein du personnel soignant, savoir s'il s'agit de comportement plutôt individuel ou collectif, déterminer les différentes façons d'encadrer cette pratique.

La quatrième question est : « Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé, au cours de votre carrière, de nommer un résident par son prénom ou surnom ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? » ce qui permet de connaître le positionnement du soignant interrogé et si cela est en accord avec son décret de pratique professionnelle.

La cinquième question est : « Pour vous, nommer un résident par son prénom peut-il être une aide aux soins ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi ? » Permettre de vérifier le ressenti de la personne interrogée, sa vision lors de telle pratique. Est-ce une réelle problématique.

La sixième question est : « Pensez-vous que le fait de nommer un résident par son prénom ou surnom peut entraîner des dérives pour le résident et pour le soignant ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? » Identifier les dérives craintes par le soignant. S'avoir si les soignants ont une réelle connaissance de la législation.

Enfin la dernière question est : « Pour vous, pourrait-on valider l'usage du prénom du résident en fonction des situations ? si oui, comment pourrez-t-on limiter les dérives ? » Connaître l'opinion de la personne. Savoir si notre mémoire à un intérêt et savoir si nos hypothèses sont valides.

Lors de la mise en page de notre questionnaire, nous avons trouvé judicieux de rajouter une première partie concernant la catégorie. C'est-à-dire le type de professionnelle, mais aussi leur ancienneté dans l'établissement qui peut être un facteur dans l'emploi du prénom/surnom par la connaissance depuis de longues années du résident et que cela devienne une habitude et normal d'employer son prénom ou surnom. De même, nous avons rajouté le nombre d'année

d'exercice dans la profession qui permet de savoir si la personne a une connaissance récente de la législation en termes de bonne pratique professionnelle.

Après validation du questionnaire par le directeur de mémoire, nous avons organisé sa diffusion et les entretiens.

2.3 Choix des entretiens et questionnaires

Nous avons décidé de faire notre enquête de manières différentes. D'une part, en diffusant nos questionnaires dans 3 différentes EHPAD public afin de laisser libre les personnes répondant aux questionnaires pour avoir des réponses le plus sincères possible. D'autre part, nous avons fait des entretiens semi dirigés pour permettre d'affiner notre travail et avoir des réponses plus précises sur certains points de notre questionnaire.

1. Les entretiens effectués auprès des équipes de soins travaillant en EHPAD :

1.1 Présentations des entretiens et questionnaires :

Nous avons trouvé judicieux de connaître le métier et l'ancienneté de chaque personne répondant aux questionnaires et entretiens. En effet cela va nous permettre de savoir si ces critères ont un impact sur les pratiques de soins et d'évaluer si les professionnelles s'autorisent plus facilement à nommer les résidents par leur prénom ou surnom en fonction de la proximité qu'ils ont avec le résident dans les soins du fait de leur métier, si leurs années d'expériences ont un impact sur leur positionnement soignant et enfin si leur ancienneté au sein de l'EHPAD impacte leur distance professionnelle. Dans cette première partie, nous avons aussi demandé les éventuelles formations que les professionnelles ont pu avoir, afin de savoir si cela avait influencé leur manière d'aborder les résidents et de se préoccuper de respecter leur choix.

La seconde partie comprend 7 questions ouvertes. Pour chacune des questions nous avons élaboré ce que nous en attendions afin de faire notre analyse. (Cf. Annexes)

Nous avons envoyé 25 questionnaires à 3 EHPAD différents. 22 questionnaires sont revenus remplis par les différentes catégories de professionnels soignants exerçant dans ces EHPAD. Ce qui fait un taux de retour de 88%. Les questionnaires ont plutôt été bien remplis, seulement 9% des questionnaires n'ont pas été remplis en totalité.

Nous avons souhaité effectuer 30 entretiens semi-dirigé en essayant de les répartir équitablement entre les différentes catégories professionnelles soit 10 entretiens de chaque.

Nous avons pu effectuer 17 entretiens soit un objectif atteint à 56,7%. En effet, la disponibilité des différents interlocuteurs a compliqué la conduite des entretiens semi-dirigé malgré la prise de rendez-vous en amont.

En revanche, le sujet a beaucoup intéressé les professionnels et a permis à certains de remettre en question leurs pratiques.

Nous allons faire la synthèse des entretiens et questionnaires pour ensuite en faire l'analyse.

1.2 synthèse des entretiens et questionnaires :

En ce qui concerne la première partie du questionnaire. Les professionnels ayant répondu aux questions sont 38% des aides-soignants, 41% des infirmiers, 13% d'infirmiers coordinateurs ou cadre et 8% d'agents de service hospitalier.



Depuis combien de temps, êtes-vous dans l'établissement ?

	0-5 ans	6 à 10 ans	11 ans +
AS	8	4	3
IDE	10	3	3
IDEC	3	0	2
ASH	1	0	2

Depuis combien de temps exercez-vous la fonction ?

	0 à 5 ans	6 à 10 ans	11 ans +
AS	7	6	2
IDE	3	5	8
IDEC	4	0	1
ASH	0	0	3

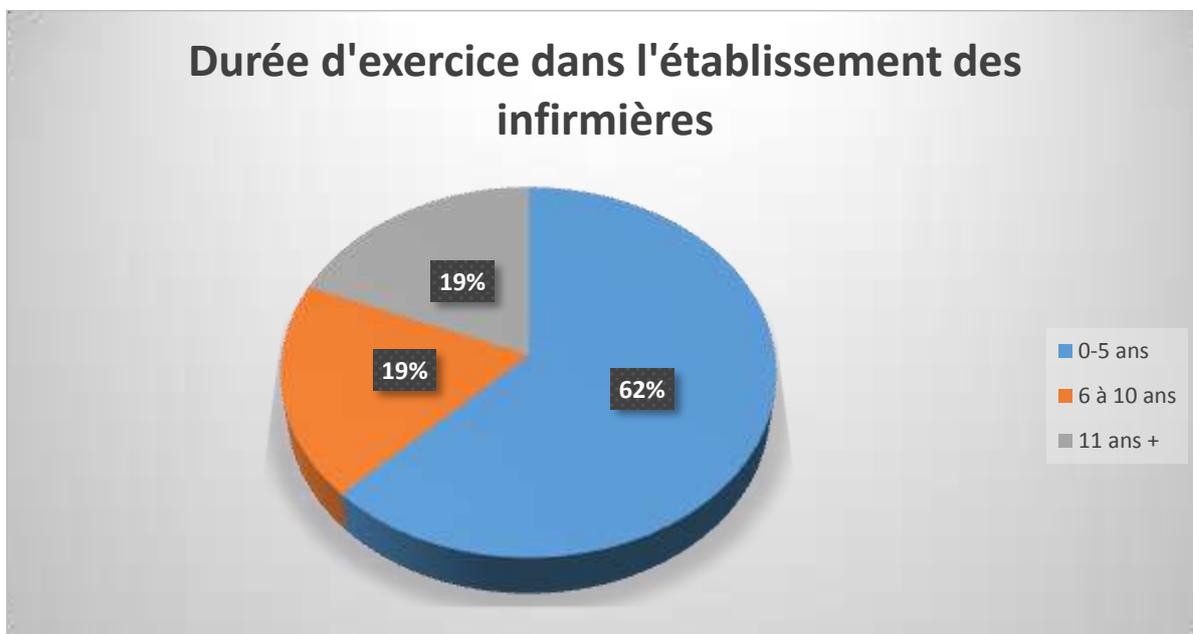
Sur les 41% des aides-soignants ayant répondu 53% exercent dans l'établissement depuis 5 ans ou moins, 27% depuis plus de 5 ans mais moins de 10 ans et 20% depuis plus de

10 ans. Les 41% d'aides-soignants exercent leur fonction depuis moins de 5 ans pour 47% d'entre eux, 40% depuis 5 ans mais moins de 10 ans et 13% depuis plus de 10 ans.

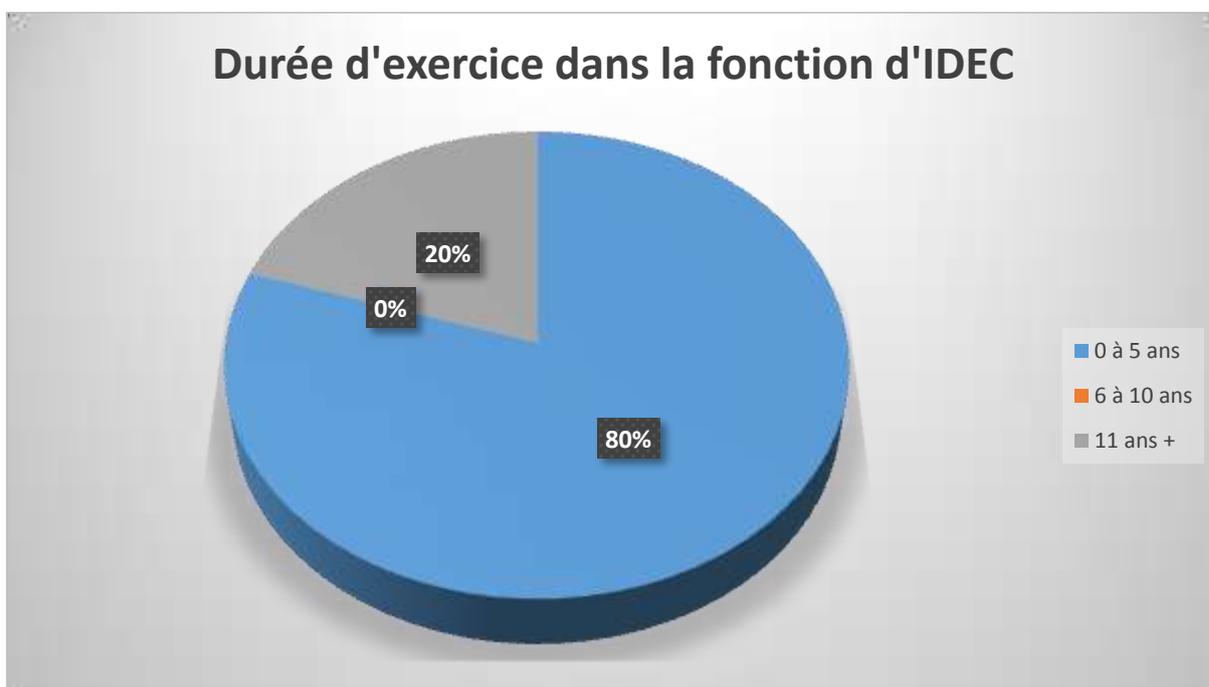


36% des infirmiers exercent dans l'établissement, depuis moins de 5 ans pour 62%, entre 5 ans et 10 ans pour 19%, et 19% depuis plus de 10 ans. En ce qui concerne leurs

fonctions, 19% l'exercent depuis moins de 5 ans, 31% l'exercent depuis plus de 5 ans et moins de 10 ans, et 50% l'exercent depuis plus de 10 ans.



En ce qui concerne les infirmiers coordinateurs, 60% sont dans l'établissement depuis moins de 5 ans et 40% exercent depuis plus de 10 ans dans l'établissement. 80% exercent leur fonction depuis moins de 5 ans et 20% depuis plus de 10 ans.



Enfin pour les agents des services hospitaliers, 33% exercent dans l'établissement depuis moins de 5 ans et 67% depuis plus de 10 ans. Tous exercent leur fonction depuis plus de 10 ans.

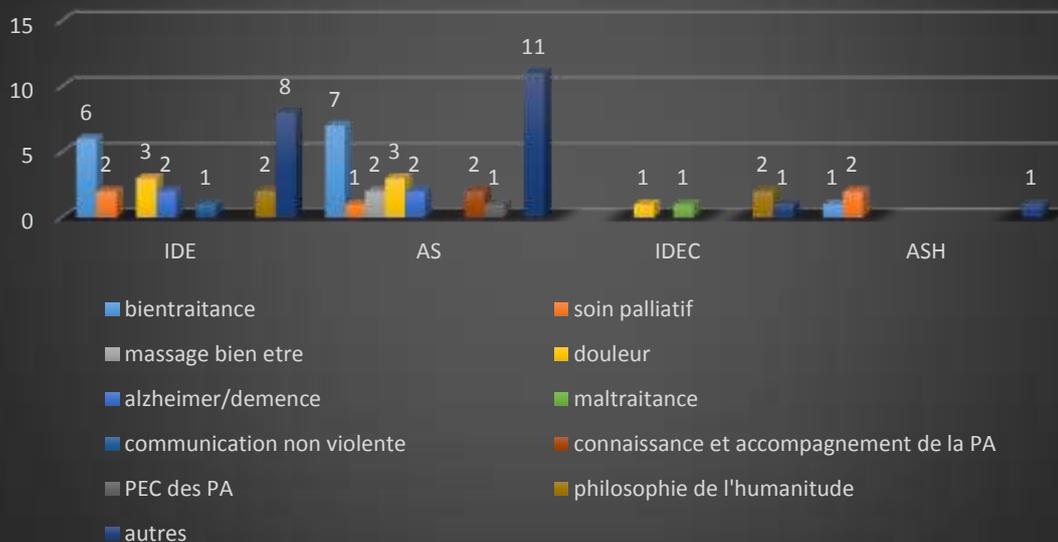


Quelles autres formations significatives avez-vous reçu au cours de votre carrière de soignant ?

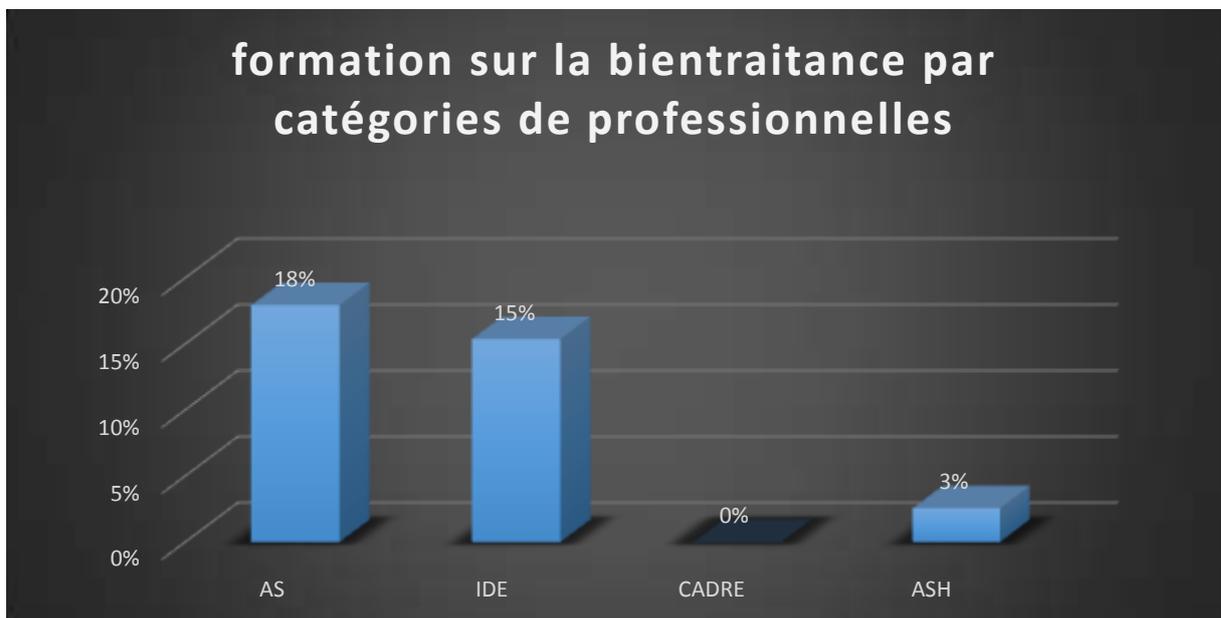
Les professionnels ont tous eu différentes formations, entre autres sur la bientraitance, sur la maltraitance, sur le bien-être, la douleur, sur les soins palliatifs, la communication non violente, sur la maladie d'Alzheimer/démence, sur la prise en charge de la personne âgée, sur la connaissance et l'accompagnement de la personne âgée et de nombreuses autres formations qui ne sont pas particulièrement en rapport avec notre sujet.

	IDE	AS	IDEC	ASH
Bientraitance	6	7		1
Soin palliatif	2	1		2
Massage bien être		2		
Douleur	3	3	1	
Alzheimer/démence	2	2		
Maltraitance			1	
Communication non violente	1			
Connaissance et accompagnement de la PA		2		
PEC des PA		1		
Philosophie de l'humanité	2		2	
Autres	8	11	1	1

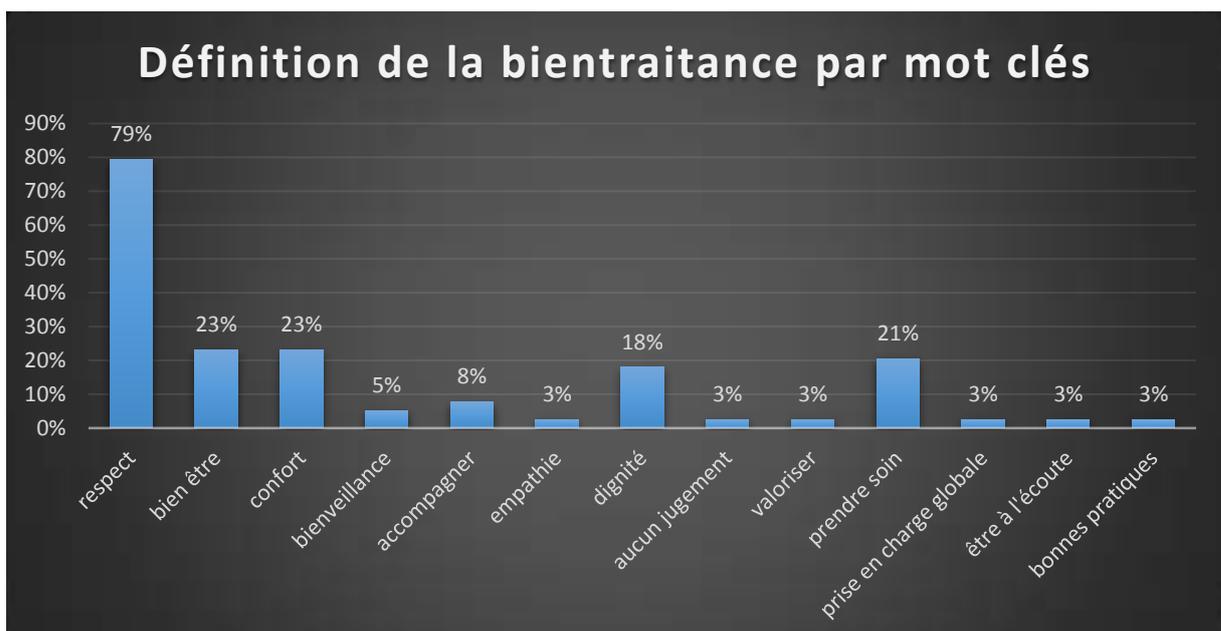
Les différentes formations effectuées par les professionnelles



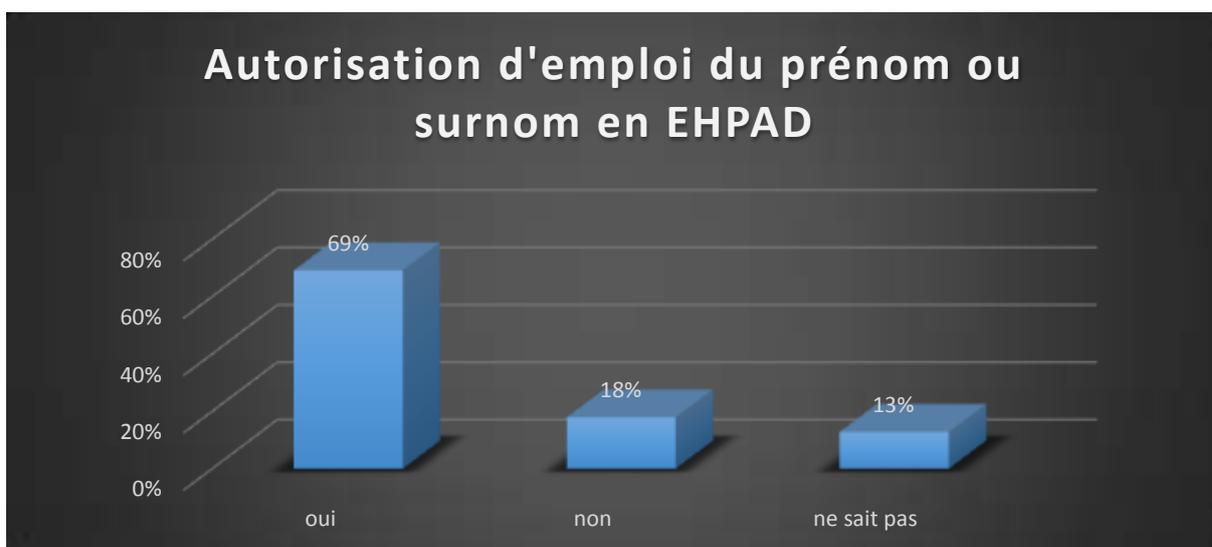
La formation sur la bientraitance a été effectuée par 15% des infirmières, 18% des aides-soignantes, 3% des agents de service hospitalier et aucune des IDEC.



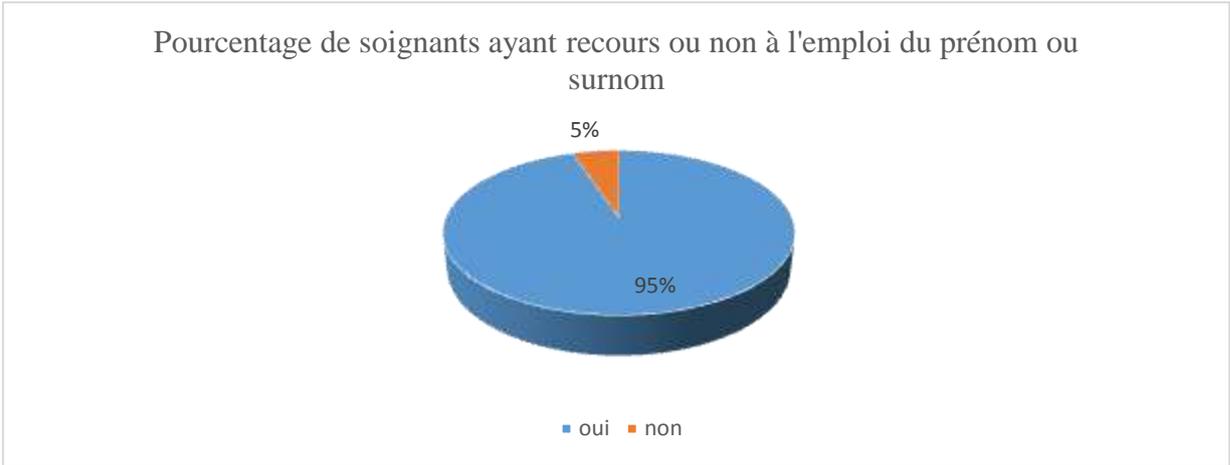
Pour la seconde partie du questionnaire, la première question demandait : Comment définiriez-vous la bientraitance ? les soignants ayant répondu aux questionnaires ont notifié que la bientraitance était le respect du résident pour 79% des répondants. Le bien-être et son confort pour 23% ; prendre soin pour 21%, pour 18% le respect de la dignité du résident, l'accompagnement pour 8% d'entre eux, 5% une bienveillance et enfin pour 3% l'empathie, le non-jugement, la valorisation du résident, une prise en charge globale, l'application des bonnes pratiques et être à l'écoute.



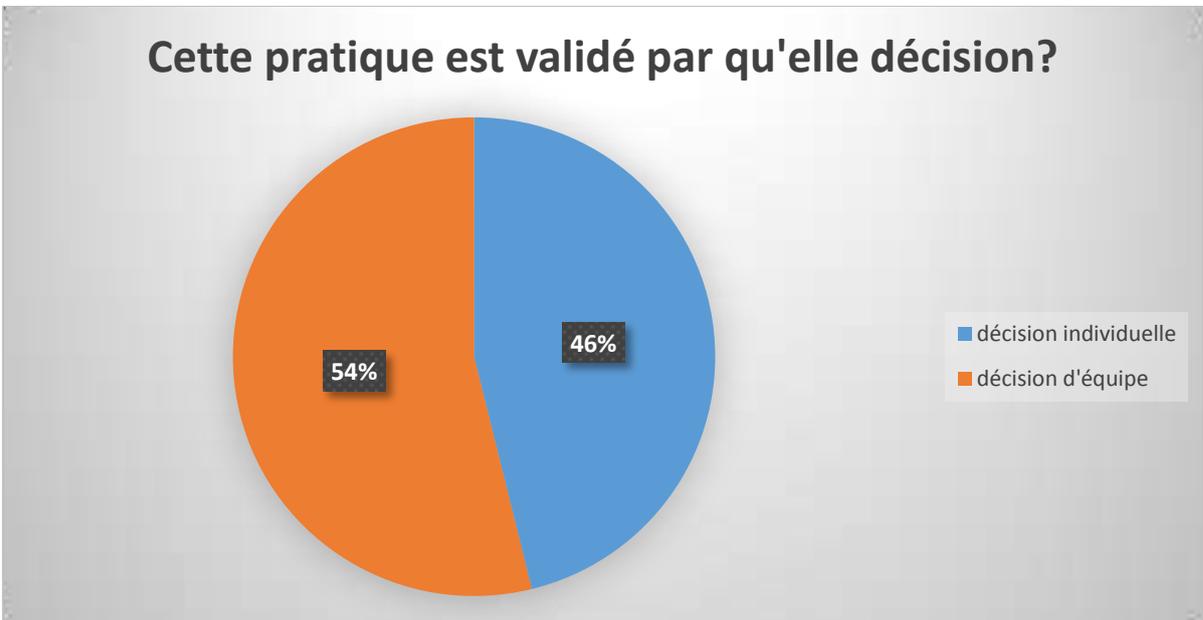
La deuxième question qui demandait si le fait de prénommer ou surnommer le résident était autorisé dans l'établissement. 69% des professionnelles semblent autorisées par l'établissement à employer le prénom ou le surnom du résident. Seulement 18% ne sont pas autorisés car la direction considère que c'est un manque de respect et que cela pourrait choquer les familles. 13% ne savent pas si cela est autorisé ou non. Il semblerait que pour deux EHPAD cela est autorisé, pour une autre EHPAD apparemment pour les professionnelles oui et pour l'IDEC non, ce qui prouve qu'on doit être vigilante lors de notre management à rappeler aux équipes le règlement de l'établissements.



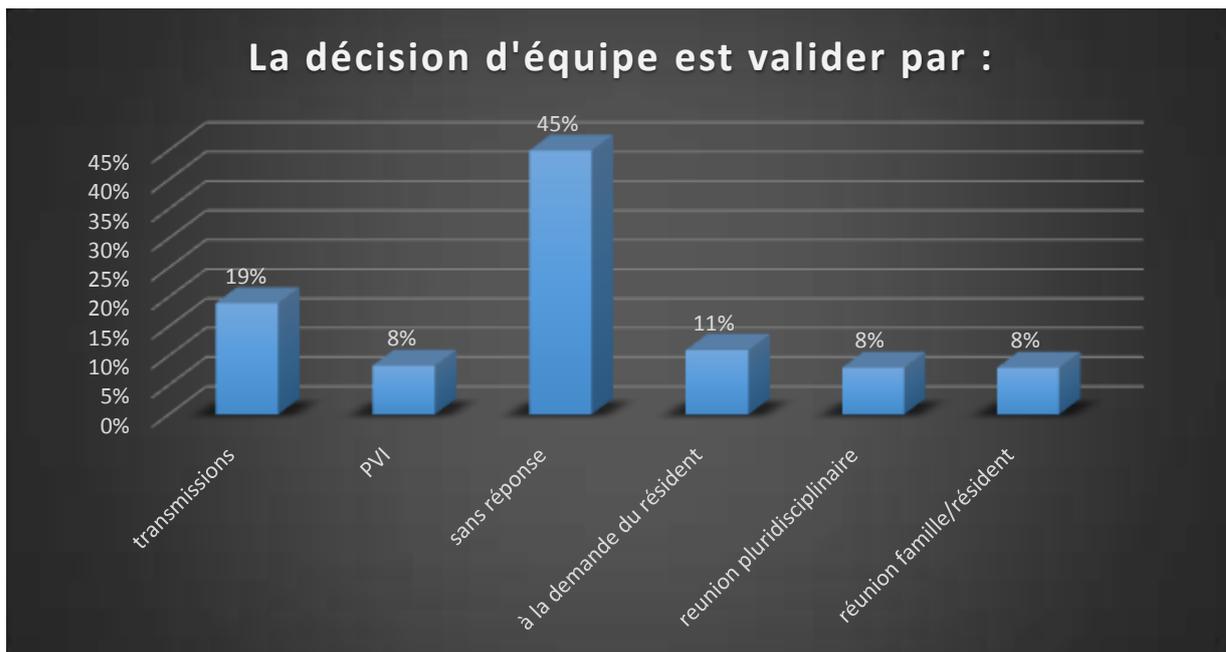
La troisième question concernait la pratique au quotidien dans les EHPAD sur le fait de prénommer ou surnommer les résidents par leurs prénoms à savoir si cela est fait et si cela est une décision individuelle ou collective. Enfin si cela est une pratique collective comment est prise la décision. 95% des personnes ayant répondu ont notifié qu'il ou elle avait l'habitude d'avoir recourt à cette pratique et seulement 5% qu'elle n'avait pas recours à celle-ci.



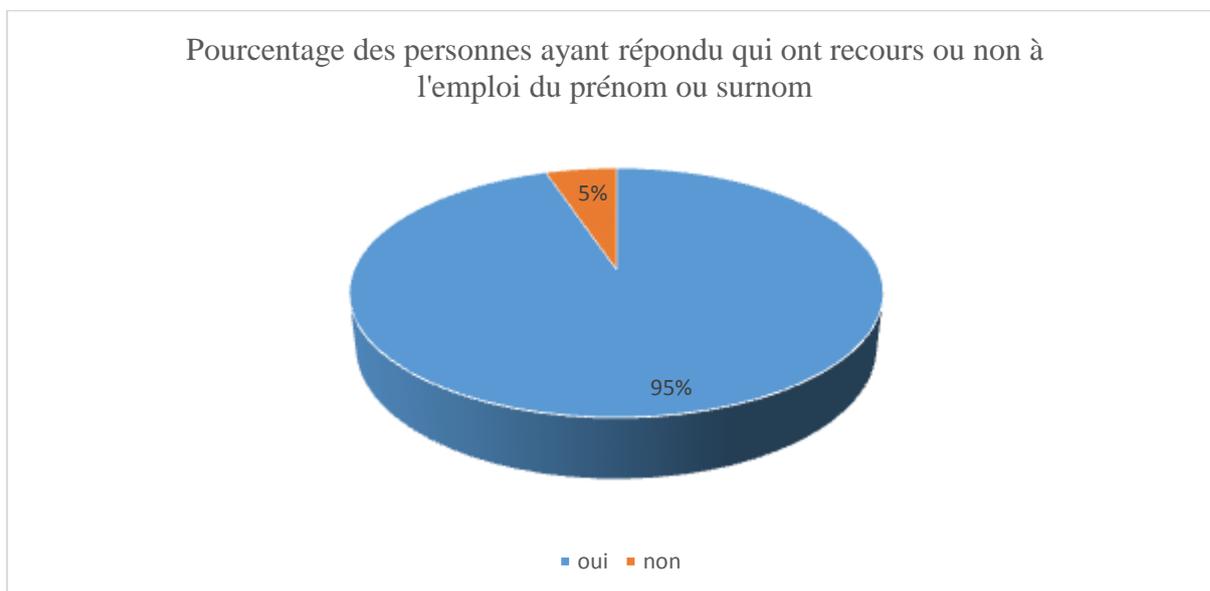
Pour 54% c'est une pratique qui a été décidée en équipe et pour 46% une décision individuelle sans concertation.



Pour les 54% de soignants qui valident cette pratique par une décision d'équipe, cela est fait par l'intermédiaire des transmissions pour 19%, pour 11% à la demande du résident, seulement 8% par l'intermédiaire des projets de vie, réunion pluridisciplinaire et réunion famille/résident. Malheureusement 45% n'ont pas su dire comment cette décision était prise en équipe. Peut-on mettre en doute les réponses apportées ?

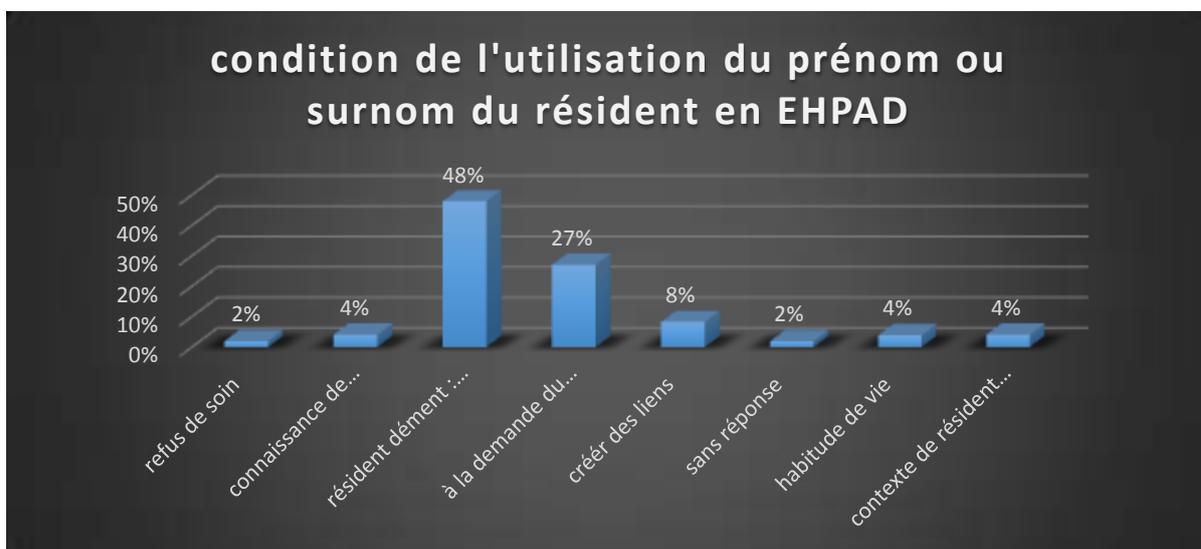


La quatrième question était de savoir si la personne qui a répondu avait pour habitude de nommer ou surnommer un résident et pour quelle raison il ou elle était amené à le faire. 95% des soignants ont déjà été amenés à nommer ou surnommer un résident dans leur pratique de soins et seulement 5% n'y ont jamais eu recours.

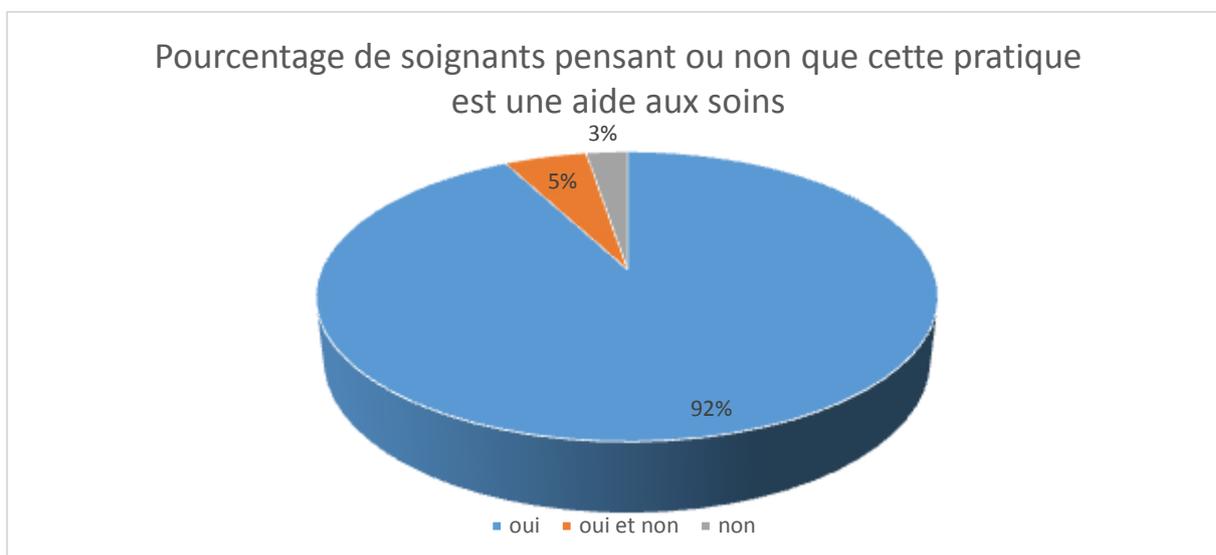


Les soignants ont recours à cette pratique pour 48% d'entre eux lorsqu'ils sont au contact de résidents dément qui ne reconnaissent plus leur nom ou pour attirer leur attention. 27% le pratique lorsque le résident le demande. Une minorité 8% afin de créer du lien avec le résident. 4% dans un contexte de fin de vie, de connaissance à l'extérieur de l'établissement

ou d'habitude de vie. Et enfin 2% en cas de refus de soin. 2% n'ont pas donné de raison à cette pratique régulière.

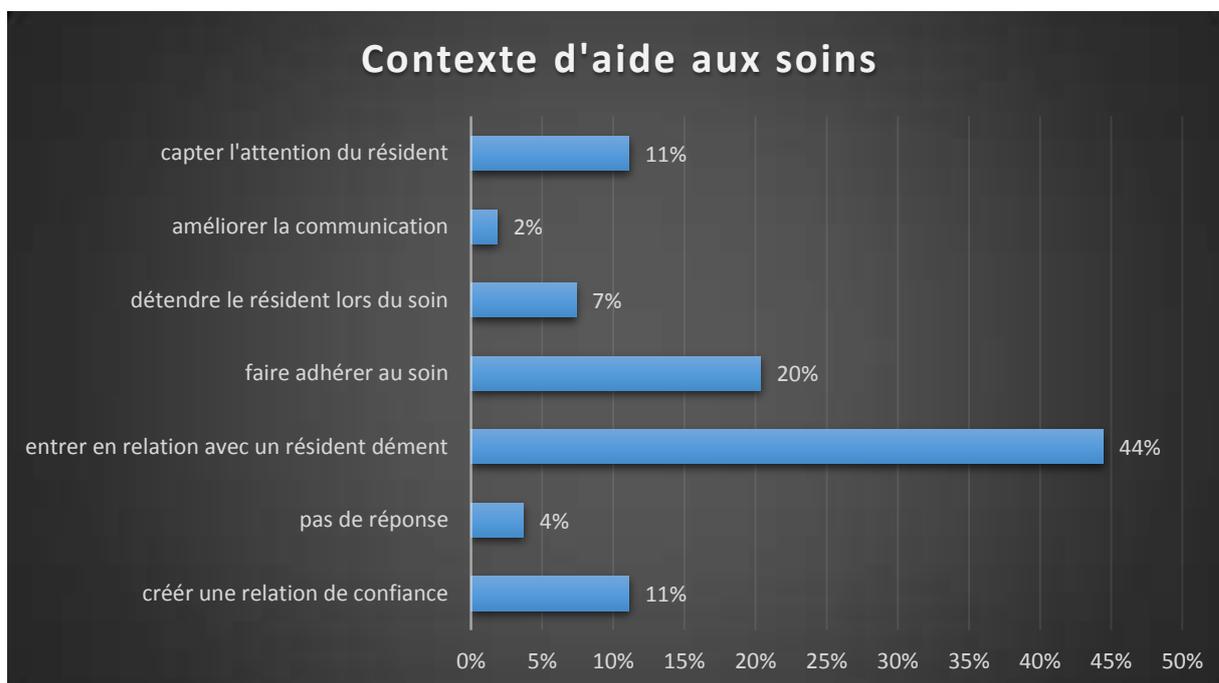


La cinquième question demandait si cela pouvait être une aide aux soins et pourquoi cela pouvait ou non l'être. Pour 92% cela est une aide aux soins, 5% ne savent pas et 3% pensent que ce n'est pas une aide au soin.

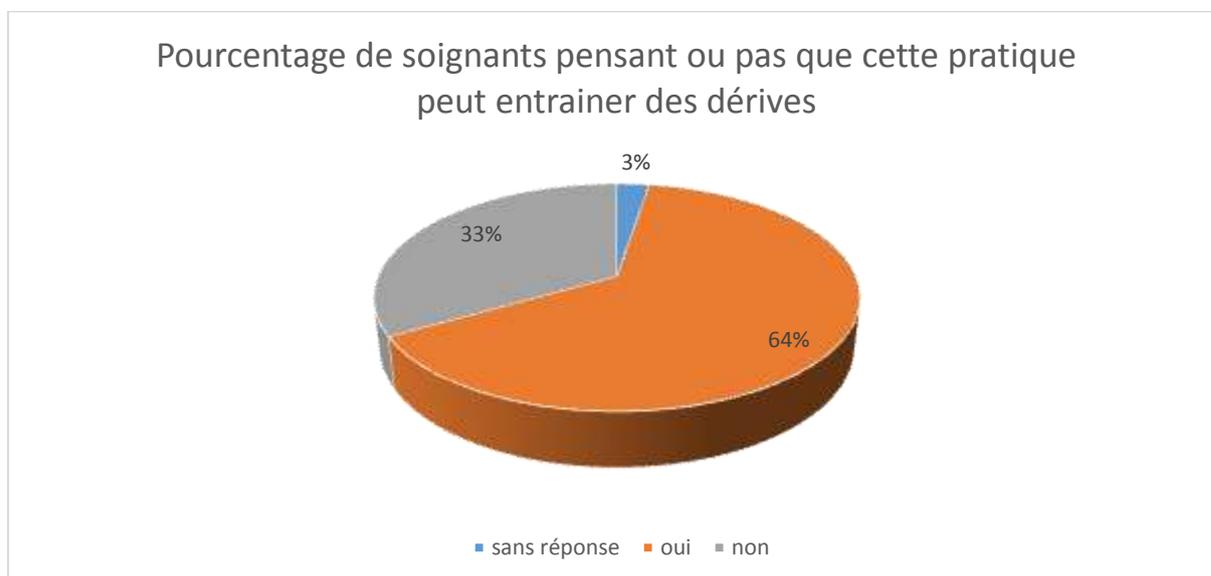


Chaque personne ayant répondu a donné plusieurs réponses. La majorité 44% pense que cela permet de mieux rentrer en relation avec un résident dément. 20% pense que cela permet de faire adhérer le résident aux soins. Pour 11% cela permet de capter l'attention du résident et de créer une relation de confiance. 7% emploient le prénom ou surnom pour

détendre le résident lors des soins et 2% pour améliorer la communication. 4% n'ont pas donné de réponse.

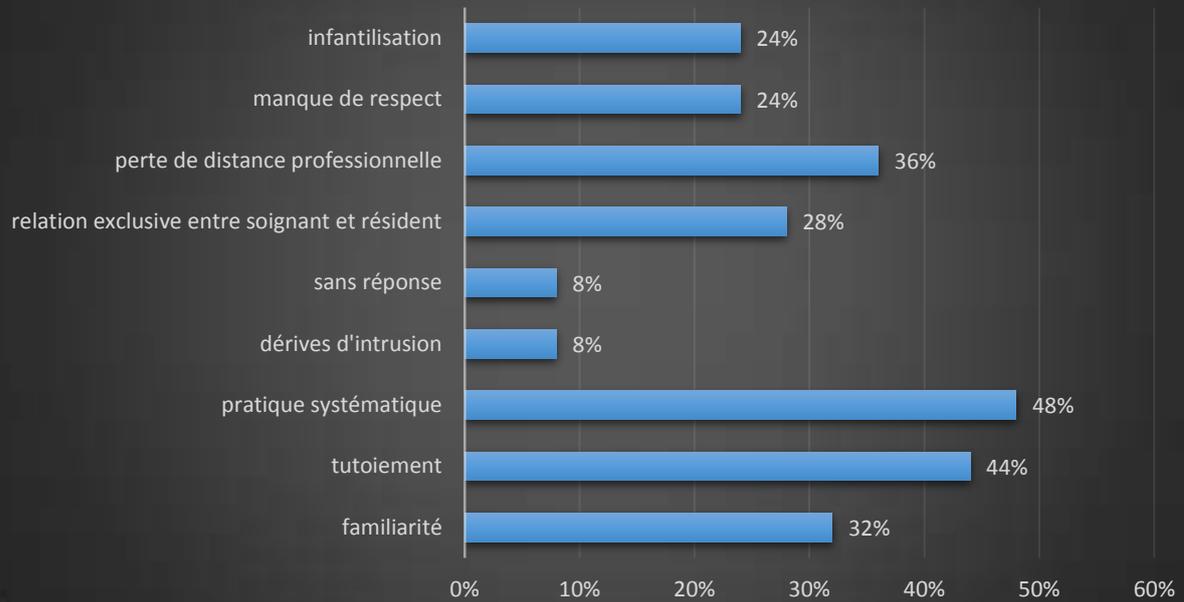


La sixième question permet de savoir si pour les répondants cette pratique peut ou non entraîner des dérives et pourquoi. 64% pensent qu'il peut y avoir certaines dérives.



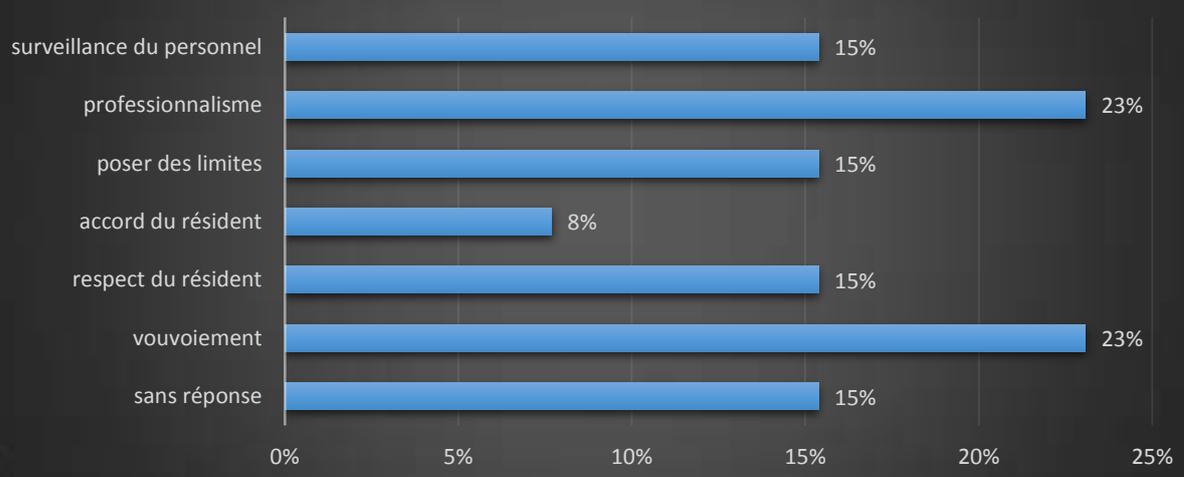
Pour les 64% de soignants ayant répondu oui, les dérives éventuelles peuvent être une pratique de manière systématique 48%, le tutoiement 44%, la familiarité 32%, peut entraîner une relation exclusive entre le soignant et le résident 28%, une infantilisation et un manque de respect 24%, des dérives d'intrusion par le résident dans la vie personnelle des soignants 8%. Pour 8%, il n'y a pas de réponse.

La pratique peut entrainer des dérives tel que :

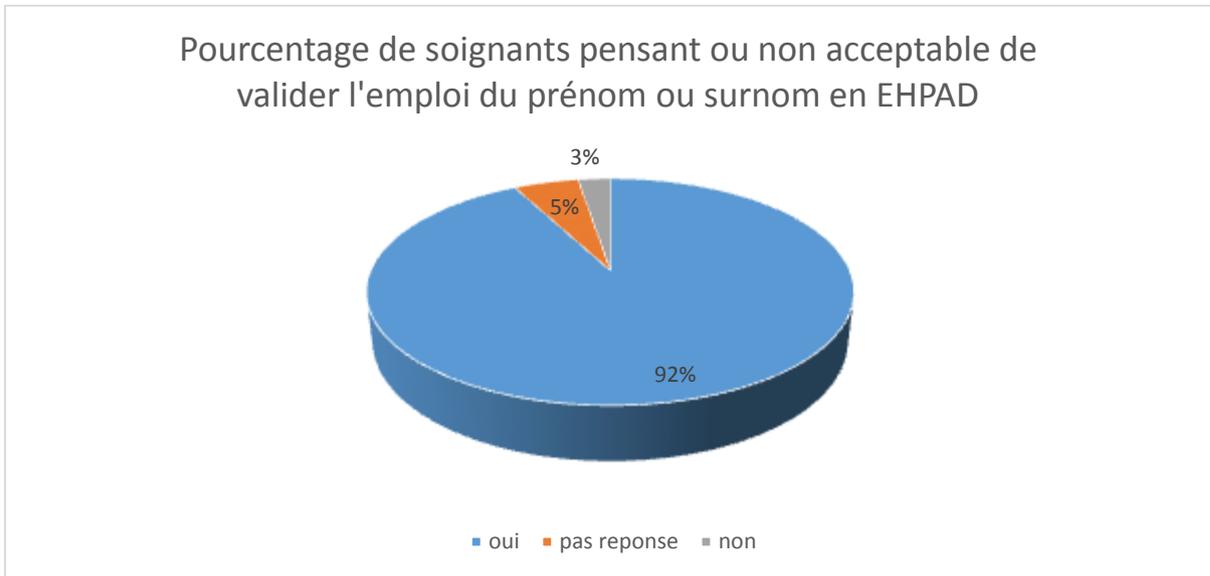


Par contre, pour 33% pensant qu'il ne peut pas y avoir de dérives, du fait de la surveillance des pratiques du personnel pour 15%, en gardant un professionnalisme 23%, en posant des limites et les respecter pour 15%, en ayant l'accord du résident 8%, en respectant le résident 15%, en employant le vouvoiement 23%. Nous n'avons pas obtenu de réponse pour 15% d'entre eux.

La pratique n'entraine pas de dérives si :

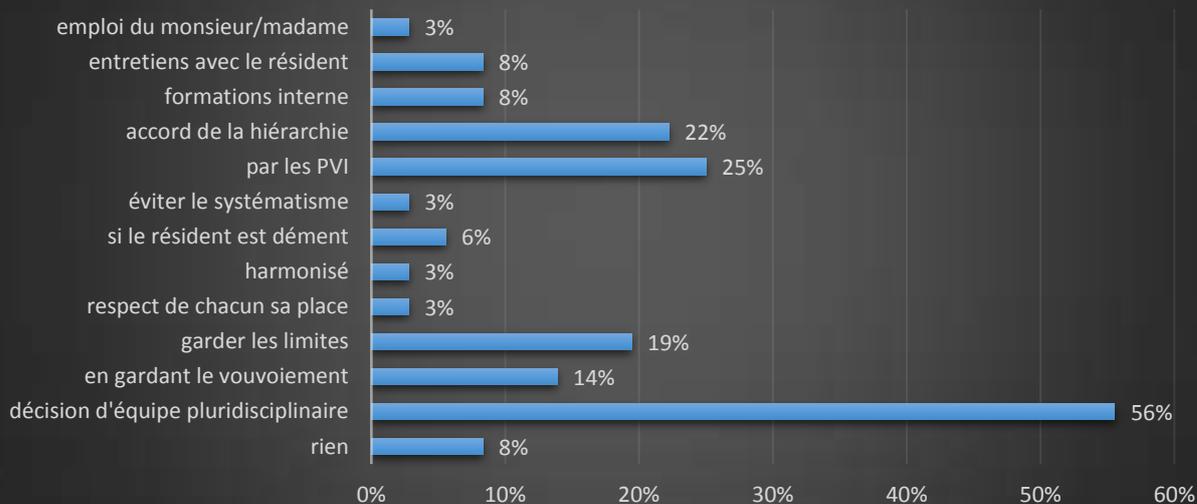


Enfin la septième question permet de savoir s'il serait utile de valider cette pratique et de quelle manière il serait possible de le valider pour éviter les dérives. 92% pensent qu'il serait utile de valider cette pratique, 5% n'ont pas de réponse et 3% sont contre la validation de cette pratique.



Pour les 92% des professionnelles pensant que l'on peut valider cette pratique, 56% souhaitent que cela soit fait par une décision d'équipe afin d'éviter les dérives. Les autres modes permettant d'éviter les dérives proposées par les professionnelles sont par les projets de vie pour 25%, avec l'accord de la hiérarchie 22%, en gardant des limites professionnelles 19%, en gardant le vouvoiement 14%, et 8% ou moins en employant madame/monsieur, avec des entretiens avec le résident, avec des formations en interne, en évitant l'emploi systématique, en cas de démences du résident, en harmonisant les pratiques et en respectant « chacun sa place ». Certains n'ont pas eu de réponse 8%.

Les pratiques à adopter pour éviter les dérives



Sur 92% ayant validé cette pratique, 3% pensent qu'il faut quand même surveiller le personnel soignant et pour 8% donner une sanction disciplinaire si des dérives sont constatées.

3% pensent qu'il ne faut pas valider cette pratique car cela est un irrespect du résident.

1.3 analyse des entretiens et questionnaires

Pour 25 questionnaires, 22 ont été rempli par divers personnes tel que les infirmières et aides-soignantes en priorité, de même que les entretiens semi-dirigée. Chacun semble avoir répondu de manière la plus honnête possible.

La première partie du questionnaire concernant la catégorie, nous permet de connaître la fonction et le temps d'exercice dans l'établissement. Nous avons constaté que cette question

ne permet pas de faire de différenciation de pratique au quotidien que ce soit par rapport à l'ancienneté dans le métier ou dans l'établissement. Nous avons donc poursuivi la synthèse de nos questionnaire et entretien sans différencier chacun des professionnelles.

La plupart des personnes ayant répondu ont eu diverses formations. Seule les IDEC n'ont pas eu de formation sur la bientraitance, les infirmières, les aides-soignantes et agent de service hospitalier sont en moyenne 36% à avoir eu une formation sur la bientraitance et la majorité sont les aides-soignantes. Par contre les IDEC ont eu une formation sur la maltraitance que les autres professionnels n'ont pas eu. Cela nous permet de dire que la bientraitance et la maltraitance sont des préoccupations majeures des professionnels en EHPAD. Les agents les mieux formé sur la bientraitance sont apparemment les infirmières et les aides-soignantes ce qui est positif car ce sont les professionnelles les plus proches des résidents.

La seconde partie du questionnaire, concernait la définition de la bientraitance. De nombreux mots clés sont ressorti, en majorité le respect du résident par le soignant, son bien-être et son accompagnement. Cela permet d'affirmer que les soignants ont une notion de la bientraitance même si toutes les notions la concernant n'ont pas été ressorties.

Dans la question suivante concernant la validation par les institutions de l'emploi du prénom ou surnom, il semble qu'une majorité des établissements autorise les soignants à utiliser le prénom ou surnom du résident mais cela ne semble pas être formalisé. Une minorité ne sont pas autorisé à employer le prénom ou surnom du résident. On peut donc considérer que cette pratique est autorisée la plupart du temps mais sans réelle traçabilité.

La troisième question a permis de démontrer que cette pratique est quotidienne et que la plus grande partie des professionnels la pratique. La plupart prend la décision de manière individuelle ce qui est contradictoire avec le fait que l'établissement autorise cette pratique. Pour ceux qui utilisent le prénom ou le surnom suite à une décision d'équipe, l'officialisent lors des transmissions entre les changements d'équipe, la plupart du temps. Ou bien, à la demande du résident, lors des projets de vie, des réunions pluridisciplinaires et/ou les réunions de famille/résident. Malheureusement une grande majorité n'a pas donné de réponse concernant la manière de prendre cette décision. On peut analyser cette non réponse comme le fait que le sujet reste assez « tabou » malgré une pratique régulière.

La majorité des professionnels qui ont répondu au questionnaire emploie le prénom ou surnom en fonction de la situation. Apparemment c'est une pratique normale et quotidienne qui ne pose aucun problème aux professionnels. Pour les différents professionnels, l'emploi du prénom ou surnom peut se faire sans problème si celui-ci a des troubles cognitifs et qu'il ne peut reconnaître son nom, ou alors, si le résident le demande.

Pour la grande partie des soignants l'emploi du prénom est effectivement une aide au soin afin de rentrer en communication avec le résident dément mais aussi le faire adhérer aux soins. Une petite partie des soignants n'a pas souhaiter se prononcer sur la question ou à considérer que cela n'était pas une aide au soin. Les soignants sont nombreux à considérer cette pratique comme un acte essentielle dans leur pratique quotidienne auprès des personnes âgées.

En ce qui concerne les éventuelles dérives probables ou non, les soignants sont majoritaires à dire qu'il ne peut pas y avoir de dérives lors de cette pratique si on respecte certaines règles. Pour eux, si on garde le vouvoiement avant le prénom ou surnom cela ne pose aucun problème, il en est de même si on garde un certain professionnalisme. Cette question permet de dire que les soignants se posent parfois la question dans leur pratique au quotidien de la limite mince qu'il peut y avoir entre la bienveillance et la maltraitance. Certains ont admis qu'ils pouvaient y avoir des dérives, entre autres une pratique systématique, le tutoiement, le manque de distance professionnel et la familiarité. Apparemment les soignants savent que la pratique de l'emploi du prénom ou surnom n'est pas une méthode autorisée ou conventionnelle et sont conscients qu'il peut y avoir des dérives. Comme nous avons pu le constater, cela ne les empêche pas de le pratiquer au quotidien.

Enfin il semble être essentiel de valider cette pratique connue par tous les soignants. Cette façon de prendre soin des résidents en EHPAD semble être importante, et pour le valider la meilleure méthode serait une décision en équipe pluridisciplinaire. On peut considérer que notre hypothèse concernant d'éventuelles dérives est validée et que des limites doivent être convenues, voir imposées par une décision réfléchie en équipe et non individuelle. L'IDEC doit organiser des réunions régulières de prise de décision sur l'autorisation de l'emploi du prénom ou surnom des résidents en fonction de la situation et doit savoir inculquer aux soignants le respect des règles pour le bien être du résident.

Partie 3 : les convergences et divergences

1 Les convergences

Comme nous avons pu le voir l'emploi du prénom et surnom est une pratique quotidienne en EHPAD mais pas forcément formalisée. Nous avons constaté que les

soignants qui pratiquent cette technique de soin est pour certain une bienveillance si on respecte le vouvoiement ce qui est essentiel. Nous avons développé dans les concepts que si chacun garde en tête une prise en charge avec un maintien de la bonne distance relationnelle cela permet d'éviter les dérives.

A la lecture de la première et deuxième partie de ce travail, nous pouvons constater que plusieurs facteurs se rejoignent : tout d'abord, la recherche documentaire nous a permis de nous rendre compte qu'aucun texte ne légiférait concrètement sur notre sujet, que cette pratique était laissée quelques parts à la libre appréciation de chacun en respectant des principes fondamentaux tel que le respect de la personne et la bienveillance. Nous faisons le même constat à travers les réponses apportés par les différents professionnels interrogés car chacun à son propre positionnement, en dépit parfois même des directives émises par leur encadrant hiérarchique.

Ensuite, nous constatons que le fait de nommer un résident par son prénom ou surnom peut être un atout dans la relation soignant-soigné, ce qui a été repris par la plupart des soignants interrogés en précisant que cette pratique pouvait être une aide au soin.

Nous avons aussi fait le constat dans la première partie et la deuxième partie que le rôle de management de l'infirmier (ière) coordinateur (trice) était essentiel dans la validation de cette pratique car il/elle est le garant des bonnes pratiques gériatriques et donc celui ou celle qui permettra de limiter les déviations.

2 Les divergences

Nous avons constaté que la notion de valeur professionnelle n'est apparue que lors des entretiens. Le positionnement des soignants interrogés n'était pas conditionné qu'à travers les bonnes pratiques professionnelles mais que les valeurs professionnelles propre à chacun intervenaient, ce qui peut être vu comme de la bienveillance pour les uns, peut-être vu comme un manque de respect voir de la maltraitance pour les autres.

Conclusion

L'emploi du prénom et surnom peut entraîner des dérives allant jusqu'à la maltraitance. En effet certains soignants pensent que cette pratique leur permet de tutoyer et être familier

avec les résidents car pour eux ils ne comprennent pas grand-chose et que l'on peut gérer comme bon nous semble. Mais pour la majorité d'entre eux cette pratique permet parfois une meilleure prise en charge des résidents, surtout ceux ayant des troubles cognitifs. On a pu constater que les soignants pratiquent régulièrement et qu'ils sont conscient que pour éviter les dérives il faut formaliser cette pratique. La meilleure des méthodes semble être une décision d'équipe afin que cela ne soit pas systématique et que ce soit en lien avec la prise en soin. Chacun pense qu'il doit y avoir une réflexion sur cette méthode et que cela reste ponctuel.

Tout au long de notre travail nous avons constaté qu'il n'y a pas de législation ni de document formalisé sur le sujet et nous avons pu constater que les soignants aimeraient une modalité de formalisation pour éviter les dérives. Nous pouvons dire qu'il faut formaliser l'emploi du prénom et surnom des résidents par une décision d'équipe pluridisciplinaire car en tant qu'IDEC on a pour rôle d'organiser ces réunions qui permettent de formaliser les organisations. Dans la pratique au quotidien, l'IDEC doit savoir se confrontée aux différentes valeurs professionnelles de chaque soignant ce qui peut être parfois une difficulté. Doit-t-on envisager de formaliser lors du projet de vie ou bien lors de l'admission du résident l'emploi du prénom ou surnom ? doit-on envisager de légiférer ou bien de formalisé cette technique de soin dans la charte de la personne âgée ?

BIBLIOGRAPHIE

Étude et résultats n°899 décembre 2014 DRESS.

Personnes âgées dépendantes INSEE

Étude et résultats n°899 décembre 2014 DRESS

La bientraitance en EHPAD : Une approche de sensibilisation du personnel, Emmanuelle FILLION

[Http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf)

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf

[Http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&Article=LEGIARTI000006797370&dateTexte=&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&Article=LEGIARTI000006797370&dateTexte=&categorieLien=cid)

Règlement intérieur EHPAD « LE MONTEL »

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
ministère de la santé et des sports.

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
ministère de la santé et des sports

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, paragraphe 4.2.C

La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociale et médico-sociales

Convention collective annexée du 18 avril 2002, page A, XII,6

www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/vers-unfederation-infirmieres-coordination-ehpad.html

L'ordre nationale des infirmières

[Https://ggreveurschampdemars.wordpress.com/2014/01/06/fiche-de-poste-lesfonctions-de-liddec-infirmiere-coordinatrice-en-ehpad/](https://ggreveurschampdemars.wordpress.com/2014/01/06/fiche-de-poste-lesfonctions-de-liddec-infirmiere-coordinatrice-en-ehpad/)

Donald Winnicott. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969.

Le conseil de l'EUROPE en 1992

Paul Ricœur. Soi-même comme un autre. Paris : Seuil, 1990.

Paperman, Patricia et Laugier, Sandra. Le souci des autres, Ethique et politique de la care. Paris : EHESS, 2006.

Rapport, Danielle. La bientraitance envers l'enfant. Paris : Belin, 2006, p. 20. Comité de pilotage de « L'opération pouponnières ».

Vieillir en institution : le dernier chez soir. Sociologue E. GOFFMAN.

Donald Winnicott. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969

ANNEXES

Actuellement en formation d'infirmière coordinatrice en EHPAD à distance, nous réalisons une enquête dans le cadre de notre mémoire. Celui-ci a pour thème le positionnement de l'IDEC face à l'usage du prénom/surnom du résident en EHPAD.

Le questionnaire suivant doit nous permettre de nous éclairer et de pouvoir répondre à notre questionnement de départ. Vos réponses, nous permettrons lors de notre pratique professionnelle à pouvoir nous positionner face à ces situations parfois complexes.

Nous vous remercions par avance de la sincérité de vos réponses et pour le respect de la confidentialité, ce questionnaire est anonyme.

CATEGORIES :

AS IDE CADRE/IDEC

1- *Depuis combien de temps, êtes-vous dans l'établissement ?*

0 à 5 ans

6 à 10 ans

11 ans et +

2- *Depuis combien de temps exercez-vous la fonction ?*

0 à 5 ans

6 à 10 ans

11 ans et +

3- *Quelles autres formations significatives avez-vous reçu au cours de votre carrière de soignant ?*

.....
.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE :

1- *Que signifie pour vous la bientraitance ?*

.....
.....
.....

2- *Nommer un résident par son prénom ou surnom est-il autorisé au sein de votre établissement ?*

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

3- *Y a-t-il au sein de votre établissement des soignants qui appellent un résident par son prénom ou surnom ?*

Oui Non

Si oui, est-ce une pratique plutôt individuelle ou une décision d'équipe ?

.....
.....

S'il s'agit d'une décision d'équipe, par quel biais a-t-elle été validé ?

.....
.....
.....

4- *Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé, au cours de votre carrière, de nommer un résident par son prénom ou surnom ?*

Oui Non

Si oui, pourquoi ?

.....

Si non, pourquoi ?

.....

5- *Pour vous, nommer un résident par son prénom peut-il être une aide aux soins ?*

Oui Non

Si oui, pourquoi ?

.....

Si non, pourquoi ?

.....

6- *Pensez-vous que le fait de nommer un résident par son prénom ou surnom peut entraîner des dérives pour le résident et pour le soignant ?*

Oui Non

Si oui pourquoi ?

.....
.....
.....

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

7- *Pour vous, pourrez-t-on valider l'usage du prénom du résident en fonction des situations ?*

Oui Non

Si oui, comment pourrez-t-on limiter les dérives ?

.....
.....
.....

Merci de votre participation et au temps que vous avez consacré à ce questionnaire.

JUSTIFICATION DU QUESTIONNAIRE

1- Que signifie pour vous la bientraitance ?

Cette question nous permettra de savoir qu'elle notion à la personne sur la bientraitance, si celle-ci a connaissance de ce nouveau concept.

2- Nommer un résident par son prénom ou surnom est-il autorisé au sein de votre établissement ?

Si non, pourquoi ?

Connaître la politique institutionnelle des différents EHPAD où nous avons mené nos entretiens par rapport à cette pratique.

3- Y a-t-il au sein de votre établissement des soignants qui appellent un résident par son prénom ou surnom ? Si oui, est-ce une pratique plutôt individuelle ou une décision d'équipe ? S'il s'agit d'une décision d'équipe, par quel biais a-t-elle été validé ?

Connaître la fréquence de cette pratique au sein du personnel soignant.

Savoir s'il s'agit de comportement plutôt individuel ou collectif.

Déterminer les différentes façons d'encadrer cette pratique.

4- Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé, au cours de votre carrière, de nommer un résident par son prénom ou surnom ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Connaître le positionnement du soignant interrogé

5- Pour vous, nommer un résident par son prénom peut-il être une aide aux soins ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi ?

Permettre de vérifier le ressenti de la personne interrogée, sa vision lors de telle pratique. Est-ce une réelle problématique.

6- Pensez-vous que le fait de nommer un résident par son prénom ou surnom peut entraîner des dérives pour le résident et pour le soignant ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

Identifier les dérives craintes par le soignant.

7- Pour vous, pourrez-t-on valider l'usage du prénom du résident en fonction des situations ? si oui, comment pourrez-t-on limiter les dérives ?

Connaître l'opinion de la personne. Savoir si notre mémoire a un intérêt et savoir si nos hypothèses sont valides.