

La bientraitance dans les soins

édition
2010

Actions
et astuces
de soignant



« Partager sa pratique
pour encore mieux prendre soin »

AVERTISSEMENT AUX LECTEURS

Ce document a été réalisé pour assurer la prise en soins d'une personne âgée dépendante physiquement ou mentalement. Mais les propositions de soins peuvent être utilisées pour toute personne ayant une dépendance physique ou mentale quel que soit le lieu de dispensation du soin.

Notes :



A series of horizontal dotted lines for taking notes, with three sticky notes (yellow, pink, and orange) pinned to the page.

La bientraitance dans les soins

Actions
et astuces
de soignant



INTRODUCTION

Pourquoi ce guide ?	5
Qui va l'utiliser ?	5
Comment ?	5
Au profit de qui ?	5
Où ?	5

PREMIÈRE PARTIE : Quelques définitions et quelques points de repère

1. Population accueillie	7
2. Définition du soin gériatrique	7
3. Définition de la bientraitance	7
4. Professionnels travaillant dans les EHPAD	8
5. Cadre réglementaire	8
6. Projet de soins	9
7. Projet de vie	9
8. Evaluation bénéfique/risque vis-à-vis de décisions de soins	9
9. Place de la famille et de l'entourage	9

DEUXIÈME PARTIE : Quelques spécificités

1. Responsabilité des aides-soignants dans l'aide à la prise des médicaments	11
2. Travail de nuit	12
3. Rôle de l'aide-soignant dans l'animation	12
4. Transmissions : rôle de l'aide-soignant	12

CONCLUSION

ANNEXES

Annexe 1 : Charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes (Fondation Nationale de Gérontologie - version révisée en 2007)	14
Annexe 2 : L'entretien des locaux	20
Annexe 3 : L'hygiène de mains	22
Annexe 4 : Le port de gants	24
Annexe 5 : Circulaire du 9 mars 1999 établie par le Conseil d'Etat relative à la distribution des médicaments	25
Annexe 6 : Article L 316-26 du Code de l'action sociale et des familles	25

BIBLIOGRAPHIE



INTRO

INTRODUCTION

Ce guide n'a pas pour objet de présenter des protocoles de soins mais de proposer des actions qui permettent d'améliorer les soins et ainsi d'éviter les risques de maltraitance.

Pourquoi ce guide ?

Pour aider l'intégration des professionnels paramédicaux qui exerceront leurs activités dans les EHPAD (Établissements d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes) ou toute structure accueillant des personnes âgées ou handicapées.

Qui va l'utiliser ?

Les aides-soignants, les aides médico-psychologiques, les infirmiers, les agents des services hospitaliers, les cadres de santé, les étudiants en soins infirmiers et les élèves aides-soignants, les remplaçants, les nouveaux professionnels ayant des parcours de formation différents.

Ce guide peut être utilisé par l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de la pratique quotidienne. Dans le cadre du projet de soins, il peut devenir un outil de référence au niveau de la pratique au quotidien par les équipes.

Il pourra aussi être utilisé par d'autres professionnels de santé qui prennent en soins des personnes âgées et/ou handicapées dans une institution ou à domicile, ainsi que par des aidants naturels.

Comment ?

Ce guide pratique d'utilisation, concis, présente des éléments spécifiques du travail d'aides-soignants en EHPAD et propose des actions et des astuces dégagées par les professionnels pour l'amélioration de la qualité de la prise en soins.

Pour qui ?

Les bénéficiaires des soins : personnes âgées dépendantes résident en EHPAD.

Où ?

Dans toute structure accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées.



PREMIERE PARTIE

Quelques définitions et quelques points de repère



PREMIERE
PARTIE

1. Population accueillie

Personnes de plus de 60 ans :

- présentant un état de dépendance physique et/ou mentale,
- présentant des maladies invalidantes (SEP, séquelles AVC, etc...),
- personnes ayant des pathologies démentielles, (Alzheimer, démence vasculaire ou mixte, dégénérescence cérébrale, etc...),
- personnes ayant des pathologies neurologiques dégénératives (maladie de Parkinson...),
- personnes handicapées mentales ou psychiatriques vieillissantes.

2. Définition du soin gériatrique

C'est une prise en soin humaine et globale d'une personne -partiellement ou totalement- dépendante. Cet accompagnement évolue en fonction de l'état de santé de la personne. La personne âgée est un être vivant et unique, avec ses envies, ses désirs, ses ressources et ses besoins.

Ses capacités et ses ressources sont à préserver et/ou optimiser. Il est important :

- d'avoir un regard positif sur la personne et de la respecter dans son identité,
- de connaître son histoire et ses habitudes de vie,
- de prendre en compte sa famille, son entourage et son environnement.

Cela nécessite :

- un travail en équipe pluridisciplinaire pour une continuité et une complémentarité des soins,
- une remise en question constante dans nos pratiques de soins.

Le soin gériatrique prend en compte les dimensions physiques, psychologiques, médicales, sociales, culturelles et spirituelles.

3. Définition de la bientraitance

«La bientraitance est d'apporter à chacun ce qui lui convient le mieux et de personnaliser la prise en charge»

Professeur Marc BERTHEL - 2006
(in document bientraitance des personnes âgées dépendantes
du guide mobiquat du Ministère de la Santé)

Une démarche de bientraitance au sein d'un EHPAD a pour objectif d'améliorer la qualité de vie de tous les résidents, des familles et de tout le personnel.

Elle consiste à s'interroger sur nos pratiques, sur notre comportement, à repérer, à prévenir les situations à risque au quotidien et donc à nous placer dans une démarche d'évaluation de toutes les dimensions du soin.

La bientraitance passe par le respect de la dignité humaine, c'est-à-dire de la qualité d'être humain (considérer l'autre en tant que personne).

La bientraitance répond aux principes éthiques d'humanité et de dignité, de solidarité, d'équité, de justice et d'autonomie.

Redonner à chacun sa place de sujet implique des droits et des devoirs (respecter ne veut pas dire tout accepter, au risque d'une maltraitance des personnes âgées envers les soignants) sans sous estimer les soignants. Cela implique que la bientraitance concerne les personnes âgées, leur famille et l'ensemble des acteurs de l'institution, chacun pouvant devenir maltraitant envers l'autre.

4. Professionnel travaillant dans les EHPAD

1) Définition :

En EHPAD, le professionnel de santé :

- accompagne le résident, maintient son autonomie à travers les activités de sa vie quotidienne,
- contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie,
- accompagne le résident dans sa dégradation physique ou psychique ainsi que sa famille,
- soutient les aidants,
- accompagne le résident et sa famille jusqu'à la mort.

2) Missions :

L'aide-soignant :

- contribue au sein d'une équipe pluridisciplinaire à la prise en soin d'une personne ou d'un groupe de personnes,
- participe dans le cadre du rôle propre infirmier (défini par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004), en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux besoins de confort et de continuité de la vie en adaptant ses soins à la situation et aux besoins de la personne soignée.

5. Cadre réglementaire

- Ordonnance d'avril 1976 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique,
- Loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière,
- Loi du 24 juillet 1997 portant sur la réforme des EHPAD,
- Loi du 4 mars 2002 portant sur les droits des malades et de la qualité du système de santé,
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code,
- Décret du 2 mars 2006 et arrêté du 11 avril 2006 relatifs à la formation instituant le diplôme d'État d'aide médico-psychologique,
- Décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'État d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique,
- Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la VAE pour l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant,
- Arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant et au programme de formation des aides soignants,
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (annexe - Fédération nationale de gérontologie 1999).



6. Projet de soins

- Le projet de soins présente les orientations de la structure, en tenant compte des enjeux économiques et politiques. Il s'associe au projet médical afin de satisfaire les besoins de santé de la population concernée. Il renforce la participation des usagers, de leurs proches, des bénévoles à l'organisation de ces établissements.
- Il est conforme en tous points aux obligations législatives et réglementaires avec un souci permanent de réflexion éthique sur les pratiques quotidiennes des soignants et des bénévoles.
- Il repose sur une conception de soins et des valeurs communes à chaque professionnel travaillant dans un EHPAD, comme :
 - l'humanité,
 - le respect de la personne,
 - le respect de la dignité,
 - le respect de l'autonomie,
 - la responsabilité,
 - l'intégrité,
 - le travail en équipe.



7. Projet de vie

- Il est un engagement de tous les intervenants envers les résidents pour préserver et maintenir leur autonomie, limiter les souffrances liées à la dépendance et mettre en œuvre des actions individuelles et personnalisées répondant à des réels besoins, dans le respect des habitudes de vie.
- Il repose sur le respect de la dignité de la personne, quel que soit son état physique et psychique, en prévenant toutes situations dévalorisantes et d'échec.
- Le projet de vie évolue en fonction de l'état de santé du résident et de ses besoins.
- Les proches sont des partenaires qui contribuent à une prise en charge des soins de qualité de la personne et nécessitent un accompagnement de la part des professionnels.

8. Évaluation bénéfique/risque vis-à-vis de décisions de soins

Chaque action doit répondre à un objectif. Cet objectif est déterminé en équipe pluridisciplinaire en mesurant le bénéfice/risque. Cette action doit ensuite être accomplie par chaque acteur, évaluée et réajustée si besoin.

9. Place de la famille et l'entourage

L'entourage, la famille, les amis, la personne de confiance sont une source d'informations précieuses (recueil des habitudes de vie, des désirs...). Ce sont des partenaires de soins qui permettent d'orienter le projet de vie proposé à chaque personne âgée. Ils sont également «acteurs» dans le projet de soins (participation à une prise de décision).

Notes :



The page features a white background with horizontal dotted lines. Four colorful sticky notes are pinned to the page: a pink note at the top left, a green note at the top right, an orange note at the bottom right, and a blue note at the bottom left. Each note is secured with a small pushpin.

DEUXIEME PARTIE

Quelques spécificités

DEUXIEME
PARTIE

1. Responsabilité des aides-soignants dans l'aide à la prise du médicament

La circulaire du 9 mars 1999 (annexe 5) et l'article L 316-26 (annexe 6) du code de la santé publique définissent les modalités de dispensation des médicaments par voie orale par l'aide-soignant.

Dans les cas de situations exceptionnelles, où l'aide-soignant doit distribuer et aider à la prise de médicaments, il doit :

- vérifier le contenu du pilulier à l'aide de la prescription médicale,
- noter la prise effective sur le document prévu à cet effet.

Astuces :

Construction d'une fiche outil sur les médicaments pour répondre à la nécessité d'avoir des connaissances en pharmacopée (nom du médicament, famille, surveillance principale).

Vérifications :

⇒ la prescription :

l'aide-soignant doit obligatoirement avoir accès à la prescription médicale à la source :

- prescription écrite, datée et signée par le médecin qui comprend le nom, prénom du patient, la durée du traitement et la voie d'administration.

⇒ la distribution :

l'aide-soignant effectue un ultime contrôle du pilulier avant de donner le médicament au résident.

⇒ l'administration :

- Le traitement est distribué en présence du résident.
- La prise effective du médicament est assurée par l'aide-soignant et toute non-prise du médicament est signalée à l'infirmière et au médecin.
- Les gélules peuvent être ouvertes et les comprimés peuvent être écrasés avec l'autorisation du pharmacien ou médecin prescripteur.
- L'administration est enregistrée dans le dossier du patient.
- Pour chaque prise de médicament, une fiche de traçabilité est élaborée.

Cela nécessite donc des connaissances en matière de pharmacopée et une remise à niveau continue.

Le médicament est administré au bon moment, à la bonne dose, à la bonne personne en vérifiant l'identité du résident.

2. Travail de nuit :

La collaboration entre les différents membres de l'équipe est indispensable. Le travail de nuit nécessite de l'expérience professionnelle, de réelles capacités d'écoute et d'observation et une très bonne connaissance des résidents. Il est une continuité du travail de jour.

Les tâches à réaliser sont à personnaliser au rythme de chaque résident.

Le respect du sommeil est essentiel et prime sur d'autres considérations (change) d'où la nécessité d'adapter les soins en fonction des besoins des résidents.

On ne réveille pas un résident sans raison.

L'aide-soignant de nuit doit avoir une tenue vestimentaire et un comportement adaptés :

- porter des chaussures silencieuses
- proscrire les vociférations
- éviter de faire du bruit avec le matériel du service
- éviter les éclairages intempestifs
- et respecter les mesures d'hygiène mises en œuvre dans l'institution...

3. Rôle de l'aide-soignant dans l'animation :

L'animation est un soin à part entière qui fait partie du champ de compétence de l'aide-soignant.

Les animations doivent être réfléchies en équipe et proposées aux personnes âgées selon leur désir, dans le respect de leur autonomie et de leur dignité.

Les activités proposées en animation font partie du projet de vie des résidents. L'établissement se doit de proposer un projet d'animation collectif et personnalisé. Cela fait partie du projet d'établissement.

Les activités d'animation apportent aux résidents un bien-être partagé par les personnels qui animent ces actions. Un meilleur climat peut s'installer et rendre les résidents plus communicatifs.

Le projet d'animation pour les personnes démentes va surtout tourner autour du concept d'ambiance sensorielle qui consiste à adapter l'ambiance à la capacité de perception de la personne désorientée.

4. Transmissions : rôle de l'aide-soignant

C'est une obligation réglementaire (cf. décret profession aide-soignant) et une obligation institutionnelle par rapport à la certification. Les transmissions permettent une continuité de la prise en soins des résidents dans l'établissement.

La qualité des transmissions et leur traçabilité.

Pour assurer la continuité des soins, l'aide-soignant recherche, traite et transmet les informations.

L'aide-soignant :

- transmet les informations liées à la réalisation du soin et alerte en cas d'anomalie par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés
- renseigne les documents assurant la traçabilité des soins dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel
- s'exprime en utilisant un langage et un vocabulaire professionnel et tient compte des informations nécessaires sur les précautions particulières à respecter lors d'un soin.

Les transmissions écrites et orales font partie à part entière du soin. Elles sont indispensables à une prise en soins de qualité.

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce guide est réalisé par des professionnels
pour des professionnels

Ce guide a
pour objet

- de développer une réflexion professionnelle des équipes soignantes,
- d'enrichir les pratiques de soins,
- d'être un outil d'amélioration de la qualité des soins.

Au-delà d'un phénomène de mode, la bientraitance réside dans la capacité du soignant au sein d'une équipe à :

- réaliser les actes de bien être et de confort adaptés à chaque personne prise en soin,
- entrer dans une relation basée sur l'écoute et le respect des besoins de la personne et de son entourage.

Il n'y a pas de bientraitance
sans bienveillance.



Annexe 1

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Préambule

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement.

Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales.

Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens.

Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée.

Cette Charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

Article I - Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Elle doit bénéficier de l'autonomie que lui permettent ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il convient de la sensibiliser à ce risque, d'en tenir informé l'entourage et de proposer les mesures de prévention adaptées.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond et les choix de la personne, tout en tenant compte de ses capacités qui sont à réévaluer régulièrement.

Article II - Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Elle réside le plus souvent dans son domicile et souhaite y demeurer. Des dispositifs d'assistance et des aménagements doivent être proposés pour le lui permettre.

Un handicap psychique rend souvent difficile, voire impossible, la poursuite de la vie au domicile, surtout en cas d'isolement. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. La décision doit répondre aux souhaits et aux difficultés de la personne. Celle-ci doit être préparée à ce changement.

La qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral de la personne doivent constituer l'objectif constant, quel que soit le lieu d'accueil.

Lors de l'entrée en institution, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite ; la personne concernée a recours au conseil de son choix avant et au moment de l'admission.



Le choix de la solution d'accueil prend en compte et vérifie l'adéquation des compétences et des moyens humains de l'institution avec les besoins liés aux problèmes psycho-sociaux, aux pathologies et aux déficiences à l'origine de l'admission.

Tout changement de lieu de résidence, ou même de chambre, doit faire l'objet d'une concertation avec la personne.

En institution, l'architecture et les dispositifs doivent être conçus pour respecter la personne dans sa vie privée.

L'espace commun doit être organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements. Il doit être accueillant et garantir les meilleures conditions de sécurité.

Article III - Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

La vie quotidienne doit intégrer son rythme d'existence ainsi que les exigences et les difficultés liées aux handicaps, que ce soit au domicile, dans les lieux publics ou en institution.

Les élus et les urbanistes doivent prendre en considération le vieillissement de la population et les besoins des personnes de tous âges présentant des incapacités, notamment pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être accessibles en toute sécurité afin de préserver l'insertion sociale et de favoriser l'accès à la vie culturelle en dépit des handicaps.

Les institutions et industries culturelles ainsi que les médias doivent être attentifs, dans leurs créations et leurs programmations, aux attentes et besoins spécifiques des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

Les nouvelles technologies doivent être accessibles dans les meilleures conditions possibles aux personnes qui le souhaitent.

Article IV - Presence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Le rôle des proches qui entourent la personne à domicile doit être reconnu. Il doit être étayé par des soutiens psychologiques, matériels et financiers.

Au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités.

En cas d'absence ou de défaillance des proches, il revient aux professionnels et aux bénévoles formés à cette tâche de veiller au maintien d'une vie relationnelle dans le respect des choix de la personne.

Toute personne, quel que soit son âge, doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec lequel, de façon libre et mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle s'impose à tous.



Article V - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs et à ses besoins, sous réserve d'une protection légale, en cas de vulnérabilité.

Elle doit être préalablement informée de toute vente de ses biens et préparée à cette éventualité.

Il est indispensable que le coût de la compensation des handicaps ne soit pas mis à la charge de la famille. Lorsque la personne reçoit des aides sociales, la fraction des ressources restant disponible après la prise en charge doit demeurer suffisante et servir effectivement à son bien-être et à sa qualité de vie.

Article VI - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement existent à tout âge, même chez des personnes malades présentant un affaiblissement intellectuel ou physique sévère.

Développer des centres d'intérêt maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui.

La participation volontaire à des réalisations créatives diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation uniformisée et indifférenciée, mais permettre l'expression des aspirations personnelles.

Des activités adaptées doivent être proposées aux personnes quelle que soit la nature du déficit.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

Article VII - Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Sa liberté d'expression s'exerce dans le respect des opinions d'autrui.

L'exercice de ses droits civiques doit être facilité, notamment le droit de vote en fonction de sa capacité juridique.

Toute personne en situation de handicap ou de dépendance doit être reconnue dans ses valeurs, qu'elles soient d'inspiration religieuse ou philosophique.

Elle a droit à des temps de recueillement spirituel ou de réflexion.

Chaque établissement doit disposer d'un espace d'accès aisé pouvant servir de lieu de recueillement et de culte et permettre la visite des représentants des diverses religions et mouvements philosophiques non confessionnels en dehors de tout prosélytisme.

Les rites et les usages religieux ou laïcs s'accomplissent dans le respect mutuel.

Article VIII – Preservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. Le handicap physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie, chaque fois que son efficacité est démontrée.

En particulier, la personne exposée à un risque, soit du fait d'un accident, soit du fait d'une maladie chronique, doit bénéficier des actions et des moyens permettant de prévenir ou de retarder l'évolution des symptômes déficitaires et de leurs complications.

Les possibilités de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, des personnes âgées comme des professionnels, et être accessibles à tous.

Handicaps et dépendance peuvent mettre la personne sous l'emprise d'autrui.

La prise de conscience de cette emprise par les professionnels et les proches est la meilleure protection contre le risque de maltraitance.

Article IX - Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile selon les besoins de la personne. Les discriminations liées à l'âge sont contraires à l'éthique médicale.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Les soins visent aussi à rééduquer les fonctions déficitaires et à compenser les incapacités. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets.

En situation de handicap, la personne doit avoir accès à l'ensemble des aides humaines et techniques nécessaires ou utiles à la compensation de ses incapacités.

Aucune personne ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou en institution. Le consentement éclairé doit être recherché en vue d'une meilleure coopération du malade à ses propres soins.

Tout établissement de santé doit disposer des compétences et des moyens, ou à défaut, des coopérations structurelles permettant d'assurer sa mission auprès des personnes âgées malades, y compris celles en situation de dépendance.

Les institutions d'accueil doivent disposer des compétences, des effectifs, des locaux et des ressources financières nécessaires à la prise en soins des personnes âgées dépendantes, en particulier des personnes en situation de handicap psychique sévère.

Les délais administratifs anormalement longs et les discriminations de toute nature à l'accueil doivent être corrigés.

La tarification des soins et des aides visant à la compensation des handicaps doit être déterminée en fonction des besoins de la personne et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge. Elle ne doit pas pénaliser les familles.

Article X - Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

Une formation spécifique en gérontologie doit être assurée à tous les intervenants concernés. Cette formation est initiale et continue : elle s'adresse en particulier à tous les métiers de la santé et de la compensation des handicaps.

La compétence à la prise en charge des malades âgés ne concerne pas uniquement les personnels spécialisés en gériatrie mais l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans les aides et les soins.

Les intervenants, surtout lorsqu'ils sont isolés, doivent bénéficier d'un suivi, d'une évaluation adaptée et d'une analyse de leurs pratiques. Un soutien psychologique est indispensable ; il s'inscrit dans une démarche d'aide aux soignants et aux aidants.

Article XI - Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Il faut éviter de confondre les affections sévères et les affections mortelles : le renoncement thérapeutique chez une personne curable s'avère aussi inacceptable que l'obstination thérapeutique injustifiée. Mais, lorsque la mort approche, la personne doit être entourée de soins et d'attentions appropriés.

Le refus de l'acharnement thérapeutique ne signifie pas un abandon des soins, mais justifie un accompagnement visant à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la souffrance morale.

La personne doit pouvoir vivre le terme de son existence dans les conditions qu'elle souhaite, respectée dans ses convictions et écoutée dans ses préférences.

La place des proches justifie une approche et des procédures adaptées à leurs besoins propres.

Que la mort ait lieu à l'hôpital, au domicile ou en institution, les intervenants doivent être sensibilisés et formés aux aspects relationnel, culturel, spirituel et technique de l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille, avant et après le décès.

Article XII - La recherche : Une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

Elle implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et sociales, les sciences économiques et les sciences de l'éducation.

La recherche relative aux maladies associées au grand âge est un devoir. Bénéficier des progrès de la recherche constitue un droit pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés.

Seule la recherche peut permettre d'acquérir une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge ainsi que de leurs conséquences fonctionnelles et faciliter leur prévention ou leur guérison.

Le développement d'une recherche gérontologique et gériatrique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, diminuer leurs souffrances et abaisser les coûts de leur prise en charge.

Article XIII - Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

L'exercice effectif de la totalité de ses droits civiques doit être assuré à la personne vulnérable, y compris le droit de vote en l'absence de tutelle.

Les professionnels habilités à initier ou à appliquer une mesure de protection ont le devoir d'évaluer son acceptabilité par la personne concernée ainsi que ses conséquences affectives et sociales.

Dans la mise en oeuvre des protections prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), les points suivants doivent être considérés :

- le besoin de protection n'est pas forcément total, ni définitif ;
- la personne protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;
- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne puisse exprimer des orientations de vie et soit toujours tenue informée des actes effectués en son nom.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être assurée.

Toutes violences et négligences, même apparemment légères, doivent être prévenues, signalées et traitées. Les infractions caractérisées peuvent donner lieu à des sanctions professionnelles ou à des suites judiciaires.

Les violences ou négligences ont souvent des effets majeurs et irréversibles sur la santé et la sûreté des personnes : l'aide aux victimes doit être garantie afin que leurs droits soient respectés.

Article XIV - L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

Les membres de la société doivent être informés de manière explicite et volontaire des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

L'information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une attitude de mépris ou à une négligence indifférentes à la prise en compte des droits, des capacités et des souhaits de la personne.

Une information de qualité et des modalités de communication adaptées s'imposent à tous les stades d'intervention auprès de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Loyale et compréhensible, l'information doit intervenir lorsque la personne est encore en capacité d'affirmer ses choix.

Il convient également de prendre en considération le droit de la personne qui se refuse à être informée.

Une exclusion sociale peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus individuel et collectif d'être attentif aux besoins et aux attentes des personnes.

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Version révisée 2007

Fondation Nationale de Gérontologie
49 rue Mirabeau – 75016 PARIS

Annexe 2

L'ENTRETIEN DES LOCAUX

Il concourt à l'hygiène générale de l'établissement et à la prévention de la transmission des micro-organismes

Il doit assurer un aspect agréable (notion de confort) et un niveau de propreté (notion d'hygiène).

La tenue vestimentaire :

- ⇒ Je porte un tablier à usage unique.
- ⇒ Je porte obligatoirement des gants, de préférence à usage unique, changés entre chaque pièce.
- ⇒ Si je porte des «gants de ménage», ils sont nominatifs. Je les lave à l'eau et au savon entre chaque local et je les nettoie à l'intérieur et à l'extérieur en fin de journée.

Principes généraux :

- Commencer par les locaux les moins contaminés.
- ⇒ Nettoyer du haut vers le bas, et du plus propre vers le plus sale.
- ⇒ Toujours nettoyer avant de désinfecter.
- ⇒ Toujours balayer avant de procéder au lavage du sol.
- ⇒ Refermer soigneusement le sachet de gazes pour éviter leur dessèchement.
- ⇒ Nettoyer-désinfecter le matériel d'entretien après utilisation.

⇒ **Supprimer éponges, serpillières, balais en bois.**

Les produits :

- Un **détergent** est un produit favorisant l'élimination par l'eau des souillures et salissures. Il possède uniquement des propriétés nettoyantes.
- Un **détergent-désinfectant** est un produit présentant la double propriété de détergence et désinfection.

Utiliser des produits «agréés contact alimentaire» pour nettoyer et désinfecter les tables, les adaptables et les plateaux.

Conseils et précautions d'emploi :

- Ne pas mélanger les produits.
- Respecter les conditions d'utilisation : dosages, fréquence de renouvellement des solutions, température de l'eau.
- Verser le produit dans l'eau et non le contraire.
- Vaporiser sur les lavettes et non sur les surfaces, pour limiter l'aérosolisation et réduire la pénétration à l'intérieur du matériel sensibles à l'humidité : téléphone, boîtier de sonnette, ordinateur.
- Identifier et fermer les flacons ou pulvérisateurs contenant les produits. Conserver les produits prêts à l'emploi dans leur emballage d'origine. Proscrire les emballages alimentaires.
- Respecter les dates de péremption et assurer la rotation des stocks.

Pratiques d'hygiène en EHPA-Drass Midi-Pyrénées-Corevi-Colin-2007

L'ENTRETIEN DES LOCAUX

Techniques d'entretien

Essuyage humide des surfaces (mobilier, poignées de portes, interrupteurs...)

Avec quoi ?

- Détergent, produits lustrants, dépoussiérants, détergent-désinfectant selon la nature des surfaces.
- Lavette à usage unique ou réutilisable.

Comment ?

- ⇒ Essuyer en un seul passage avec une lavette imprégnée.
- ⇒ Changer de lavette entre chaque chambre ou chaque lit, si plusieurs lits, entre chaque zone.
- ⇒ Entretien quotidiennement les lavettes réutilisables en blanchisserie.

Sanitaires

Avec quoi ?

- Détergent-désinfectant.
- Détartrant au minimum une fois par semaine.
- Lavette à usage unique ou réutilisable.

Comment ?

- ⇒ Commencer par les accessoires, le lavabo (extérieur, intérieur), la douche ou la baignoire.
- ⇒ Nettoyage des WC (extérieur, intérieur) : *après brossage de la cuvette la balayette est rincée sous la chasse d'eau puis rangée dans son support qui ne contient aucun produit.*
- ⇒ Changer de lavette entre chaque chambre.

Sols - Balayage humide (le balayage à sec est proscrit.)

Avec quoi ?

- Balai trapèze.
- Gazes à usage unique pré-imprégnées.

Comment ?

- ⇒ Balayer puis dégager la gaze au seuil de la pièce (non dans le couloir), recueillir les salissures en repliant la gaze.
- ⇒ Évacuer la gaze dans le collecteur à déchets.
- ⇒ Changer de gaze à chaque pièce ou plus si besoin.

Lavage manuel des sols

Avec quoi ?

- Détergent ou détergent-désinfectant à programmer en alternance.
- Balai de lavage à plat + franges.

Comment ?

- ⇒ Changer de frange à chaque chambre ou zone et plus si nécessaire.
Possibilité de lavage mécanisé des sols avec monobrosse ou autolaveuse.

Pratiques d'hygiène en EHPA-Drass Midi-Pyrénées-Corevi-Colin-2007

Annexe 3

L'HYGIÈNE DES MAINS

Les mains sont le premier vecteur de transmission des infections (80% des infections sont manuportées).

L'hygiène des mains, moyen simple et efficace, est la base de la lutte contre les infections.

L'objectif mains propres s'applique à tous (professionnels, résidents, visiteurs et intervenants)

Dans les gestes de la vie courante, chacun se lave les mains :

- **AVANT** le repas
- **APRÈS** avoir éternué ou s'être mouché
- **APRÈS** être allé aux toilettes
- **APRÈS** avoir touché un animal

Le lavage simple

Quand ?

- En début et fin de service.
- Entre chaque résident.
- Entre chaque activité.
- Et aussi,
 - **si mes mains sont visiblement souillées**
 - **lors des activités de soins :**
 - avant et après contact avec la peau saine,
 - après le retrait des gants,
 - en cas de GALE car la solution hydro-alcoolique n'est pas efficace.
 - **lors des activités hôtelières :**
 - lors de la manipulation de **produits alimentaires**,
 - lors de toute manipulation de **linge et déchets**.

Comment ?

- ⇨ Je me mouille les mains.
- ⇨ Je prends une dose de **savon doux**.
- ⇨ Je savonne au moins **15 secondes** en insistant sur les paumes, les espaces interdigitaux, les extrémités des doigts, le pourtour des ongles.
- ⇨ Je **rinse abondamment** en allant du bout des doigts vers les coudes.
- ⇨ Je sèche par **tamponnements** à l'aide d'essuie-mains à usage unique.
- ⇨ Je ferme le robinet avec l'essuie-mains.
- ⇨ Je jette l'essuie-mains sans toucher la poubelle.

Pratiques d'hygiène en EHPA-Drass Midi-Pyrénées-Corevi-Colin-2007

Le lavage hygiénique

Quand ? ⇨ En l'absence de solution hydro-alcoolique :

- Avant réalisation d'un geste invasif (pose cathéter périphérique, sonde urinaire...).
- Après tout contact avec un patient infecté ou colonisé par une bactérie multirésistante (BMR) ou son environnement.
- Après tout contact avec du sang ou des liquides biologiques.

⇨ **Cas particulier : technique à privilégier en cas d'infection à *Clostridium difficile*.**

Comment ?

- ⇨ Je me mouille les mains.
- ⇨ Je prends une dose de **savon désinfectant**.
- ⇨ Je savonne **30 à 60 secondes** (selon indications du fabricant) en insistant sur les paumes, les espaces interdigitaux, les extrémités des doigts, le pourtour des ongles.
- ⇨ Je rince abondamment en allant du bout des doigts vers les coudes.
- ⇨ Je sèche par tamponnements à l'aide d'essuie-mains à usage unique.
- ⇨ Je ferme le robinet avec l'essuie-mains.
- ⇨ Je jette l'essuie-mains sans toucher la poubelle.

La friction hygiénique = friction hydro-alcoolique

Cette technique est :

- efficace,
- facile de mise en œuvre,
- d'application rapide,
- d'une tolérance cutanée supérieure au lavage des mains.

⇨ **Elle doit être privilégiée sous réserve que** mes mains ne soient ni mouillées, ni souillées, ni poudrées*.

Quand ?

- En remplacement d'un lavage simple ou hygiénique des mains :
 - avant tout soin technique,
 - lors des soins en série.
- Fortement recommandée :
 - en situation d'épidémie,
 - en cas de portage ou d'infection à BMR.

Comment ?

- ⇨ Je prends la dose de produit hydro-alcoolique préconisée par le fabricant (généralement 3 ml).
- ⇨ Je me frictionne les mains **jusqu'à séchage complet**, soit 30 à 60 secondes (selon indications du fabricant), en respectant les **6 étapes**.

Pratiques d'hygiène en EHPA-Drass Midi-Pyrénées-Corevi-Colin-2007

*utiliser de préférence des gants non poudrés

Annexe 4

LE PORT DE GANTS

1 paire de gants = 1 geste = 1 résident
Si le gant se promène, les germes aussi !

⇒ **Je porte des gants non stériles à usage unique systématiquement et seulement :**

- **S'il y a un risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, des muqueuses ou une peau lésée**

Exemples :

- toilette intime d'un résident, toilette d'un résident souillé,
- vidange d'un collecteur à urines ou tout autre système de drainage,
- manipulation de linge ou de matériel souillé ou de déchets,
- injection ou prélèvement sanguin,
- pansement de plaie septique,
- pose de suppositoire ou ovule gynécologique.

- **Si mes mains présentent des lésions** (écorchures, blessures, eczéma...).

⇒ J'élimine systématiquement les gants après chaque soin ou chaque activité.

⇒ Je me lave les mains ou je les désinfecte par friction.

SYSTÉMATIQUEMENT AVANT ET APRÈS CHAQUE PORT DE GANTS

car **le port de gants ne dispense pas de l'hygiène des mains.**

Pratiques d'hygiène en EHPA-Drass Midi-Pyrénées-Corevi-Colin-2007

Annexe 5

CIRCULAIRE DU 9 MARS 1999

établie par le Conseil d'Etat relative à la distribution des médicaments

Le Conseil d'État a estimé que la distribution de médicaments, lorsqu'elle correspondait à l'aide à la prise d'un médicament prescrit apportée à une personne empêchée temporairement ou durablement d'accomplir ce geste, ne relevait qu'exceptionnellement du champ d'application de l'article L. 372 ; les restrictions exceptionnelles évoquées par le Conseil d'État correspondant soit au mode d'administration (par exemple une injection), soit au médicament lui-même (nécessité d'une dose très précise de la forme administrable).

La distinction ainsi établie repose, d'une part, sur les circonstances, d'autre part, sur le mode de prise et la nature du médicament. D'une manière générale, l'aide à la prise n'est pas un acte relevant de l'article L. 372, mais un acte de la vie courante, lorsque la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule ce geste et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage.

Il apparaît ainsi que la distribution de médicaments dûment prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir ce geste peut être dans ce cas assurée non seulement par l'infirmier, mais par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, suffisamment informée des doses prescrites aux patients concernés et du moment de leur prise.

Inversement, lorsque la distribution du médicament ne peut s'analyser comme une aide à la prise apportée à une personne malade empêchée temporairement ou durablement d'accomplir certains gestes de la vie courante, elle relève de la compétence des auxiliaires médicaux habilités à cet effet, en application des dispositions de l'article L. 372. En ce qui concerne les infirmiers, ceux-ci seront compétents soit en vertu de leur rôle propre, soit en exécution d'une prescription médicale (art. 3 et 4 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier). Le libellé de la prescription médicale permettra, selon qu'il sera fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'actes de la vie courante.

Annexe 6

ARTICLE L 316-26

du code de l'action sociale et des familles

Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

BIBLIOGRAPHIE



BIBLIO

- **Comment maltraiter un vieillard en institution en dix leçons ?**

- **Maltraitance en institution**

- **ALMA France**

- *Sous ce titre provocateur l'équipe d'ALMA France avec le concours du Dr Laurence Hugonot-Diener (et le soutien des laboratoires Lundbeck) vient d'éditer un DVD et un livret d'accompagnement présentant, à partir de quelques situations classiques, des attitudes et comportements (inadéquats) ainsi que les différentes habitudes (mauvaises) qui peuvent être maltraitantes sans que nous nous en rendions compte.*

- *A la suite de chacune des situations décrites, un commentaire, sous forme de conseils, pour parvenir à des comportements de bientraitance. Ces réflexions, signale le Professeur Hugonot, Président d'Alma France, sont tirées des 40 000 signalements recensés depuis 1996. Les écoutes, référents et consultants des 50 associations départementales qui actuellement se regroupent au niveau régional «en tentant de mieux comprendre, travaillent pour prévenir ces maltraitances.» Les cas les plus graves vont être décortiqués, analysés et des solutions seront proposées. Parmi les consultants, dans chaque département : le procureur, des représentants des grandes administrations, de la DDASS, du Conseil général, de la Sécurité Sociale, de l'ordre des médecins, des psychatres, des gériatres ...*

- **Gestion des risques de maltraitance en établissement, méthode, outils, repères. Novembre 2007**
Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées

- **Guide pratique Bientraitance/maltraitance à l'usage des établissements et institutions. 2007**
FHF

- **La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.**
Recommandations de bonnes pratiques. Juin 2008

- **Agence nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services sociaux et médico-sociaux - ANESMS**

- **La vieillesse maltraitée. Paris : Dunod, 2003, 2^e édition, IX+212p., ann. réf. 1p.**
HUGONOT (Robert)

- *Cet ouvrage fait un inventaire critique de toutes les formes que peuvent prendre les maltraitances de la personne âgée et détaille les principales solutions à mettre en œuvre pour y remédier (prévention et sanctions légales). Cette nouvelle édition comporte des ajouts relatifs aux aspects médico-légaux liés à la vieillesse, introduit la notion de contention physique comme maltraitance en institution, approfondit la réflexion théorique sur ce qu'est une institution d'accueil.*

- **Les facteurs de risque des négligences,**
in : GERONTOLOGIE, 2004/10-12, n° 132, 24-28.

- **GARCIA (S.)**

- *Cet article analyse les facteurs de risque des négligences auxquelles peuvent être confrontées les personnes âgées. Ces dernières naissent souvent des interactions quotidiennes entre la personne âgée, les professionnels et la famille (ou l'entourage non familial). Des situations auxquelles chacun est confronté se dégagent des facteurs de risque.*

- **Manuel d'accréditation des établissements médico-sociaux**

- **Rôle des soignants face à la maltraitance des sujets âgés,**
in : SOINS GERONTOLOGIE, 2007/05-06, n° 65, 31-33, tabl.

- **GIGNON (M.) / MANAOUIL (C.) / JARDE (O.)**

- *Les soignants sont souvent en première ligne pour dépister des actes de maltraitance envers les personnes âgées. En dépit du secret professionnel, ils peuvent les signaler aux autorités judiciaires ou administratives dès lors qu'ils les informent de privations ou de sévices, dont ils ont eu connaissance et qui ont été infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. La prévention ne doit pas être négligée ni au domicile ni dans les institutions ou les hôpitaux. (R.A.).*

- **Vers une «bientraitance» de la personne âgée en milieu institutionnel ?**

- **in : REVUE FRANCOPHONE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE, 2007/03, n° 133, 112-117.**

- **NOEL (S.) / SABER (M.)**

- *Cet article rend compte de l'expérience et des réflexions de deux soignantes sur la bientraitance des personnes âgées en institution. Trouver le bon équilibre entre bienveillance et respect de la personne, adopter la moins mauvaise solution entre acharnement thérapeutique et abandon : les exemples qu'elles citent montrent bien à quel point la démarche vers la bientraitance n'est pas évidente. Et de rappeler l'indispensable implication de la direction de l'établissement pour pouvoir atteindre au plus près cet objectif de «mieux traitance».*

- **Textes réglementaires et plan canicule**

Notes :



The image shows a white background with horizontal dotted lines for writing. Four colorful sticky notes are pinned to the background:

- A pink sticky note is pinned with a blue pushpin.
- A green sticky note is pinned with a red pushpin.
- An orange sticky note is pinned with a blue pushpin.
- A light blue sticky note is pinned with a yellow pushpin.

La bientraitance dans les soins

édition
2010

Actions
et astuces
de soignant

« Partager sa pratique
pour encore mieux prendre soin »

Personnes ayant réalisé ce guide :

- Madame MERCIER Evelyne, Infirmière (CH de Pontarlier)
- Madame ROUX Liliane, Directeur des Soins et Qualité (CHSLD Le Chênois de Bavilliers)
- Madame THIÉBOT Marie-Bénédicte, Cadre de Santé, Formatrice (IFAS de Dole)
- Mademoiselle VUITTON Elodie, Aide-soignante (CH de Pontarlier)
- Mademoiselle WITTMANN Renée, Directrice des Soins, Conseillère Technique et Pédagogique à la DRASS de Franche-Comté

Personnes ayant collaboré à la réalisation de ce guide :

- Madame GOISSEAUD Nathalie, Cadre de Santé (CH de Dole)
- Madame MAIRE Emmanuelle, Aide-Soignante (EHPAD de Levier)
- Madame PAGNOUX Maryline, Cadre de Santé (IFSI de Montbéliard)
- Madame REY Patricia, Cadre Supérieur de Santé (CH de Pontarlier)

Personnes ayant participé à la validation de ce guide :

- Madame le Docteur Marie Christine CLAUDE (CHSLD Le Chênois de Bavilliers)
- Monsieur le Docteur HANS (CHSLD Le Chênois de Bavilliers)
- Madame PROST Gyslaine, Cadre de Santé (Centre de Soins des Tilleroyes à Besançon)

CH : Centre Hospitalier
IFAS : Institut de Formation pour les Aides-Soignants
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
IFSI : Institut de Formation pour les Soins Infirmiers



Document imprimé sur un papier 100% recyclé.