

LE CONCEPT D'HUMANITUDE

On ne sait bien qu'avec le coeur,
disait le petit Prince dans le désert

20 janvier 2025
J.REGNIER



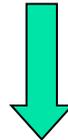


INTRODUCTION

Notion de bienfaisance



Bienveillance et sollicitude



Concept de bientraitance

- a vu le jour dans les années 1990
- développement d'une « *culture de la bientraitance dans les soins* »

Volonté d'une démarche positive

- « La bientraitance est une ***culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service (2002)...***
- ... vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. »
- « ...est à la fois une démarche positive et une démarche de mémoire du risque de maltraitance »

In: « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »

ANESM (Agence Nationale // Eval. et Qual. Services de santé)

Agence nationale = ANESM



- **ANESM** (Agence Nationale // Evaluation et Qualité // Etablissements médico-sociaux), est en quelque sorte « *l'agence de la bientraitance* »
 - 2007 : Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance
 - 2014 : Circulaire relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la Bientraitance des PERSONNES AGEES
- En 2018, l'**Anesm** a rejoint la HAS (Haute Autorité de santé)



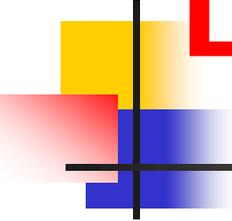
Représentation de la pratique infirmière

Soin infirmier

*« attention particulière portée à une personne
en vue de lui venir en aide dans la situation qui est la sienne »*

***« La pratique du soin infirmier s'inscrit dans une rencontre
entre une personne soignée et des personnes soignantes.
Il s'agit pour les soignants de rencontrer une personne
sur le chemin particulier de vie qui est le sien
Et de faire un bout de chemin avec elle,
allant même parfois jusqu'au bout du chemin »***

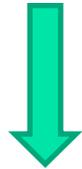
Walter Hesbeen



La philosophie de l'humanité

Développée dans le contexte du soin par 2
professionnels

Yves Gineste et Rosette Marescotti



« *la Méthodologie de soin GM* »

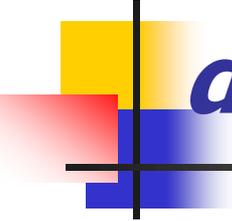


Les liens d'Humanitude...

***... C'est l'art d'être ensemble
jusqu'au bout de la vie, c'est ce qui
nous lie aux êtres humains***

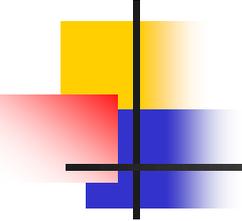
Et être soignant...

... c'est s'occuper de l'Humanitude



Les principes de la « *méthodologie de soin Gineste-marescotti* »

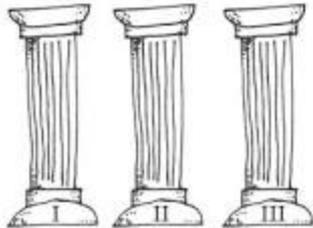
- ❖ Un des éléments fondamentaux de l'Humanité est **la communication** :
 - Le regard
 - La parole
 - Le toucher
- ❖ Le second sera **la verticalité**
- ❖ Puis viendra **la gastronomie holistique**



**Cette relation soignante
spécifique s'initie grâce à
« *la capture sensorielle* »**

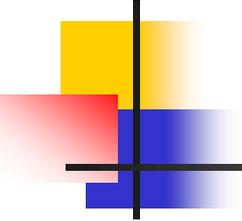
3 piliers de cette relation

Le regard



La parole

Le toucher



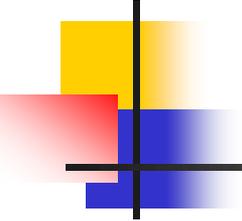
Il nous faut donc

- ✓ **professionnaliser la communication,**
- ✓ **mettre au point des techniques, les apprendre et les rendre pérenne.**



1- LE REGARD

- Premier canal de mise en humanitude
- les regards posés sur une personne portent des valeurs et des sentiments
- Ce peut être de la tendresse, de la protection, de la reconnaissance...



mais aussi des intentions plus ... négatives :

- le regard fuyant (évitement),
- un regard de haut (mépris),
- un regard de travers (rejet)

etc...



Pour un patient, comment vivre quand on n'est pas regardé ?

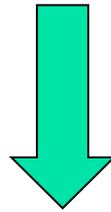
Avec les patients très atteints, très souffrants, grabataires, mourants, déments, agressifs...

...la réaction naturelle, simplement humaine, **est de ne pas regarder**

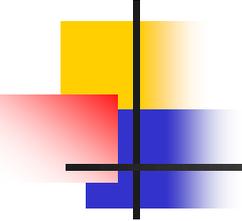


Enquête

Des toilettes de 20 minutes ont été filmées où pas un seul regard ne rencontrait les yeux du patient

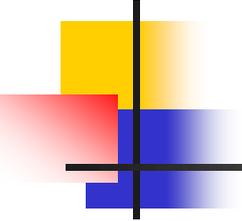


**Il faut donc professionnaliser
l'approche relationnelle, et
"apprendre" à regarder**



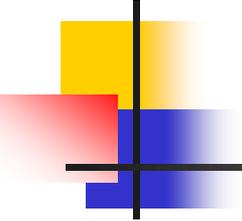
Qualités du regard

- **Axial**
- **Horizontal**
 - **Long**
 - **Proche**



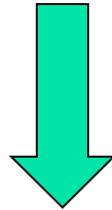
Particularité de la prise en charge des patients déments ou âgés

- Pas (plus) de vision en latéral, les patients ont une **vision « en tunnel »** :
 - **Approcher le patient en venant de face**
 - **Toujours faire les soins du côté où le regard est le plus facile à attraper.**



2) LA PAROLE

Si le regard débute la relation d'Humanitude



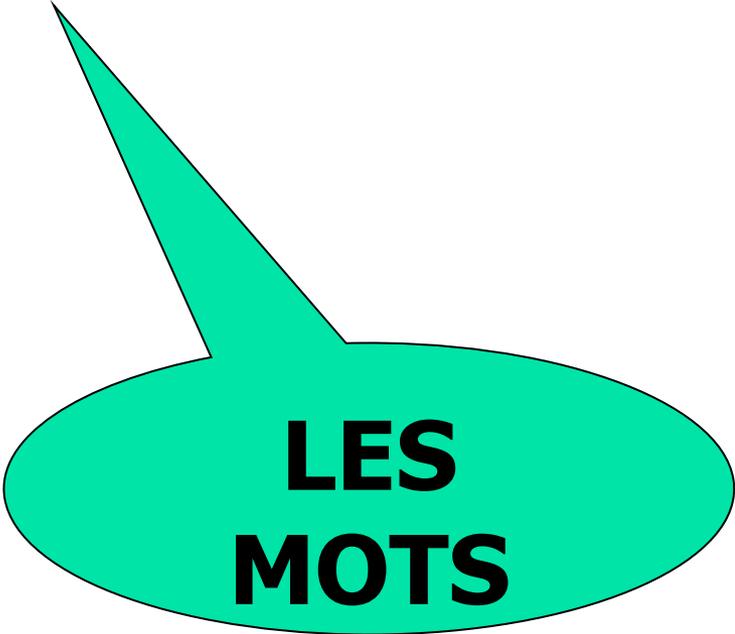
La parole l'accompagne (voire la précède)



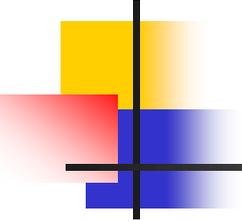
2 éléments pour la parole :



LE TON

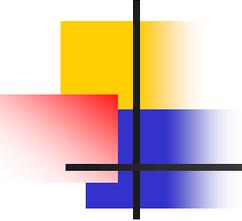


**LES
MOTS**



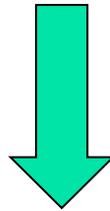
4 qualités pour la parole

- **Fréquente**
- **Mélodieuse**
 - **Douce**
- **Comportant des mots positifs**
 - **...**



Enquête sur 24 heures

Auprès de patients **non communicants**



**120 secondes de communications
verbales** soignant - patient
en moyenne par 24 heures

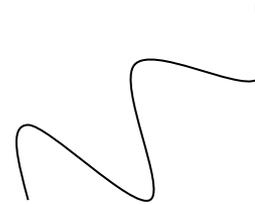
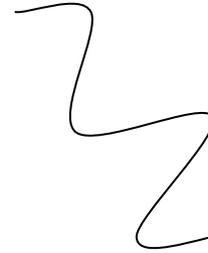
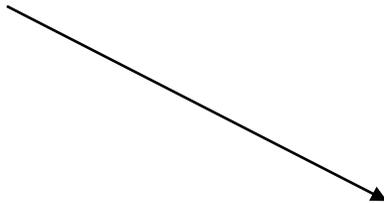
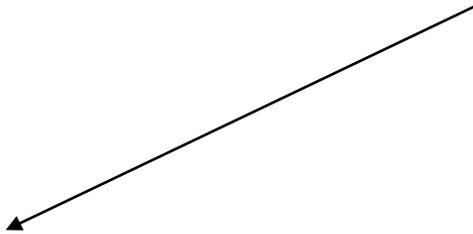
Pourquoi ?

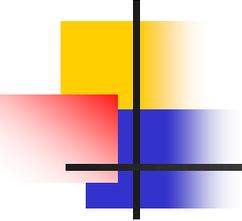
SOIGNANT

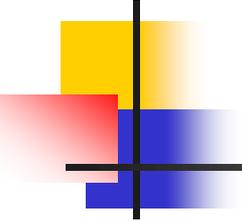
Message verbal

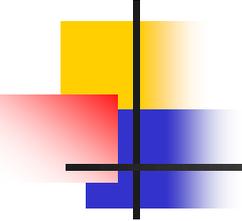
Attente du feed-back??

PATIENT



- 
-
- Ce retour, le "feed-back" (= nourrir en retour), est **la source de l'énergie de communication**
 - Feed-back peut être :
 - Verbal
 - Non verbal (80% situation de soin)

- 
-
- Si pas de feed-back → arrêt de la communication verbale du soignant...et silence !
 - **ATTENTION : le silence du soignant n'a rien à voir avec le manque de cœur, d'intérêt !!**

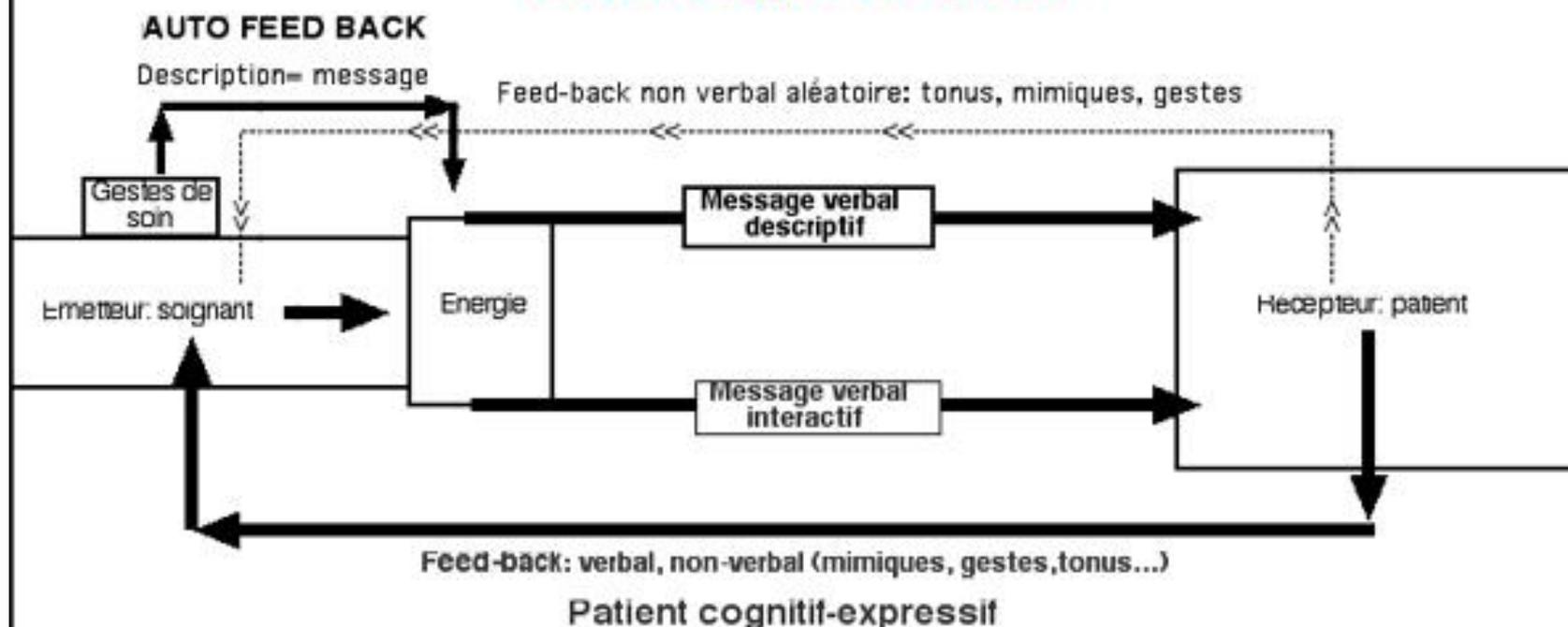


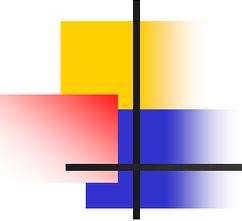
D'où l'idée de l' **AUTO FEED BACK**

- Il s'agira de s'entraîner à **décrire tous nos gestes (prédictifs et descriptifs)**
- Il permettra **d'accepter le silence et de professionnaliser la parole**
- Cette parole s'apprend, se travaille, il faut s'entraîner...

Schéma de communication verbale lors des soins Feed-back et "Auto-feed-back"

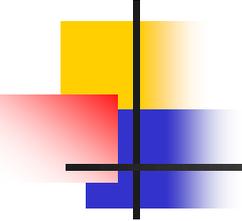
Patient "a-cognitif" - inexpressif

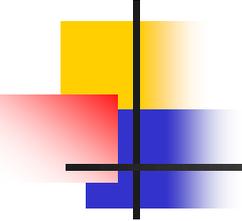




Un quadruple avantage !

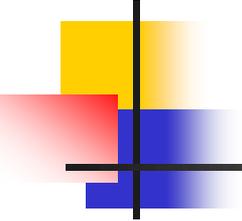
- Véritable **rééducation du schéma corporel** en liant les mots aux perceptions du patient
- **Fréquence des "réveils"** de ces patients que l'on dit « acognitifs »
- **Diminution** d'environ 80 % des CAP :
« **Comportements d'Agitation Pathologique** » des patients âgés déments

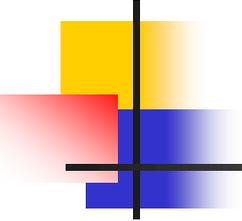
- 
-
- Multiplication du temps de communication verbale par 7 ou 8
 - **peut suffire au patient pour ne pas s'enfoncer dans un syndrome d'immobilisme iatrogène** (fabriqué par l'institution)



3) LE TOUCHER

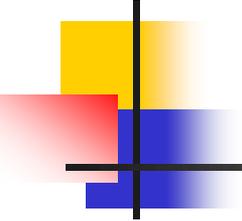
- Le toucher vient souvent conclure la mise en relation
- Le toucher est le fondement du soin, il n'y a pas (ou peu) de soin sans toucher
- Il est communication non verbale

- 
-
- Le contact est une stimulation sensorielle qui arrive directement dans des **zones émotionnelles du cerveau**
 - Ces zones émotionnelles -du **cerveau limbique**- restent intègres jusqu'à la mort, dans quasiment tous les cas (**y compris** les comateux)



Mais double problème

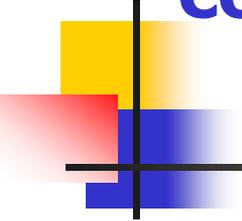
- 1)** le Geste est **inconscient** à 98% !
 - Donc comment contrôler des gestes inconscients ?!
- 2)** Plus un patient est « *difficile* », plus nos gestes seront **inadaptés**
 - **Donc comment rester fidèle à nos valeurs de soignants ???**

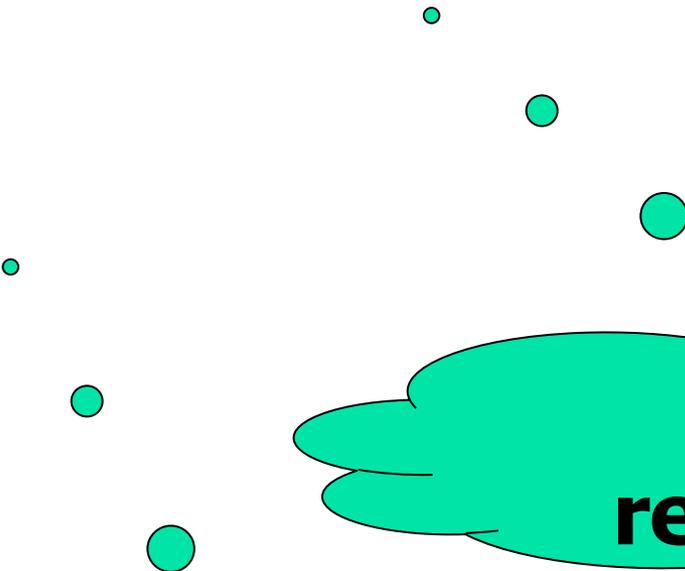


Le « toucher – tendresse »

- La douceur y tient le rôle principal
= **suppression des « *saisies en pince* »**,
qui non seulement font mal, mais aussi sont
très agressives sur le plan psychologique

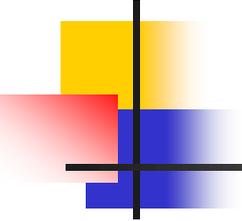
Un toucher différent avec un **rôle spécifique mais complémentaire de chacune des 2 mains**





**La main
relationnelle**

**La main qui
travaille**



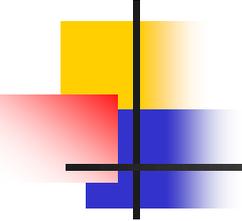
Chez le patient âgé dément

- le **seul langage "vrai"** est le **langage du toucher**
- Si vous lui soulevez le bras en le saisissant « *en pince* », il risque de vous recevoir comme un agresseur.
- Cf. lorsqu'on tourne le patient, risque de saisie « *en griffe* »

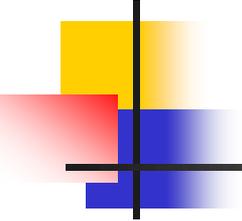


Préférer lors du toucher:

- « *Entrer sur* » le corps de l'autre par le bout des doigts, la paume se posant ensuite, et l'inverse pour quitter le corps du patient
- Maintenir le plus possible le contact avec le corps du patient : « ***la permanence du contact*** »
- **Augmenter la surface de contact** lorsque l'on tourne le patient

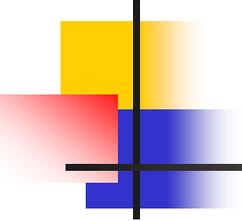


Reconnaitre le toucher du soignant
comme un **geste professionnel**
à part entière !



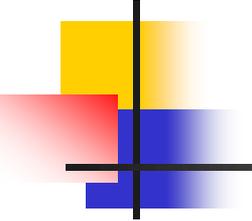
Le toucher sera...

- **Vaste**
- **Doux**
- **Lent**
- **Caressant**



Se souvenir des 4P

- P comme **professionnel**
 - P comme **progressif**
 - P comme **permanent**
 - P comme **pacifiant**



4) LA VERTICALITE

- Immobilité → nombreux problèmes médicaux et **risque de grabatisation**
- Entre 3 jours et 3 semaines suffisent pour rendre une « vieille personne » grabataire



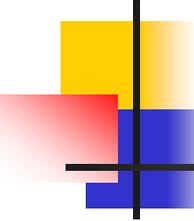
La position debout et la marche permettent :

- Maintien du **schéma corporel / image de soi**
- Conservation de la **masse musculaire**
- Maintien de **l'amplitude des mouvements**
- Prévention de **l'ostéoporose**
- Prévention des **escarres**
- Amélioration de la **ventilation pulmonaire**



Favoriser le « prendre-soin debout »:

- La grande majorité des personnes en institution peuvent être **accompagnées debout, jusqu'à la fin**
- La très grande majorité des toilettes peuvent être réalisées debout ou assis/debout
- Au moins **20 mn de verticalisation** → **PAS DE GRABATISATION**



Favoriser les techniques de manutention personnalisées:

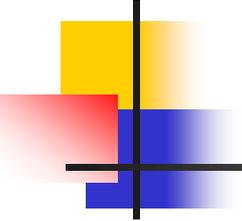
- Lors des soins dans le lit : comment tourner un patient « en Humanitude »? → **la permanence du contact**
- Au fauteuil : comment lever un patient? (film)
- Lors des transferts lit/fauteuil → **Utiliser les possibilités du lit électrique**
- Lors de l'utilisation du lève-malade → **ne pas lever le patient... mais le lit !**

4) Faire de l'alimentation, un plaisir...

- La **dénutrition** touche:
 - 4 à 10% des PA à domicile (>10%>80 ans)
 - 15 à 45% des PA en institution
 - 30 à 70% des PA à l'hôpital

PNNS 2015 → ✎ 20% le nombre de personnes dénutries à domicile et en institution.

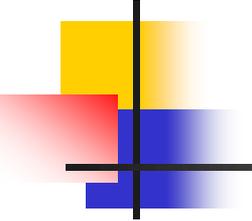
Problème : l'alimentation humaine est très spécifique car **le repas s'organise autour de codes sociaux**



La gastronomie holistique... *... et la diète-éthique*

**Le repas est une des expressions
des liens d'Humanitude !**

La prise en charge de la dénutrition passe par une **approche personnalisée** → importance de la **coordination du travail** entre les différents postes actifs de la restauration : cuisine, diététicienne, IDE, ASD, AMP...



→ 3 axes de travail possible

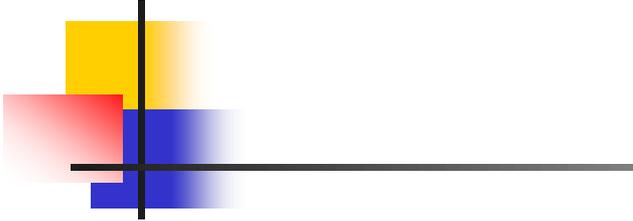
- 1) Améliorer les aliments** (respecter les goûts de chacun, conserver les recettes, la présentation du repas, les couleurs, les parfums...)
- Le « **manger-main** » pour des patients ayant des troubles praxiques
 - **Des mixés appétissants, « ressemblants »** grâce à l'utilisation des savoirs faire récents : utilisation de « gelées » (poudres reconstituantes).

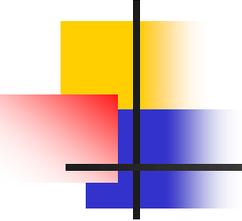
Le « *manger main* »



Le manger main

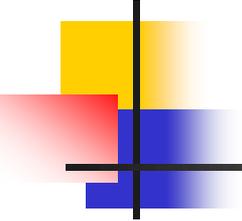






2) Adapter l'environnement

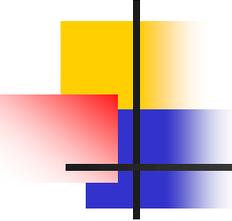
- **Adapter l'environnement proche** (la température des plats, l'ordre en suivant une chronologie culturelle, la vaisselle, des couverts adaptés ...)
- **Adapter l'environnement général** (lieux, ambiance sonore, éclairage, voisins, le service et la possibilité de prendre ses repas avec des invités..)



3) Adapter l'organisation

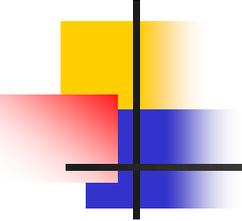
- Adapter les **horaires aux besoins physiologiques** : amplitudes plus larges /horaires , durée du repas...

Ces avancées permettent d'espérer dépasser l'objectif de \searrow 20% la dénutrition des PA.



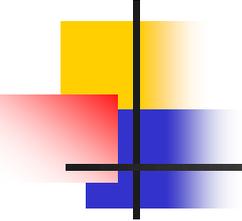
« *La technique des 3-ments* »

- Claire FALANDRY, oncogériatre lors d'une conférence sur « cancer et nutrition » propose ces « 3-ments ».
 - Le fractionnement
 - L'enrichissement
 - Les compléments



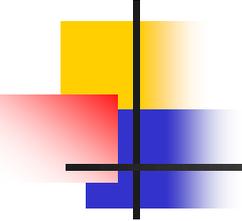
« Le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours »»

A. Brillat-Savarin



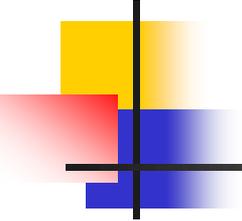
Conclusion

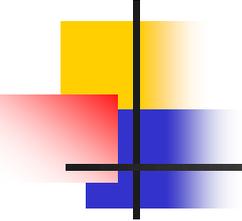
**L'Humanitude = ce qui nous lie
aux autres humains
passe par le regard, le toucher,
la parole,
la gastronomie,
Et l'idée de l'être humain debout !**



→ **Formalisation d'un PAP (projet d'accueil personnalisé) incluant les principes suivants :**

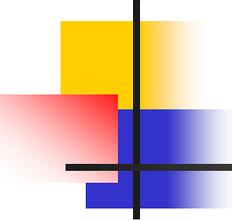
- **Le respect du « domicile », de l'intimité**
 - **Jamais d'approche « surprise »**
 - **Le respect du sommeil**
- **Une organisation adaptée autour de la verticalité**
 - **Un processus de prévention de la MPE**
 - **Le zéro « soin de force »**
 - **Des contentions justifiées**
 - *Et encore plus....*

- 
-
- La mise en œuvre de ces projets sera d'autant plus pérenne que cette approche relèvera d'un **projet d'équipe collectif, transversal** :
 - Projet d'établissement
 - Projet de service
 - **Projet de formation continue du personnel**
 - **Et un projet de vie pour chaque patient...**



« *Nous ne saurons jamais tout le bien qu'un simple sourire peut être capable de faire* »

Mère Teresa



Bibliographie

- ✓ « **Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux** », Yves Gineste, Jérôme Pellissier, édition Armand Colin, 2007
- ✓ « **Silence, on frappe...de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées** », édition Animagine, 2004
- ✓ « **Gastronomie holistique et diète-éthique** » dans approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer novembre 2014, Sabine SOUBIELLE, formatrice, directrice de l'IGM Restauration