CURAVIVA

L’être humain au centre des préoccupations

Guide pratique pour l’approche centrée sur la personne dans votre institution

Avant-propos

Ce document est un guide pratique sur le thème des «soins et de l’accompagnement centrés sur la personne dans les soins de longue durée». Il contient des propositions pour la mise en œuvre de l’attitude centrée sur la personne et n’a pas la prétention d’être exhaustif, mais doit être complété par des procédures internes. Utilisez ce document comme base de discussion interne et pour encourager le dialogue sur les soins et l’accompagnement centrés sur la personne.
Outre une recherche bibliographique, le guide s’appuie sur sept visites effectuées dans quatre institutions de soins de longue durée du Bürgerspital de Bâle (BSB, Pour les personnes âgées | BSB.ch), au cours desquelles ont eu lieu plusieurs interviews, des séances d’observation et des discussions avec différent·es professionnel·les (infirmiers·ères, ASSC, spécialistes de l’activation et autres collaborateurs·trices) sur le thème des soins et l’accompagnement centrés sur la personne. Le guide a ensuite été validé et complété par six expertes en soins de longue durée.
Vous trouverez ici de plus amples informations sur le concept théorique des soins et de l’accompagnement centrés sur la personne: Les patient es et l’approche centrée sur la personne | Fiche d’information | CURAVIVA Suisse| 2020

Le guide

Les six domaines suivants constituent la structure de base des soins et de l’accompagnement centrés sur la personne dans les institutions de soins de longue durée. Les six catégories ont d’abord été déduites des catégories théoriques existantes (Love, 2010) et complétées de manière inductive avec le matériel qualitatif collecté selon Mayring (Mayring & Fenzl, 2019).

1. Définir et vivre une attitude centrée sur la personne
2. Bâtir une culture organisationnelle et un leadership centrés sur la personne
3. Favoriser les relations interpersonnelles et le sentiment d’appartenance à une communauté
4. Vivre des soins et un accompagnement centrés sur la personne
5. Créer un environnement d’habitat «comme à la maison»
6. Respecter le devoir d’assistance et pratiquer des soins et un accompagnement responsables

Les différents domaines sont expliqués ci-dessous et quelques exemples de mise en œuvre sont donnés.

Association de branche de
ARTISET
Fédération des prestataires de services
pour personnes ayant besoin de soutien

1. Définir et pratiquer une attitude centrée sur la personne

Les valeurs fondamentales du respect mutuel, de l'autonomie et de l'autodétermination, de l'indépendance, de la dignité, de la liberté de choix ainsi que du respect de la vie privée des résident·es constituent le fondement de l'approche centrée sur la personne. A cela s'ajoute une perception de l'institution en tant qu'entreprise prestataire de services, qui place le bien-être des personnes âgées ainsi que de ses collaborateurs·trices au centre de ses préoccupations. Une culture du respect mutuel valorise et reconnaît les intérêts, les préférences, les talents et les expériences de vie uniques de tous et toutes, à savoir: les résident·es, les collaborateurs·trices, les professionnel·les impliqué·es des soins médicaux de base, de l'aumônerie, du travail social, de l'ergothérapie et de la physiothérapie, de l'activation, de l'économie domestique, des proches et des bénévoles. Cette compréhension se retrouve dans toute l'institution et sert à faire évoluer l'environnement d'un environnement orienté vers les buts et les tâches vers un environnement orienté vers les personnes.
L'organisation devrait présenter deux caractéristiques centrales afin de favoriser une approche centrée sur la personne vécue:

1. Un engagement et une obligation de la part de la direction, du comité exécutif et des cadres supérieur·es de promouvoir et de mettre en œuvre une culture organisationnelle centrée sur la personne.
2. La mise en place de processus qui soutiennent l'approche centrée sur la personne. Il s'agit notamment de thématiser et d'élaborer en commun une approche centrée sur la personne vécue, ainsi que de former et de superviser les (nouveaux·elles) collaborateurs·trices. Les résident·es, les proches et les bénévoles devraient être impliqués dans la mise en œuvre. Les responsables sont des modèles pour une culture relationnelle forte et une approche centrée sur la personne vécue. Les collaborateurs·trices, les résident·es, les proches et les bénévoles sont reconnus et appréciés pour leur contribution à l'institution.

Mise en œuvre pratique d'une approche centrée sur la personne

→ La compréhension interne de l'approche centrée sur la personne est abordée et élaborée en commun avec l'ensemble des collaborateurs·trices. Organisez à cet effet des ateliers internes avec des collaborateurs·trices appartenant, autant que possible, à tous les domaines professionnels et consignez les résultats par écrit. Définissez vos principes sur cette base. Vous pouvez également organiser une conférence des résident·es, afin de recueillir ce que vos résident·es souhaitent en matière d'approche centrée sur la personne dans l'établissement et ce que cela signifie pour eux et elles.
→ L'importance de l'approche centrée sur la personne est intégrée dans la charte, ainsi que dans d'autres documents tels que le dossier et le contrat du résident ou de la résidente.
→ Outre les résident·es et les collaborateurs·trices, informez également les proches, les bénévoles et les prescripteurs·trices de votre approche. Vous pouvez en outre mettre à disposition du matériel spécifique au groupe cible, à des fins d'information, d'instruction, de formation et de conseil sur les mesures visant à organiser les relations.

2. Culture organisationnelle et leadership centrés sur la personne

Les soins et l'accompagnement centrés sur la personne peuvent également être considérés comme un processus de changement de la culture organisationnelle, dans le but de transformer le mode de fonctionnement actuel d'une institution en une culture valorisante et responsabilisante. La culture organisationnelle centrée sur la personne donne d'une part plus de sens aux activités du personnel et favorise d'autre part le bien-être des résident·es dans un environnement «comme à la maison».

Un leadership fort, qui donne l'exemple de l'approche centrée sur la personne, est essentiel pour une mise en œuvre efficace de l'approche centrée sur la personne. Des études et des rapports d'expérience ont montré qu'un style de management hiérarchique Top-Down ne favorise pas la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne (entre autres Donoghue & Castle, 2009). Les styles de management qui favorisent l'approche centrée sur la personne reposent sur la conviction que les collaborateurs·trices sont la priorité absolue. La manière dont une institution traite ses collaborateurs·trices se reflète dans la manière dont le personnel se comporte avec les résident·es. De plus, les collaborateurs·trices sont la force motrice derrière la mise en œuvre d'une culture, des soins et d'un accompagnement centrés sur la personne.
Les bons leaders veillent à ce que les décisions de changement soient prises en collaboration avec les collaborateurs·trices et évaluées en permanence. Grâce à un processus d'évaluation participatif, les cadres reçoivent un précieux feedback et sont en mesure de réagir rapidement aux préoccupations.

Autres caractéristiques importantes d'un leadership centré sur la personne:

– Autonomisation des collaborateurs·trices et mise en place de processus décisionnels décentralisés;
– Investissement dans les collaborateurs·trices en favorisant un environnement d'apprentissage positif, tant informel (par le biais de réunions, de la supervision/du coaching) que formel (par le biais de formations professionnelles et d'offres éducatives)
– Reconnaissance et appréciation continues du travail des collaborateurs·trices par de véritables félicitations et encouragements;
– Élaboration des pratiques centrées sur la personne qui motivent et inspirent les collaborateurs·trices;
– Encourager la créativité, l'innovation et la résolution de problèmes;
– Donner aux collaborateurs·trices la possibilité de faire des erreurs dont ils et elles peuvent tirer des enseignements;
– Reconnaître les réussites de l'ensemble des collaborateurs·trices et les célébrer ensemble

L'autonomisation des collaborateurs·trices permet de les fidéliser davantage et donc de réduire la rotation du personnel.

Exemples de mise en œuvre pratique d'une culture organisationnelle centrée sur la personne:

→ La prise de décision interne se base en premier lieu sur les **intérêts et les besoins des résident·es**, et non sur l'efficacité et la maximisation des profits. Les besoins et les propositions d'amélioration des résident·es sont collectés régulièrement, par exemple tous les douze mois, et sont pris en compte dans la gestion de la qualité.
→ Les **processus de travail**, de soins et d'accompagnement **centrés sur la personne** sont élaborés en équipe, en collaboration avec les résident·es.
→ Des **objectifs centrés sur la personne** sont introduits pour les collaborateurs·trices.
→ Un **feed-back à 360°** est introduit. Il s'agit d'une méthode d'évaluation des compétences et des performances à partir de différentes perspectives, par exemple du point de vue des collaborateurs·trices/collègues, des supérieur·es hiérarchiques, des membres de l'équipe et des résident·es.
→ Dans les **réunions d'équipe interprofessionnelles ou les kaizens**, les collaborateurs·trices de chaque profession peuvent s'impliquer et apporter des idées (créatives) d'amélioration dans le sens d'une approche centrée sur la personne.
→ Une **culture de travail consistant à apprendre et à grandir ensemble est développée**. Les collaborateurs·trices sont régulièrement encadré·es et formé·es afin de pouvoir développer ou élargir les compétences centrées sur la personne. Cela comporte également la discussion et l'élaboration

d'exemples de cas d'approche centrée sur la personne (supervision) par des collaborateurs·trices expérimenté·es.

→ Des **possibilités de formation professionnelle** continue sont créées pour l'ensemble des collaborateurs·trices.

→ **Les cadres et les supérieur·es hiérarchiques** sont formé·es aux thèmes de leadership et de management, afin de leur permettre d'établir des hiérarchies plates et une culture de travail positive et responsabilisante.

→ **Les problèmes ou les conflits** qui surviennent au sein de l'équipe ou avec les résident·es ou les proches sont traités de manière interprofessionnelle dans un cercle plus large, en fonction de l'ampleur de la problématique ou du conflit. Une attitude valorisante et une rencontre d'égal à égal caractérisent la culture du dialogue.

→ **Les processus de travail** et la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe **sont régulièrement évalués**. Une ouverture fondamentale aux propositions d'amélioration des collaborateurs·trices est importante: Les idées et les propositions peuvent être discutées en commun au sein de l'équipe, par exemple dans le cadre de huddles d'équipe, de kaizens, de supervisions. Cela favorise l'acceptation des changements par les collaborateurs·trices.

→ Une enquête est régulièrement effectuée auprès des collaborateurs·trices **(notamment sur l'approche centrée sur la personne).** Des mesures d'amélioration des processus et de l'ambiance de travail en sont déduites.

→ **Recrutement:** Dans l'offre d'emploi, l'approche centrée sur la personne est présentée comme une priorité interne. Les membres existants de l'équipe sont impliqués dans les **entretiens d'embauche** des nouveaux membres de l'équipe.

→ Des **rituels** sont créés pour célébrer les **réussites** des collaborateurs·trices/équipes.

→ Les collaborateurs·trices ont suffisamment d'occasions de **réseauter**, par exemple par l'organisation régulière d'événements pour le personnel.

3. Les relations interpersonnelles et le développement d'un sentiment de communauté sont encouragés.

Les relations entre les collaborateurs·trices et les résident·es ainsi que leurs proches sont souvent de longue durée et intenses. Il s'agit de «prestations relationnelles» liées à la personne, qui doivent être organisées. Les résident·es et les proches portent toujours une part de responsabilité dans la réussite des prestations relationnelles: L'autonomie, la participation et l'autodétermination sont ici essentielles. La relation entre les collaborateurs·trices et les résident·es est l'un des principaux déterminants de la satisfaction au travail des collaborateurs·trices. Pour les résident·es aussi, les relations avec les collaborateurs·trices sont d'une importance décisive et ont un effet positif sur leur vécu, leur comportement et leur qualité de vie perçue. Pour les résident·es atteints de démence, une communication adaptée au stade de la maladie est essentielle. En outre, les offres centrées sur la personne pour les personnes atteintes de démence ne doivent conduire ni à un surmenage ni à une sous-sollicitation.

L'institution est ainsi confrontée au défi de trouver un bon équilibre entre une action orientée sur les résident·es et une action purement axée sur la performance La cuisine peut-elle, par exemple, répondre aux besoins individuels de l'ensemble des résident·es? Ou est-ce possible qu'un service de restauration hautement professionnel offre à l'ensemble des résident·es un plan de menus variés parmi lesquels ils peuvent choisir? Les expériences faites jusqu'à présent par les résident·es et leurs proches en ce qui concerne les différents domaines de prestations de l'institution peuvent être utilisées de manière ciblée pour le développement ultérieur. Celui-ci influence considérablement la satisfaction des résident·es.

L'intégration des résident·es dans des programmes de groupe ne suffit pas à elle seule à apporter le bien-être individuel et à satisfaire au besoin d'intégration sociale. Les institutions doivent réfléchir à d'autres stratégies pour améliorer les relations entre les résident·es ainsi qu'entre les résident·es et le personnel. **Cinq caractéristiques** exercent une influence positive sur l'établissement d'une relation:

– le respect mutuel,
– les expériences communes,
– la confiance mutuelle,
– l'égard mutuel et
– le plaisir de l'échange mutuel.

De plus, les résident·es devraient pouvoir développer un sentiment d'appartenance au sein de l'institution, c'est-à-dire le sentiment de faire partie d'une communauté qui reflète leurs propres valeurs et intérêts. Ce sentiment d'appartenance se développe au fil du temps chez les résident·es grâce à l'établissement de relations et peut être renforcé par l'attitude et les initiatives des collaborateurs·trices, des bénévoles et des autres résident·es. Un lien communautaire et des coutumes et rituels communs donnent un sens plus profond à la vie quotidienne.
Les personnes doivent en outre pouvoir avoir recours à des ressources en dehors de l'institution. L'offre de soins et de soutien doit s'orienter sur la «vie normale» en dehors de l'institution. Cela implique la prise en compte du système social et de l'environnement dans lequel les personnes mènent ou ont mené leur vie.

Exemples de mise en œuvre pratique pour favoriser le contact social et le sentiment d'appartenance:

→ Mise en place de **groupes de discussion** autour de hobbies communs ou à l'occasion de fêtes, ou de **cafés-récits** animés par un spécialiste de l'activation ou par une personne appartenant au domaine des soins/de l'accompagnement. Les résident·es sont incité·es à proposer des thèmes et des activités et, le cas échéant, à se charger de l'animation.
→ L'espace de séjour est confortable et bien agencé. Par exemple, de **grands canapés** peuvent être installés dans l'espace de séjour, où plusieurs personnes peuvent se retrouver ensemble et côte à côte. Des contacts sociaux spontanés et des activités peuvent y être organisés à tout moment. La présence des collaborateurs·trices renforce l'interaction sociale. Le chant, la musique et la danse en commun ont une grande importance dans l'institution.
→ Il est possible d'organiser des **activités sociales spontanées**, par exemple résoudre un puzzle ensemble. Les bénévoles et les proches peuvent notamment apporter leur soutien dans ce domaine.
→ Les collaborateurs·trices entretiennent un **contact personnalisé avec les résident·es** et profitent des occasions spontanées pour exprimer leur appréciation: Un cuisinier a peut-être encore de la pâte et décide de l'utiliser pour faire des petits œufs de Pâques, afin de surprendre les résident·es lors de la rencontre de l'après-midi de Pâques. Ou encore, une concierge voit des fleurs sauvages sur son chemin du travail et décide d'apporter personnellement un petit bouquet aux résident·es.
→ **L'ouverture de l'institution vers l'extérieur** (par exemple avec un café, un atelier, une salle de sport ou une piscine utilisable par le public) est essentielle pour la participation et le partage de la vie sociale des personnes prises en charge et favorise l'aspect de normalisation.

Il convient de noter que le besoin de contacts sociaux varie d'une personne à l'autre. Si les résident·es préfèrent les interactions formelles avec les collaborateurs·trices aux interactions informelles, cela doit

être respecté. Les collaborateurs·trices peuvent alors continuer à entretenir des relations respectueuses, amicales et compatissantes, tout en garantissant la distance souhaitée.

4. Vivre des soins et un accompagnement centrés sur la personne

Tom Kitwood, un chercheur britannique en sciences sociales, a contribué de manière significative à la compréhension actuelle des soins et de l'accompagnement centrés sur la personne (Kitwood, 1997). Son approche met l'accent sur la valorisation de la personne elle-même, surtout si elle est atteinte de démence, et accorde une grande importance à l'empathie, au respect et à la compréhension. Les contenus clés des soins et de l'accompagnement centrés sur la personne peuvent être résumés comme suit selon Kitwood:

- **Reconnaître la personne:** Chaque personne, indépendamment de son état de santé ou de ses capacités cognitives, est reconnue et respectée en tant que personnalité individuelle. Il est important de voir la personne derrière la maladie ou les limitations et de respecter sa dignité et son unicité.
- **Pratiquer l'empathie:** Les professionnel·les des soins et de l'accompagnement s'efforcent de voir le monde du point de vue de la personne dont ils s'occupent. Cela demande de l'empathie, de la patience et la capacité de se mettre à la place de l'autre personne.
- **Montrer de la chaleur:** Une relation empathique et chaleureuse entre les collaborateurs·trices et les résident·es est essentielle. Une écoute empathique, une communication sensible et des gestes affectueux permettent de créer un climat de confiance et de sécurité.
- **Établir une communication:** Les collaborateurs·trices font preuve de patience, savent interpréter les signaux non verbaux et utiliser un langage simple et clair pour s'assurer que la personne est comprise et se sent comprise.
- **Montrer du respect et de l'estime:** Chaque action et interaction est empreinte de respect et d'estime pour les résident·es. Cela signifie respecter leurs décisions, reconnaître leurs opinions et les impliquer dans la planification et l'organisation de leurs soins et de leur prise en charge.
- **Donner des moyens d'action et promouvoir l'autonomie:** Les soins et l'accompagnement centrés sur la personne s'efforcent de promouvoir l'autonomie et l'autodétermination des personnes prises en charge. Cela peut être réalisé en aidant les personnes à prendre soin d'elles-mêmes, en encourageant la prise de décision et en offrant des possibilités de choix.
- **Adaptation flexible aux besoins individuels:** Chaque personne est unique et a des besoins différents. Par conséquent, les soins et l'accompagnement doivent être flexibles et adaptables afin de répondre aux besoins et aux préférences de chacun et chacune.

Dans les établissements médico-sociaux, les soins et l'accompagnement centrés sur la personne signifient également que le personnel s'efforce d'acquérir une connaissance approfondie des histoires de vie individuelles, des préférences, des intérêts et des liens sociaux des personnes dont il s'occupe. Ces connaissances permettent de proposer des services sur mesure qui tiennent compte non seulement des besoins physiques, mais aussi des aspects émotionnels et psychosociaux.
Des indications tirées de la littérature laissent supposer que la qualité de «l'organisation des services» (notamment l'emplacement, la chambre, le balcon), qui est essentielle pour les proches, n'est pas si importante pour les résident·es (Love, 2010). Pour celles-ci et ceux-ci, la qualité des prestations perçue au quotidien, qui comporte entre autres la réponse aux besoins, l'encadrement personnel et la relation avec les collaborateurs·trices, est plus importante.

Exemples de mise en œuvre pratique des soins et de l'accompagnement centrés sur la personne:

→ **Documentation des soins:** Une **documentation des soins centrée sur la personne, incluant une biographie,** est établie pour chaque résident·e. L'accent est mis sur les contenus de biographie sensorielle, tels que les rituels d'accueil et d'adieu.

→ **S'adresser aux résident·es:** Les résident·es décident de la manière dont ils ou elles souhaitent être abordé·es, et les collaborateurs·trices en tiennent compte. Les résident·es incapables de discernement ou qui, en raison d'une limitation cognitive, peuvent difficilement ou confusément s'exprimer sur la manière dont ils préfèrent qu'on s'adresse à elles ou à eux, sont en principe toujours abordés par «vous» et leur nom de famille.

→ **Planification commune des soins:** Les objectifs et les mesures de soins sont régulièrement discutés et adaptés avec les résident·es.

→ **Planification des soins au format «je»:** Le passage de la planification des soins au format centré sur le «je» améliore la capacité du personnel à mettre l'accent sur la personne.

→ Au lieu de l'indication: «Se promener deux fois par jour», le plan de soins centré sur le «je» indiquerait: «Je souhaite me promener deux fois par jour pendant 10 minutes».
Ou à propos des difficultés de mémoire, au lieu de "La résidente a besoin d'indications et d'orientation en raison de pertes de mémoire", on noterait: «Je suis parfois confus et je ne sais pas où je suis. Cette confusion me rend anxieuse. S'il vous plaît, parlez-moi avec douceur et assurez-moi que je ne suis pas perdue. Cela me calme et diminue la probabilité que je me mette en colère».

→ **Prendre du temps pour la personne:** Lorsqu'un membre du personnel aide un résident ou une résidente qui se déplace temporairement en fauteuil roulant à se rendre dans la salle à manger, il salue le résident ou la résidente en utilisant sa formule d'appel préférée suivie du nom de famille, s'enquiert de son état et, selon la situation, le motive à faire quelques pas. Dans une culture organisationnelle axée sur les tâches, ce scénario se déroulerait différemment, car l'employée se préoccuperait uniquement de faire passer le résident ou la résidente, le plus rapidement possible, d'un point A à un point B.

→ **Créer des offres interdisciplinaires:** Les offres (de loisirs) peuvent également être proposées de manière transversale et interdisciplinaire. Par exemple, le bricolage peut se faire en commun avec le ou la spécialiste de l'activation et le concierge ou encore la cuisine en commun avec la cuisinière et le ou la spécialiste de l'activation. Dans certaines situations, le travail professionnel et non professionnel doit être coordonné afin de permettre un encadrement et un accompagnement sur mesure, p. ex. travail bénévole avec accompagnement d'animaux en collaboration avec le ou la spécialiste de l'activation ou encore jeu de puzzle commun avec un proche.

→ **Flexibilisation du quotidien:** Les résident·es et les collaborateurs·trices développent ensemble des routines et des horaires basés sur les besoins et les préférences des résident·es. Par exemple, ils peuvent choisir l'heure de leur douche et l'heure de leur repas.

→ **Infirmier·ère de référence:** L'infirmier·ère de référence est l'interlocuteur·trice principal·e du résident ou de la résidente. L'idéal est de réunir des personnes qui, par leur personnalité, leurs hobbies communs, leur langue ou leur origine, peuvent établir une bonne relation.

→ **Les besoins personnels** exprimés par les résident·es, par exemple le besoin d'intimité physique et de sexualité, sont discutés entre le résident ou la résidente et son infirmier·ère de référence. Le secret professionnel est de rigueur vis-à-vis des autres collaborateurs·trices. Ce n'est que lorsque cela est indiqué ou souhaité que nous impliquons également les proches dans les discussions. Il y a une recherche continue de solutions viables pour la mise en œuvre dans l'intérêt des résidents.

→ Le besoin de mouvement des résident·es est satisfait par des **promenades régulières**.

→ **Participation à l'actualité mondiale:** Les résident·es ont **accès à leurs médias préférés**, comme les journaux ou les magazines. Ils et elles peuvent ainsi s'informer sur l'actualité mondiale.

5. Créer un environnement d'habitat «comme à la maison»

L'institution devrait créer un environnement d'habitat vie qui procure sécurité et confort, qui éveille des sentiments familiers et confortables, qui encourage les compétences individuelles et qui tient compte des restrictions existantes des résident·es.

Exemples de mise en œuvre pratique pour un environnement d'habitat «comme à la maison»:

→ **L'aménagement des chambres** doit primairement être effectué par les résident·es et, le cas échéant, par leurs proches. Les meubles préférés, les souvenirs personnels et les plantes apportées de la maison peuvent être utilisés à cet effet.
→ L'environnement est adapté en permanence au degré de sévérité de la démence. Par exemple, les photos qui sont déchirées sont remplacées par des livres d'images, et les meubles qui ne sont plus utilisés sont remplacés par des jeux sensoriels.
→ La **décoration** des espaces communs peut être réalisée par l'ensemble des résident·es. Les décorations saisonnières peuvent être décidées et fabriquées ensemble.
→ Différents sièges peuvent être disposés dans le couloir (pour autant que cela soit possible du point de vue de la sécurité incendie)
→ Chaque résident·e peut placer un **objet souvenir** dans la salle commune, par exemple son livre préféré dans la bibliothèque ou l'accrochage d'un petit tableau.
→ Des **possibilités de retrait** suffisantes sont créées, comme des îlots de repos dans la zone de séjour, avec différentes possibilités de s'asseoir et de s'allonger, une salle de repos qui pourrait également être utilisée comme salle de prière ou un coin de repos pour se protéger des stimuli.
→ **Les locaux sont utilisés en commun.** Des zones pouvant être utilisées par plusieurs personnes à la fois sont créées et meublées de grands canapés et de longues tables servant de point de rencontre.
→ L'aménagement des **espaces intérieurs et extérieurs, y compris le concept d'éclairage**, doit être conforme aux recommandations actuelles (voir l'encadré relatif à la démence sur le site Internet de CURAVIVA); l'atmosphère doit être lumineuse, accueillante et intemporelle. L'utilisation de parquet en bois et de beaux tissus (par exemple sous forme de rideaux ou de coussins douillets) contribuent également à créer une atmosphère chaleureuse.
→ **Les espaces extérieurs**, comme la cour intérieure ou le jardin, peuvent être gérés et aménagés par les résident·es. Les résident·es peuvent semer des graines ou des plants et récolter les fruits qui en résultent, et effectuer également d'autres travaux de jardinage.

6. Respecter le devoir d'assistance et pratiquer des soins et un accompagnement responsables

Le devoir d'assistance dans les soins et l'accompagnement se réfère à la responsabilité et à l'obligation des collaborateurs·trices de garantir la sécurité, le bien-être, la dignité et la satisfaction des besoins individuels des personnes qui leur sont confiées. Cette obligation est étroitement liée à l'approche centrée sur la personne.
Les collaborateurs·trices assument la responsabilité de leurs actions et des résultats qui en découlent. A cet égard, ils assument d'une part une responsabilité interne, en premier lieu vis-à-vis des résident·es et de l'organisation. D'autre part, la responsabilité s'applique également aux personnes externes, comme les proches et les autorités.

Exemples de mise en œuvre pratique pour des soins et un accompagnement responsables:

→ **Adaptation du plan de soins** aux besoins spécifiques et actuels de la personne (après une concertation interprofessionnelle)
→ Saisie consciencieuse des **données de prestations liées aux soins**, comme les rapports de chute ou l'état de mobilité
→ Mettre en place un **service de signalement des violations de limites**, indépendant de la direction, aussi bien pour les résident·es et leurs proches que pour les collaborateurs·trices. Le Standard des Grisons (Bündner Standard) est un bon instrument pour la saisie des violations de limites.
→ Mettre en place une **gestion interne des plaintes.** Il convient en outre de définir la manière dont les plaintes des résident·es, des collaborateurs·trices, des proches et des spécialistes externes sont traitées et comment elles sont intégrées dans la gestion de la qualité.
→ **Les données collectées doivent être analysées** afin d'identifier les modèles, les tendances ou les domaines problématiques qui nécessitent des études ou des mesures supplémentaires. Les analyses peuvent être effectuées, par exemple, par le service de gestion de la qualité ou par un·e expert·e en soins infirmiers.
→ Des **discussions interprofessionnelles** ont lieu régulièrement sur des situations ou des thèmes difficiles, qui sont traités en commun.

Littérature

– Donoghue, C., & Castle, N. G. (2009). Leadership styles of nursing home administrators and their association with staff turnover. *The Gerontologist*, *49*(2), 166-174.
– Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered: The person comes first (Vol. 20).
– Love, K. (2010). Person-centered care in assisted living: An informational guide. Center for Excellence in Assisted Living (The CEAL), p2.
– Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Analyse qualitative de contenu (pp. 633-648). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Éditeur
CURAVIVA, l'association de branche des prestataires de services pour les personnes âgées, Berne

Auteure
Reka Schweighoffer, collaboratrice scientifique, CURAVIVA

Règle de citation
CURAVIVA (2024), L'être humain au centre des préoccupations. Guide pratique pour l'approche centrée sur la personne dans votre institution. Éd.: CURAVIVA
Online: curaviva.ch

Renseignements/informations
E-mail: info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2024