

PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES COMPETENCES

FORMATION-ACTION

Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®

Equipes soignantes du secteur sanitaire ou médico-social

La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® se met au service d'un prendre soin bientraitant et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

ORIENTATIONS NATIONALES (arrêté du 31/07/2019) :

Promotion de la Bientraitance dans la pratique du soin

PUBLIC: ensemble des intervenants au sein des établissements sanitaires et/ou médico-sociaux



Les personnes en situation de handicap souhaitant suivre cette formation sont invitées à nous contacter directement au 01 42 46 65 00 afin d'étudier ensemble les possibilités de suivre la formation.

PRE-REQUIS : Aucun

ORGANISATION ET TECHNIQUES PEDAGOGIQUES

Pour un groupe de 10 personnes au maximum dont obligatoirement le/les IDE de l'unité concernée et l'ergothérapeute si ce poste existe, plus cadre, directeur, médecin coordinateur.

La formation repose sur des techniques affirmatives, interrogatives et des méthodes expérientielles. Les apports théoriques dispensés par le formateur sont étayés par des vidéos et par les échanges avec les stagiaires. Les analyses de cas cliniques sont partagées sur la base de vidéos et à partir des pratiques réalisées en situation réelle au cours du stage. L'interactivité permet de conduire les stagiaires à s'interroger sur leurs pratiques et sur la façon de les faire évoluer dans le respect des moyens en personnel et en matériel de l'établissement.

Les temps réservés aux mises en pratiques permettent à chaque stagiaire d'expérimenter immédiatement les techniques apprises, et d'en mesurer les impacts.

Un document pédagogique est remis à chaque stagiaire.

DUREE : 28 heures réparties sur 4 jours consécutifs dans l'établissement

Premier jour : exposés théoriques, projections vidéo en salle de cours.

Deuxième, troisième et quatrième jour :

- Le matin : l'accompagnement des situations les plus difficiles est assuré par le groupe (toilette, mobilisation, installation, aide à la marche éventuelle, coucher).
- L'après-midi : alternance en salle de cours entre théorie, vidéos et pratique.
- **En fin de session de formation :** évaluations et bilan en présence de l'encadrement.

INTERVENANT :

Formateur-soignant agréé Humanitude.

Nos formateurs sont des professionnels de santé expérimentés, formés spécifiquement à la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Acquérir une méthodologie de soin qui situe chaque intervention dans la ligne philosophique déterminée par les projets de vie individuels.
- Acquérir les outils de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti® pour promouvoir la bientraitance au quotidien.
- Améliorer la relation soignant-soigné : développer une gamme de gestes sûrs et doux.
- Comprendre et prévenir les comportements d'agitation pathologique (CAP).
- Savoir utiliser le regard, la parole, le toucher comme outil de communication dans le soin.
- Acquérir des savoir faire en mobilisation et manutention relationnelle vers la verticalité.
- Savoir évaluer la toilette de la personne aidée (toilette évaluative).

ETAPE 1 : ANALYSE DES PRATIQUES EN PRESENTIEL

DUREE : 0,5 jour

DESCRIPTION:

- Évaluation des attentes des stagiaires par rapport à la formation.
- Évaluation des comportements, des pratiques et savoir faire des stagiaires en fonction des situations vécues.
- Identification des difficultés rencontrées au quotidien.
- Travail sur les situations vécues par les stagiaires et / ou basées sur l'expérience du formateur.

METHODOLOGIE:

- Présentation de situations.
- Réflexion en groupes.
- Analyses / Études de cas.

OUTILS: tour de table, questionnaires, mise en situation.

ETAPE 2 : ACQUISITION – MISE EN PRATIQUE EN PRESENTIEL

DUREE : 3 jours

DESCRIPTION ET CONTENU DETAILLE : ALTERNANCE THEORIE ET PRATIQUES

Philosophie de l'Humanitude® - *Qu'est-ce qu'être soignant ?*

- De la bienveillance à la Bientraitance.
- Du patient au client de soin.
- Les spécificités du soin de l'être humain – Intelligence / Émotion / Verticalité / Communication verbale non-verbale / Temps et espace de la personne.
- Des établissements de soin au milieu de vie.

- Le professionnalisme - Rôle propre et rôle collaboré - Les règles légales du soin.
- De la prise en charge au prendre soin : un art de l'ajustement.

La Méthodologie de soin Gineste-Marescotti® - Pour faire vivre la bientraitance

- Les piliers de l'Humanitude : regard, parole, toucher, verticalité.
- La Capture sensorielle®.

La manutention relationnelle® - Quels objectifs ? Pour qui ?

- De la manutention des malades à la manutention relationnelle®.
- L'évaluation aux objectifs de soins d'après la classification CEC.
- La manutention relationnelle comme acte de soin et de retour à la santé.
- La verticalisation : « Vivre et Mourir Debout® » : prévention et gestion de la grabatisation institutionnelle.

Les syndromes cognitivo-mnésiques

- Les types de démence et troubles cognitifs : définition des syndromes démentiels.
- La maladie de type Alzheimer : comprendre les comportements de la personne atteinte de cette maladie.
- Les comportements d'agitation pathologique : compréhension et prévention.
- Les approches de base en prévention.
- Les stratégies de diversion (techniques Geneau – Taillefer).
- La Capture sensorielle® (techniques CEC).

La communication, un outil au service du prendre soin - Comment communiquer ? Dans quel but ? Avec qui ?

- Théorie et pratiques de communication non-verbale.
- Le toucher du soignant (au cours du soin ou lors des mobilisations).
- Adéquation entre toucher et objectif relationnel : le Toucher-tendresse®.
- Théorie et pratiques de communication verbale.

La toilette - Quelle toilette dans quels objectifs ? Pour qui ?

- Pratique des nouveaux outils de toilette : Tenir compte des exigences des clients et des nouvelles connaissances en neuropsychologie et en physiologie ainsi qu'en matière d'hygiène et de réhabilitation du patient.
- Toilette Evaluative : Évaluation et choix du type de toilette en fonction de l'objectif dominant : « douceur » (personne douloureuse), « relationnelle » (syndrome d'immobilisme, malade « opposant », résident de long séjour), « rééducative » (trouble du schéma corporel, rééducation, prévention des attitudes vicieuses), « hygiénique ».

L'organisation du prendre soin au quotidien

- De la démarche de soin au projet d'accompagnement personnalisé, sa réalité et son suivi.
- La Toilette Évaluative au service du management et de l'harmonisation des soins.

Pratiques : mise en situation auprès des personnes accueillies dans les services de soin : techniques de Manutention Relationnelle®, Capture sensorielle®, techniques de verticalisation :

- Les pratiques dans les services sont organisées les matins des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} jour.
- Elles sont suivies d'un débriefing en salle de formation avec utilisation de grilles d'identification des objectifs de soins et de cotation comportementale de la personne prise en soin.

METHODOLOGIE :

- Apports théoriques et méthodologiques.
- Temps de pratiques dans les services : mise en situation en réel des stagiaires.
- Analyses / Études de cas à partir des exemples tirés de l'expérience des stagiaires, du formateurs ou des situations rencontrées au moment des temps de pratiques dans les services.
- Réflexion en groupes.

OUTILS : vidéos, livret stagiaire, grille d'observation des pratiques, mises en situation.

ETAPE 3 : EVALUATION DES ACQUIS EN PRESENTIEL

DUREE : 0,5 jour

EVALUATION ET SUIVI DE L'EXECUTION DE L'ACTION DE FORMATION

- Un questionnaire de satisfaction permet au stagiaire d'évaluer le formateur, la qualité du stage.
- Chaque début de journée commence par une évaluation des acquis de la journée précédente.
- Les acquis de l'action de formation sont évalués à l'aide d'un QCM renseigné en fin de formation. Les résultats sont fournis par le formateur à l'issue du test.
- L'évaluation de l'impact de l'action de formation repose sur un questionnaire renseigné en début et en fin de formation. Il permet d'analyser l'apport de la formation en matière de changements comportementaux pour chaque stagiaire.
- Le formateur accompagne les stagiaires au moment des phases de mises en pratiques dans les services afin de s'assurer de la bonne application des techniques enseignées.
- Un bilan oral est effectué par les stagiaires et le formateur en fin de session en présence de l'encadrement.

L'institut de formation préconise que cette action de formation se place dans le cadre d'un projet à l'échelle du service ou de l'établissement. A cette fin, il fournit à l'établissement des indicateurs de suivi des axes de progrès permettant de mesurer l'impact de la formation.

Une liste d'émargement est établie par demi-journée de formation.

La formation sera sanctionnée par la délivrance, pour chaque participant, d'une attestation de fin de stage mentionnant le résultat obtenu au questionnaire d'évaluation des acquis.

REFERENCES SCIENTIFIQUES

1. ANESM Recommandations des bonnes pratiques professionnelles
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=10
2. Aubert, J., Vézina, J., Landreville P., Brochu, C., Primeau G., Imbeault S., Laplante, C. *Éléments contextuels associés à l'émission de comportements d'agitation verbale présentés par des personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence*. Revue européenne de psychologie appliquée / European Review of Applied Psychology, 57, 2007, pp 157-165.
3. Bickart K.C. et al., *Amygdala volume and social network size in humans*, Nature Neuroscience, 9, p. 163-164, 2011
4. Burgio L., Butler F., Roth D., Hardin J., Hsu C-C, Ung K., *Agitation in nursing home residents : the role of gender and social context*, International Psychogeriatrics, Vol 12, N° 4, 2000, pp 495-511
5. Bocker P., Benoit M., Clement J-P., Cnockaert X., Hinault P., Nourasheim F., Pancrazi M-P., Portet F., Robert P., Thomas P., VERNY M., *Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge*, La Revue de Gériatrie, Tome 30, N°4, avril 2005
6. Carvalho A., Rea I., Parimon T., Cusack B., *Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review - 2014*
7. Champagne F., *Maternal care and hippocampal plasticity : evidence for experience-dependent structural plasticity, altered synaptic functioning, and differential responsiveness to glucocorticoids and stress*, The Journal of Neuroscience, June 4, 2008
8. Chugani H. et al., *Local brain functional activity following early deprivation : A study of postinstitutionalized Romanians orphans*, Neuroimage, 14, p. 1290-1301, 2011
9. Cohen-Mansfield J., *Behavioral and mood evaluations, Assessment of agitation*, International psychogeriatrics, Vol 8., N°2, 1996
10. Cozolino L., *The neurosciences of Human relationships : attachment and the developing social brain*, New York, W.W. Norton, 2006
11. Cyrulnik B., *De chair et d'âmes*, Ed. Odile Jacob, 2006
12. Damasio A. *L'autre moi-même - Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*, Paris, Odile Jacob, 2010
13. Decety J., "Who caused the pain ? An functional MRI investigation of empathy and intentionality in children", *Neurophysiologie*, 46, p. 2607-2614, 2008
14. Dunbar R.I.M. and Schultz S., « Evolution in social brain », *Science*, 317, p. 1344-1347, 2007
15. Eisenberg N., *The neuronal bases of social pain : Evidence for shared representations with physical pain*, *Psychosomatic Medicine*, 2012 February, 74 (2), p. 126-135, 2012
16. Geneau D., Taillefer D., *Stratégies de diversion dans la gestion des réactions catastrophiques chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer lors d'actes de soins critiques: un cadre théorique et pratique -*
<http://www.sepec.ca/diversion.htm>
17. Gineste Y., Maescotti R., Pellissier J., *Méthodologie de soin Gineste-Maescotti® dite « Humanitude », et pacification des comportements d'agitation pathologique - Revue de Gériatrie, Tome 33, supplément A au n°6 - 2008 (p. 2-4)*
18. Gineste Y., Pellissier J., *L'humanitude dans les soins*, Recherche en soins infirmiers, n°94 - 2008 (p. 42-55)
19. Gineste Y., Pellissier J., "Humanitude, Comprendre la vieillesse, Prendre soin des hommes vieux", Armand Colin, 2007
20. Gineste Y., *Silence on frappe... de la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées en institution*, Animagine - 2007 - 328 p
21. Gineste Y., Maescotti M., *Philosophie de l'Humanitude ou comment accorder les valeurs affichées avec les valeurs produites - Revue Francophone de Gérontologie et de Gériatrie, TAP, tome XX, n°198 - 2013 (p. 354-356)*
22. Gineste Y., Maescotti M., *Vers la fin des soins de force - Revue Francophone de Gérontologie et de Gériatrie, TAP, tome XIX, n°188 - 2012 (p. 349-350)*
23. Gineste Y., Maescotti M., *Debout jusqu'au bout, c'est possible -Revue Francophone de Gérontologie et de Gériatrie, TAP, tome XVIII, n°178 - 2011 (p. 415-416)*
24. Gineste Y., Maescotti M., *Déjouer les pièges de la prise en soin des hommes très vieux - Revue Francophone de Gérontologie et de Gériatrie, TAP, tome XVII, n°168 - 2010 (395-397)*
25. Gineste Y., Maescotti M., *Des maisons de retrait aux milieux de vie... - Revue Francophone de Gérontologie et de Gériatrie, TAP, tome XVII, n°168 - 2010 (p. 426-427)*
26. Gineste Y., Maescotti M., *La Capture sensorielle dans la Méthodologie de soin Gineste-Maescotti : éthologie des outils de la relation dans les soins difficiles - Revue Francophone de Gérontologie et de Gériatrie, TAP, tome XVI, n°158 - 2009 (p. 414-417)*
27. Gineste Y., Maescotti M., *Des hospices aux milieux de vie : le long et difficile chemin de la bientraitance - L'Observatoire, n°55 - 2007 (p.70-76)*
28. Gineste Y., Maescotti M., *Le cœur ne suffit pas... - Santé Mentale, n°107 - 2006*
29. Gineste Y., Maescotti M., Pellissier J., *Des soins de force aux soins plaisir - Décideurs en Gérontologie, n°77 - 2006 (p. 29-31)*
30. Gineste Y., Pellissier J., *Proximité et distance dans les soins : de la solitude à l'humanitude - Revue Santé Mentale, n°100 - 2005 (p. 38-43)*
31. Gueguen C., *Pour une enfance heureuse, Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*, Robert Laffont, 2014
32. HAS Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2008 ; Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ; pp 51-52
33. Hamlin K.J., *Three-month-olds show a negativity bias in their social evaluations*, Development Science, November 13, (6), 2010
34. Hamlin K.J., *Young infants prefer prosocial to antisocial others*, Cognitive Development, January, 26, 2011
35. Hamlin K.J., *How infants and toddlers react to antisocial others*, Proceedings of the National Academy of Sciences, USA, December, 2011
36. Handlin L., *Effects of sucking and skin-to-skin contact on maternal ACTH and cortisol levels during the second day postpartum-influence of epidural analgesia and oxytocin in the perinatal period*, Breastfeeding Medicine, December, 4 (4), p. 207-220, 2009
37. Hanson J. et al., *Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex : A tensor-based morphometry*

- investigation of brain, structure and behavioral risk*, Journal of Neuroscience, 30 (22), p. 7466-7472, 2010
38. Herrman F., Grandjean R., Izard I., Giannakopoulos P., Vaucher M., *Incidence des troubles du comportement en psychiatrie gériatrique*, Revue Médicale Suisse, numéro 2489, 30 juin 2004
 39. Honda M., Ito M., Ishikawa S., Takebayashi Y., Tierney L., *Reduction of Behavioral Psychological Symptoms of Dementia by Multimodal Comprehensive Care for Vulnerable Geriatric Patients in an Acute Care Hospital: A Case Series - Academic Editor: Di Lazzaro Vincenzo - Hindawi Publishing Corporation - 2015- Annexe10*
 40. Hugonot R., Hylde I., *Vieillesse, vieillissement, liberté et violence.*, in *L'Homme très âgé : quelles libertés*, Edition Médecine et hygiène, 1992.
 41. Kong EH., Evans LK., Guevara JP., *Nonpharmacological intervention for agitation in dementia : a systematic review and meta-analysis*, Aging Mental Health, jul 2009; 13(4): 512-20
 42. Loi de 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
 43. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
 44. Lussier-Mailhot J., *Répercussions d'un programme de toucher affectif et de massage sur une clientèle en soins de longue durée atteinte de déficits cognitifs et présentant des comportements perturbateurs*, Université de Sherbrooke, 1996
 45. Mars R.B. et al., *On the relationship between the "default mode network" and the "social brain"*, Frontiers in Human Neuroscience, June, 6 (189), p. 1-9, 2012
 46. Matillon Y., *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Limiter les risques de contention physique de la personne âgée - ANAES - Service évaluation en établissements de santé - 2000*
 47. Tinetti ME, Wen Liang L, Ginter SF. *Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities*. Ann Intern Med 1992; 116:369-74
 48. Mias L., *Pour un art de vivre en long séjour*, Bayard Editions, 1993, 248 p
 49. Meaney M.J., *Maternal care, gene expression and the transmission of individual differences in stress reactivity across generation*, Annual Review of Neuroscience, 24, 2001
 50. Nitschke J.B. et al., *Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants*, Neuroimage, February, 21 (2), p. 583-592, 2004
 51. Nnatu I., Shah A., *Aggressive behavior by patients and its relationship to nursing staff attitudes and perceptions*, International Psychogeriatrics, Volume 21, Issue 03, Jun 2009, pp 606-608
 52. Olausson H., Lamarre Y., *Unmyelinated tactile afferents signal touch and project to insular cortex*. Nature Neuroscience 5, 900 - 904 (2002)
 53. Petrovic P. et al., *Oxytocin attenuates affective evaluations of conditioned faces and amygdala activity*, The Journal of Neuroscience, 25, 28 (26), p. 6607-6615, 2008
 54. Rempel-Clover N.L., *Role of orbitofrontal cortex connections in emotion*, Annals of New York Academy of Sciences, 1121, p. 72-86, 2007
 55. Rizzolatti G., Sinigaglia C., *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob, 2008
 56. Robert.P.H, Medecin.I, Vincent.S, Staccini.P, Cattelin.F, Goni.S : *L'inventaire Neuropsychiatrique : validation de la version Française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez le sujet dément*. L'Année Gerontologique, 5, 63 - 87, 1998
 57. De Rotrou J., Rigaud A-S. ; *Aide aux aidants : aide aux patients. Résultats d'une étude contrôlée* ; La revue francophone de gériatrie et de gérontologie ; 2009, vol. XVI, n°158 ; pp. 434-436.
 58. Sava A., Chainay H., *Effets des émotions sur la mémoire dans la maladie d'Alzheimer et le vieillissement normal* – Revue de neuropsychologie neurosciences cognitives et cliniques, John Libbey Eurotext, 2013
 59. Schore, A., *Affect regulation and the origin of the self : The neurobiology of emotional development*, Hillsdale (N.J.), Erlbaum, 1994
 60. Singer T. et al., *Effects of oxytocin and prosocial behavior on brain responses to direct and vicariously experienced pain*, Emotion, 8 (6), p. 781-791, 2008
 61. Teicher M.H., *Sticks, stones, and hurtful words : relative effects of various forms of childhood maltreatments*, The American Journal of Psychiatry, 163, p. 993-1000, 2006
 62. Teicher M.H. et al., *Hurtful words : Association of exposure to peer verbal abuse with elevated psychiatric symptom scores and corpus callosum abnormalities*, The American Journal of Psychiatry, 67 (12), p. 1464-1471, 2010
 63. Uvnäs-Moberg K., *Physiological and endocrine effects of social contact*, Annals of New York Academy of Sciences, 807, p. 146-163, 1997
 64. Uvnäs-Moberg K., *Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing*, Zeitschrift fur psychosomatische medizin und Psychotherapie, 51 (1), 57-80, 2005
 65. Vercambre M-N., Grodstein F., Manson J., Stampfer J., Kang J., *Physical Activity and Cognition in Women With Vascular Conditions* - 2011