

Formation

Référent Humanitude

Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®

Pour faire vivre la bientraitance

La méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, dite Humanitude®, approche non-médicamenteuse, s'intéresse aux liens qui permettent aux humains de se rencontrer quel que soit leur état de santé, leur statut. Elle permet de professionnaliser au travers de plus de 150 techniques de prendre-soin, un véritable accompagnement dans la bientraitance. Elle permet l'amélioration de la qualité de vie au travail et la prévention des TMS (troubles musculosquelettiques).

Vous souhaitez approfondir la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, dite Humanitude®, ses techniques et sa philosophie, pour promouvoir la bientraitance au quotidien et pérenniser la démarche Humanitude.

La formation Référent Humanitude vous permettra d'être un acteur clé au service de la démarche de projet Humanitude.

PUBLIC: cadre de santé, infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue, accompagnant éducatif et social, éducateur spécialisé.

PREREQUIS :

Professionnel ayant suivi la formation-action de 4 jours « Méthodologie de soin Gineste-Marescotti – équipes soignantes du secteur sanitaire ou médico-social » au sein de son établissement.

Les deux modules de formation sont indissociables : seuls les stagiaires ayant suivi le module 1 peuvent suivre le module 2.

L'organisme 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.



Les personnes atteintes de handicap souhaitant suivre cette formation sont invitées à nous contacter directement afin d'étudier ensemble les possibilités d'accessibilité et de suivi.

ORGANISATION ET TECHNIQUES PEDAGOGIQUES :

Pour un groupe de 20 personnes au maximum.

La formation repose sur des techniques affirmatives, interrogatives et des méthodes expérientielles. Les apports théoriques dispensés par les formateurs sont étayés par des vidéos et par les échanges avec les stagiaires.

L'apprentissage des techniques de l'Humanitude repose sur :

- des exercices pratiques en groupe ;
- des entraînements en ateliers pratiques ;
- des grilles d'auto-évaluation ;
- la rédaction des séquences des techniques apprises dans un document pédagogique.

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.

Des documents pédagogiques sont remis à chaque stagiaire (papier, numérique).

Remarque : *En aucun cas les référents ne peuvent être considérés comme des formateurs capables d'enseigner la philosophie de l'Humanitude®, la Manutention Relationnelle® et les concepts liés à la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti® dans d'autres établissements.*

Ces formations font l'objet de marques déposées.

DUREE :

2 modules de 35 heures, soit 70 heures sur 10 jours (2 x 5 jours)

Horaires :

- Lundi : 9h – 17h
- Mardi : 9h – 17h30
- Mercredi : 9h – 17h
- Jeudi : 9h – 17h30
- Vendredi : 9h – 16h

35 heures par module

LIEU :

Selon les dates

INTERVENANTS :

Instructeurs Humanitude, formateurs agréés Méthodologie de soin Gineste-Marescotti (Claudie Barennes / Stéphanie Chrobok / Florence Lasnon / Eric Levert)

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

- Approfondir la philosophie de l'Humanitude.
- Approfondir les outils de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti, notamment l'approche relationnelle, la mobilisation, la verticalité et la manutention relationnelle.
- Apprendre à évaluer une situation, une personne pour choisir les techniques les plus adaptées et poser des objectifs en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé.
- Apprendre à mettre en place des stratégies de prévention et de pacification des comportements d'agitation pathologique des personnes présentant des troubles neuro-éволutifs.
- Acquérir des compétences en manutention relationnelle pour se positionner en personne ressource.
- Apprendre à guider l'équipe dans l'application des 5 principes de l'Humanitude en lien avec la démarche de projet Humanitude.
- Connaitre les missions du référent Humanitude au sein d'un groupe de pilotage Humanitude.

DESCRIPTION ET CONTENU DETAILLE : Modules 1 et 2

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

- La définition du soignant
- Le professionnalisme : historique, rôles professionnels, règles de l'art, soigner ou prendre-soin
- Les particularités de l'être humain : l'intelligence, les émotions, la verticalité, la communication non-verbale, la communication verbale, la singularité, l'intimité...
- Les dangers de rupture des liens d'Humanitude
- La tendresse, la confiance

Le bon niveau de soin pour ne pas nuire :

- Les différents niveaux de soin
- Le respect du sommeil
- Les contentions (vers zéro contention)
- Les programmes de compensations réparatrices
- Le projet d'accompagnement personnalisé

Les techniques d'approche relationnelle :

- La capture sensorielle : une approche multimodale
- La communication verbale (l'auto-feedback)
- Les communications non-verbales (le regard Humanitude, le toucher tendresse, ...)
- Les stratégies de diversion

Les techniques de mobilisation, de verticalité et de manutention relationnelle*

- Prévention du mal de dos, des TMS (rappels anatomiques et physiologiques)
- Les fondamentaux en Manutention Relationnelle : les 2 principes d'action, les 8 principes de sécurité
- Classification Gineste-Marescotti des personnes aidées
- Classification Manutention relationnelle
- Techniques d'aide à la marche
- Techniques de mobilisation (aide à la préhension, ...)
- Techniques de décontractures
- Techniques de verticalisation
- Techniques de transfert (fauteuil à reculons, toboggan, ...)
- Techniques de relevés de chute
- Techniques d'installation spécifique (canoë fauteuil, canoë lit)
- Techniques de pose des protections d'incontinence (debout, allongé)
- Utilisation du matériel (verticalisateur, lève-personne, drap de glisse, ...)

(* une cinquantaine de techniques apprises dans les ateliers pratiques)

De la toilette évaluative à la toilette prescrite :

- Définition, objectifs, étude et proposition d'organisation et de suivi
- La réhabilitation de l'adulte âgé, handicapé ou fragilisé
- Les toilettes séquentielles

Les Comportements d'agitation pathologique :

- Les syndromes cognitivo-mnésiques SCM
- Echelle Humanitude d'agitation au cours d'un soin
- Prévention et pacification des comportements d'agitation pathologique

La démarche Humanitude : une démarche de projet spécifique

- Les étapes de la démarche Humanitude
- Le référentiel Humanitude
- Les missions du référent Humanitude
- L'organisation et la mise en œuvre des ateliers référents Humanitude

- Le projet d'accompagnement personnalisé (soin, restauration, vie sociale, ménage, lingerie, maintenance, ...)

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 orale 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 donnés individuellement 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 d'acquisition des compétences pour chaque stagiaire.

Un bilan oral est effectué par les stagiaires et le formateur en fin de session.

Une liste d'émargement est établie par demi-journée de formation. La délivrance de l'attestation de présence et de fin de stage est subordonnée à l'émargement, pour chaque demi-journée de formation, du stagiaire sur les feuilles de présence. Sur l'attestation de fin de formation de chaque stagiaire figure la nature de l'action de formation, ses objectifs, le nombre d'heures suivies, et le niveau obtenu lors de l'évaluation des acquis de la formation.

DELAIS D'ACCES :

Le délai d'accès entre l'inscription et la réalisation de la formation dépend de la date de la demande et de la disponibilité du planning des intervenants. Il est en moyenne de 3 à 6 mois. Nous nous engageons à recontacter les personnes souhaitant s'inscrire dans un délai de 72H. Les CGV et tarifs sont consultables sur le site Humanitude.fr

REFERENCES SCIENTIFIQUES

1. HAS - Recommandations des bonnes pratiques professionnelles *Haute Autorité de Santé - Les publications du secteur social, médico-social (has-sante.fr)*
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. Brocker 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 functionnal 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., Marescotti R., Pelissier J., *Méthodologie de soin Gineste-Marescotti@ dite « Humanitude », et pacification des comportements d'agitation pathologique* - *Revue de Gérontologie*, Tome 33, supplément A au n°6 – 2008 (p. 2-4)
18. Gineste Y., Pelissier 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., Marescotti M., *Philosophie de l'Humanitude ou comment accorder les valeurs affichées avec les valeurs produites* - *Revue Francophone de Gérontologie et de Géatrie*, TAP, tome XX, n°198 - 2013 (p. 354-356)
22. Gineste Y., Marescotti M., *Vers la fin des soins de force* - *Revue Francophone de Gérontologie et de Géatrie*, TAP, tome XIX, n°188 - 2012 (p. 349-350)
23. Gineste Y., Marescotti M., *Debout jusqu'au bout, c'est possible* - *Revue Francophone de Gérontologie et de Géatrie*, TAP, tome XVIII, n°178 – 2011 (p. 415-416)
24. Gineste Y., Marescotti M., *Déjouer les pièges de la prise en soin des hommes très vieux* - *Revue Francophone de Gérontologie et de Géatrie*, TAP, tome XVII, n°168 – 2010 (395-397)
25. Gineste Y., Marescotti M., *Des maisons de retrait aux milieux de vie... - Revue Francophone de Gérontologie et de Géatrie*, TAP, tome XVII, n°168 – 2010 (p. 426-427)
26. Gineste Y., Marescotti M., *La Capture sensorielle dans la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti : éthologie des outils de la relation dans les soins difficiles* - *Revue Francophone de Gérontologie et de Géatrie*, TAP, tome XVI, n°158 – 2009 (p. 414-417)
27. Gineste Y., Marescotti 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., Marescotti M., *Le cœur ne suffit pas... - Santé Mentale*, n°107 – 2006
29. Gineste Y., Marescotti M., Pellissier J., *Des soins de force aux soins plaisir* - *Décodeurs 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 oxytocine in the perinatal period*, *Breastfeeding Medicine*, December, 4 (4), p. 207-220, 200
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., *Vieillissement, vieillesse, 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. Nnati 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-Clower N.L., *Role of orbitofrontalcortex 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 emotionnal 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 mantreatments*, *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