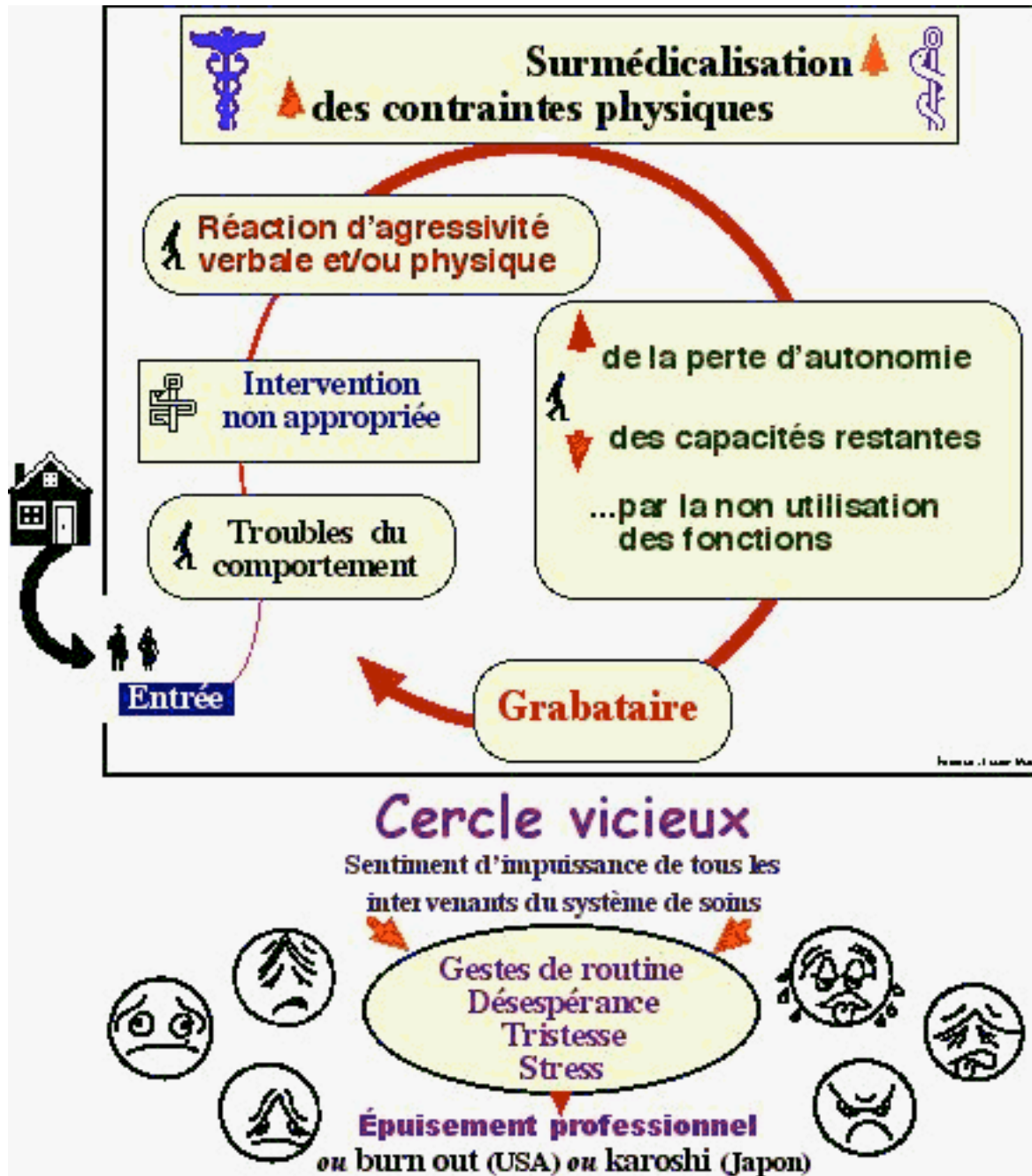


Base des Soins aux personnes âgées

I - SOINS MÉDICAUX EXCLUSIFS

Hébergement et soins pharmacologiques seuls....



Textes explicatifs et schémas à "Approches de projets de soins pour des personnes présentant des déficits cognitifs et/ou démences"

II - SOINS DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES



OBJECTIFS DES SOINS

Les RÉSIDENTS

- 1 - Préserver et promouvoir leur estime de soi.
- 2 - Soulager leur détresse émotionnelle.
- 3 - Maintenir leur autonomie fonctionnelle et mentale à un niveau optimal.
- 4 - Promouvoir leur intégration à l'environnement.
- 5 - Maximiser la communication entre l'entourage et la personne.

Les SOIGNANTS

- 1 - Élargir la perspective des soins.
- 2 - S'interroger sur l'emploi du temps.
- 3 - Avoir des attentes réalistes.
- 4 - Reconnaître d'autres sources de valorisation.
- 5 - Apprendre à demander de l'aide.

Les GESTIONNAIRES

- 1 - Volonté de faire reconnaître la valeur et la complexité du travail.
- 2 - Offrir un soutien administratif aux personnes dynamiques.
- 3 - Promouvoir la formation aux connaissances et habiletés particulières.
- 4 - Déterminer les heures/soins fonction des soins orientés vers l'autonomie.
- 5 - Se sensibiliser aux comportements adaptés face à la démence.

1- RECADRER L'ACTE DE SOINS

Recadrage systémique

Passer d'une approche SOINS DE MALADIE, analytique, à une approche SOINS DE SANTÉ, systémique ; de l'individu bio-mécanique à la personne, être bio-psycho-socio-culturel.

C'est une approche globale, holistique : toute modification d'un élément d'un système retentit sur le système tout entier dans lequel il survient.

EXEMPLE d'APPROCHE SYSTÉMIQUE DES SOINS

Une femme est hospitalisée pour des malaises.

- Démarche de soins :

- Veuve de 72 ans, 3 enfants (dont un demandeur d'emploi), le fonds national de solidarité constitue l'essentiel de ses ressources, n'a pas de véhicule.
- Ne s'alimente pas correctement : ne consomme pas de produits lactés, peu de viande, peu de poisson, donc peu de protéines.
- Habite une vieille maison dans une rue étroite.
- Ses enfants ne viennent pas souvent la voir.
- Tension artérielle : varie lors des changements de position. Séquelle de fracture du col du fémur et insomnie de début de nuit. Le reste de l'examen somatique est normal. Bio : glycémie et calcium bas.

- Ce cas pourrait être abordé de différentes façons :

- organique : souffre de crises d'hypoglycémie ou d'hypotension artérielle.
- psychologique : forme de névrose avec somatisation.
- politique : la mère au foyer a une retraite de misère.
- féministe : personne délaissée en tant que mère, etc.

Rien n'est faux, mais tout est partiel, partial et inefficace pour une amélioration de la patiente.

- Appliquer les règles de l'approche systémique :

différencier les sous-systèmes (situation sociale, mode de vie, contexte relationnel...)

- Éviter les conseils négatifs qui l'affoleraient tel que : rentrer en institution.

- Appliquer une série d'actions ponctuelles allant dans le même sens :

Mettre en place un réseau relationnel (club 3^e âge) ; conseiller une modification des habitudes alimentaires incluant la consommation de lait et d'œufs (la viande est chère); voir avec ses enfants de programmer des visites non conflictuelles, etc.

- Éviter de créer d'autres contraintes :

Ne pas donner de benzodiazépines pour dormir mais proposer une marche en fin d'après midi, etc.

- Ne pas attendre une amélioration trop rapide.

- Être attentif et souple pour atteindre l'objectif qui est l'amélioration durable de son état de santé.

Les institutions (longs séjours) sont les témoins des limites de la médecine d'organe, sinon elles n'existeraient pas. Poursuivre dans ces institutions, des pratiques qui ont échoué ailleurs, conduit à la désespérance par la persistance de l'échec.

On ne peut agir sur les lésions cérébrales ou les facteurs organiques mais nous pouvons agir sur la plupart des facteurs qui produisent ou aggravent les problèmes d'autonomie fonctionnelle, c'est-à-dire, psycho-sociaux et environnementaux : des troubles d'autonomie fonctionnelle sont souvent imputables au milieu.

SANTÉ, AUTONOMIE, INDÉPENDANCE

La santé selon R. Dubos c'est «La capacité de fonctionner au mieux dans son milieu».

Deux critères de fonctionnement : autonomie et indépendance

- L'autonomie : capacité du VOULOIR faire, ou ne pas faire.

Vouloir, décider, relève du fonctionnement cérébral.

- L'indépendance : capacité du POUVOIR faire.

Pouvoir faire les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ - phonétique : avéqueux) relève du système neuro-locomoteur.

- À TOUT ÂGE on peut être :

autonome et indépendant ; autonome et dépendant ;

non autonome et indépendant ; non autonome et dépendant.

Il importe de se rappeler qu'une incapacité dans une fonction ne signifie pas nécessairement une incapacité dans toutes les fonctions. Toutefois cela demande beaucoup de chaleur humaine, d'efforts, de temps et de patience pour amener une personne atteinte de déficits cognitifs à surmonter les difficultés qu'elle rencontre dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (AVQ).

Il est plus simple de traiter "la vieille" comme un objet et de faire tout à sa place : nourrie, propre, correctement vêtue, dans son coin sans avoir rien à faire elle végétera comme une plante en pot... et son cerveau perdra toutes ses capacités d'humanité. (Philosophie d'entretien et de gardiennage)

Malgré ses altérations cognitives, la personne demeure toujours un être humain. Le maintien ou la réacquisition minime de ses capacités fonctionnelles contribue à préserver sa dignité, son estime de soi, à conserver un lien fragile avec son environnement à soulager une détresse manifeste.

La pratique quotidienne nous démontre qu'il est possible de récupérer des habiletés qui semblaient irrémédiablement perdues.

Certes nous ne savons pas déterminer dans l'ensemble des actions mises en oeuvre quelle est celle - ou celles - qui a prévalu. Mais peu importe nos limites théoriques, du moment que nos actions sont des catalyseurs de vie.

2. COMPRENDRE POUR MIEUX AIDER ou, préalables aux actions.

Ces préalables constituent des pistes de réflexion et d'action. Leur connaissance permet de vérifier si nos conceptions et nos méthodes d'intervention sont adéquates ou si elles ont besoin d'être corrigées ; si elles sont dictées par des préjugés ou des attitudes négatives.

Cette interrogation est essentielle pour prendre conscience des valeurs qui sous-tendent nos conduites, pour juger de la pertinence de nos décisions et pour atteindre les buts de

soins de santé que nous nous proposons.

Nous adaptons ci-dessous les préalables de Lévesque, Roux et Lauzon (1990), et des attendus de l'équipe du Centre D.B Viger de Québec (1992).

❑ Lésions cérébrales et comportements dysfonctionnels

- Les lésions cérébrales n'expliquent pas à elles seules les comportements dysfonctionnels.

- La forme et la fonction sont deux entités différentes.

On ne soigne pas un scanner mais une personne : tout cortex peut réaliser des prouesses si des conditions d'activation sont présentes dans le milieu physique et social.

- La personne démente ne peut modifier d'elle-même l'environnement : il faut que les soignants misent sur une organisation optimale pour pallier son incapacité.

- Facteurs environnementaux modifiables qui peuvent avoir un effet sur les comportements :

- l'aménagement physique des lieux (signalisation, décoration, jardin, etc.)

- la stimulation sensorielle (lumière, musique, etc.)

- la chaleur de la relation établie entre les soignants et le malade.

- Importance d'un organisation du milieu :

- environnement stable, organisé selon des balises prévisibles : contribue à diminuer les efforts d'adaptation de la personne.

- interventions psycho-sociales qui prennent en considération à la fois les facteurs individuels, environnementaux et les séquelles imputables aux lésions cérébrales.

Implications cliniques.

‣ Corriger la fausse croyance trop répandue selon laquelle les lésions cérébrales expliquent à elles seules les comportements dysfonctionnels chez les personnes démentes.

‣ Considérer les interactions entre les comportements, l'environnement et les facteurs individuels comme des éléments d'observation permettant de préciser des cibles d'intervention.

❑ Caractère des incapacités : réelles ou circonstancielles

- Cerner avec précision les capacités du malade afin de les stimuler et d'éviter l'apparition d'incapacités circonstancielles.

- Reconnaître les capacités résiduelles de la personne : cela permet de distinguer les incapacités réelles des incapacités dues aux circonstances.

Les incapacités circonstancielles sont des déficits réversibles qui ne résultent pas de lésions cérébrales mais d'autres facteurs (sur ou sous stimulation, sous ou surmédication, infections, etc.).

Le malade peut faire plus, si on crée les conditions propices.

- Stimuler pour éviter le vieillissement immérité, le vieillissement de surcroît, par la non utilisation des fonctions.

- Ne plus considérer le malade comme inapte dans tous les domaines dès que se révèle une incapacité dans un domaine particulier.

- Les incapacités ne s'étendent pas à tous les domaines d'un seul coup.

- Ex.: La personne qui ne réussit plus à faire un chèque n'a pas nécessairement perdu la capacité d'aider quelqu'un, de répondre au téléphone, de jouer, de donner ou de recevoir de l'affection

- Ex.: Le fait de ne pas trouver son linge dans le garde-robe ne présume pas que la personne ne peut plus s'habiller.

- La personne peut faire plus... si on lui permet de faire tout ce qu'elle est capable de faire, si on prend le temps de ne pas faire à la place.

Attention à l'étiquetage selon leurs symptômes ou leurs problèmes («agressif», «agité»), qui risque de dépersonnaliser. De plus on ne va pas chercher les facteurs en jeu ni chercher de solutions possibles : on va négliger ses autres capacités.

- Il faut avoir des objectifs réalistes, mais faire preuve de créativité dans la mise au point de stratégies au lieu d'abandonner toute forme d'intervention, réévaluer régulièrement ces interventions en fonction de la progression de la maladie ou de la fluctuation des facteurs liés à l'environnement.

Si on exige pas assez...

- Le malade peut se sentir infantilisé * développera des incapacités circonstancielles * accélération de la détérioration de son état * affaiblira son estime de soi...

- Le personnel ne croit pas au potentiel du malade, ne voit pas l'utilité de stimuler la personne âgée ... À soins d'entretien et de surveillance.

• Si on exige trop...

- On amène la personne à faire face à ses limites * elle éprouvera anxiété et frustration...

- Le personnel s'épuisera à essayer en vain d'atteindre ses objectifs et devant des échecs répétés se contentera de... À soins d'entretien et de surveillance.

Les différents changements ponctuels qui surviennent surtout dans l'environnement du malade, peuvent influencer sur l'accomplissement de certaines actions, amener à croire que les incapacités sont définitives alors qu'en réalité elles ne sont que le résultat de facteurs ponctuels et modifiables.

Implications cliniques

◆ Reconnaître les capacités des malades : distinguer leurs incapacités circonstancielles de leurs incapacités réelles.

◆ Cerner des facteurs ponctuels d'aggravation : délirium, infections, intoxications médicamenteuses.

◆ Rechercher, planifier et mettre en place des stratégies réévaluées périodiquement et créatrices.

— Mise en commun des solutions jugées efficaces par la famille et les soignants.

— Étroite collaboration de chacun des membres de l'équipe.

— Cohérence.

— Stabilité dans les interventions prévues.

◆ Changer de stratégie au lieu de ne plus rien faire.

❑ Variabilité individuelle des manifestations de la maladie

- Il faut éviter de rechercher un profil unique de comportement chez les personnes démentes.

Le seul point commun c'est le constat de démence. Les comportements sont tous différents selon les facteurs individuels et l'environnement de chacun. Ils peuvent varier d'un jour à l'autre, du matin au soir.

Actions à porter sur l'environnement matériel et sur la qualité des relations humaines.

- Savoir qu'une solution peut être efficace dans un environnement et un moment donnés et inefficace dans d'autres.

Habitudes de perception à la place d'habitudes de gestes.
S'adapter "ici et maintenant".

- Il n'y a pas de solution unique pour tous les malades et pour toute la durée de la maladie.

Interventions axées sur le contexte présent.

❑ Importance de l'empathie

- Privilégier la dimension affective et la communication non verbale.

L'empathie c'est se mettre dans la peau de l'autre, c'est l'intelligence dite «du coeur».

L'affectivité est la clé des conduites motrices.

- Il est essentiel de se mettre dans la peau de la personne démente.

Il est essentiel d'essayer de comprendre ce qu'elle vit, d'être empathique.

Les divers comportements manifestés ne sont pas dictés par la logique mais ils traduisent des besoins qu'elle ressent et qu'elle exprime tant bien que mal avec des capacités intellectuelles affaiblies.

La personne est perturbée intellectuellement : elle éprouve de sérieux troubles de la mémoire, n'arrive plus à communiquer, ne réussit plus à comprendre son environnement.

• Implications cliniques

◆ Privilégier la dimension affective de la personne et accorder beaucoup d'importance à la communication non-verbale.

◆ Délaisser un cadre de référence restreint à un niveau cognitif : éviter de recourir au jugement, au raisonnement ou l'argumentation comme critères.

❑ Sens du comportement

- Ne plus considérer les comportements comme dénués de sens.

Ils veulent dire quelque chose et expriment une lutte de la personne pour concilier son existence diminuée et l'environnement.

La motivation fondamentale de tout être humain est de satisfaire ses besoins le mieux possible.

Toutes les formes de comportements (la colère, la panique, l'apathie, etc.) signifient les difficultés éprouvées par la personne démente à communiquer ses émotions (souvent pénibles).

- Éviter d'envisager les comportements déviants comme l'expression d'une mauvaise volonté, chercher le sens du comportement et réagir en fonction de ce sens et non du comportement lui-même.

Les comportements sont la manifestation d'une lutte intérieure, l'expression de sentiments ou de besoins, la perpétuation d'habitudes antérieures bien établies, mais dont la présentation a toutefois été modifiée par la maladie.

Ex.: L'homme qui cherche à sortir chaque soir.

Dans ses données biographiques, nous apprenons qu'il promenait son chien tous les soirs après le journal télévisé.

- Répondre au contenu émotif qui se cache derrière les expressions verbales et non verbales en intervenant sur le plan relationnel.

- Promouvoir l'estime de soi (narcissisme) et l'intégration à l'environnement.
- Utiliser le toucher affectif.

Implications cliniques

- ◆ Ne plus considérer les comportements comme dénués de sens.
- ◆ Éviter d'envisager les comportements déviants comme l'expression d'une mauvaise volonté.
- ◆ Chercher dans la mesure de nos moyens le sens du comportement.
- ◆ Répondre au contenu émotif qui se cache derrière les expressions verbales ou non-verbales.
- ◆ Intervenir sur le plan relationnel.
- ◆ Réagir en fonction du sens du comportement plutôt que seulement en fonction du comportement lui-même.

❑ Réactions émotives

- La persistance des réactions émotives est une énigme dans la démence.

Au fur et à mesure que le langage verbal n'a plus son sens habituel, que les mots sont perdus, l'expression émotive des malades déments devient de moins en moins perceptible par l'entourage.

- Ne pas présumer que la personne démente n'éprouve plus de sentiments.

La diminution ou l'absence apparente d'expression émotive ne doit pas être perçue comme une incapacité de ressentir ou une absence d'affect.

L'expression émotive (ou absence d'expression émotive) peut ne pas traduire fidèlement les réactions ou les sentiments éprouvés par la personne.

Les moyens d'évaluation de l'affectivité ne sont pas suffisamment au point pour être utilisés auprès de personnes atteintes de troubles cognitifs.

Il faut se fier à d'autres indices comme la communication non-verbale pour analyser cette composante.

Notre difficulté à décoder les messages non-verbaux nous empêche bien souvent de reconnaître le contenu émotif des différents comportements des malades.

- Parler à la personne quand on est en sa présence.
- Ne jamais exprimer devant la personne des propos qui pourraient la blesser ni tenir des conversations comme si elle n'était pas présente.

Faire attention à ce qu'on dit "les mots causent des maux".

- Porter une attention toute particulière à la dimension non verbale de la communication
- L'absence de réaction émotive ne doit pas être perçue comme une incapacité à ressentir et cache peut-être une détresse.

Le malade peut conserver la capacité de capter nos messages non-verbaux (l'expression de notre visage, le ton de notre voix, la vitesse de notre élocution, nos gestes d'exécution des soins). Il faut donc privilégier douceur, patience, respect, souplesse : sortir de soi en sortant de chez soi.

Implications cliniques

- ◆ Ne pas présumer que la personne démente n'éprouve plus de sentiments.
- ◆ Porter une attention toute particulière à la dimension non verbale de la communication pour atteindre la personne, l'accompagner, répondre à ses besoins.

❑ Prépondérance de la personne sur la maladie

- Les personnes démentes demeurent des êtres humains, comme tous les handicapés mentaux, les trisomiques (mongoliens).

Il faut lutter contre la tendance de la société de les percevoir comme des malades de seconde classe, dépourvus d'attribut humain.

- Évaluer les répercussions des altérations cognitives sur la personne, c'est-à-dire voir comment elles modifient son indépendance dans la satisfaction de ses quatorze besoins fondamentaux : observer, surveiller, décoder, résoudre...

Il faut faire «avec» et s'occuper de la santé des personnes : rôle de suppléance, de facilitateur d'adaptation, d'assistance.

❑ Importance de la famille

- La famille est la «victime cachée» de la démence.
- Reconnaître la perturbation que la démence entraîne sur le système familial en entier

Le placement, culpabilisant, est aussi source d'inquiétude : le personnel aura-t-il la capacité de comprendre le malade et de répondre à ses besoins ?

- Encourager le maintien des liens familiaux

Repère affectif et sentiment d'appartenance.

- Reconnaître la contribution de la famille, pour qu'elle garde l'estime de soi : elle a reçu peu de gratification pour les efforts qu'elle déploie depuis de longs mois...

❑ Stratégie thérapeutique

- ◆ Reconnaître les capacités restantes des malades.
- ◆ Distinguer les incapacités circonstancielles des incapacités réelles.
- ◆ Observer les comportements et renforcer la dimension psychosociale des interventions.
- ◆ Rechercher, planifier et mettre en place des stratégies personnalisées réévaluées périodiquement et créatrices.
- ◆ Changer de stratégie au lieu de ne plus rien faire.
- ◆ Optimiser le milieu, former les soignants, intégrer les familles, avoir des instruments d'évaluation qui fassent ressortir les potentiels et pas seulement le déficit.

CONCLUSION

« Loin de constituer des recettes miracles, ces préalables ouvrent des pistes et donnent aux intervenants la possibilité d'utiliser leurs connaissances, leurs habiletés et leur créativité. *Les préalables indiquent la direction à prendre sans toutefois dicter l'itinéraire à emprunter !* »

« La qualité d'une institution repose beaucoup plus sur le mode de résolution des difficultés élaboré et appliqué par les différents intervenants, que sur la qualité des aménagements décoratifs ou architecturaux, ou encore, sur le nombre et la diversité des spécialistes en tous genres figurant à l'organigramme »
Louis Ploton

Bibliographie

- Berger L., Mailloux D., *Personnes âgées, une approche globale*, Maloine, Paris, 1989. 585 p.
- Collière M-F., *Promouvoir la vie, Interéditions*, Paris, 1982, 391 p.
- Collière M-F., *Soigner... le premier art de la vie*, Interéditions, Paris, 1996, 440 p.
- Ducharme F., *Principes généraux d'interventions auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs irréversibles*, LICACD, Montréal, 1987.
- Hesbeen W., *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Masson, Paris, 1997, 194 p.
- Levesque, C. Roux, S. Lauzon, *Alzheimer Comprendre pour mieux aider*; ERPI, Montréal, 1991
- Maisondieu J., *Le crépuscule de la raison*, Centurion, Paris, 1989, 222 p.
- Messy J., *La personne âgée n'existe pas : une approche psychanalyste de la vieillesse*, Rivages, 1992, 192 p
- Mias L., Decourt E., *Pour un art de vivre en Long séjour*, Bayard, Paris, 1993, 252 p
- Micas M. , *Comment vivre avec un Alzheimer*, éd Josette Lion, 7508 Paris, 2000, 159 p.
- Muyard J-P., *Pourquoi tombons-nous malades. Pour une médecine de la personne*, Fayard, 2009, 389 p.
- Personne M., *Soigner les personnes âgées à l'hôpital*, Privat, Toulouse, 1991, 239 p.
- Phaneuf M., *Démarche de soins face au vieillissement perturbé*, Masson, Paris, 1998, 290 p.
- Personne M., *Prendre en charge les personnes âgées dépendantes*, Dunod, Paris, 1998
- Ploton L., *La personne âgée*, Chronique sociale, Lyon, 1990, 244 p.
- Poletti R., *L'enrichissement des interventions*, Centurion, Paris, 1980, 132 p.
- Poletti R., *Les soins infirmiers, théories et concepts*, Centurion, Paris, 1989, 175 p.
- Riopelle L., *Soins infirmiers, modèle centré sur les soins de la personne*, Hill, Québec, 1984, 354p
- Ylieff M., *Prise en charge et accompagnement de la personne démente*, Cahiers du troisième âge, éd Kluwert, (avenue Louise 326, Bte 56, 1050 Bruxelles), 2000, 127 p

1989 - actualisé 2009

Dr Lucien Mias

Annexes

PHILOSOPHIE ET CODE ÉTHIQUE

du Service de Long séjour
du Centre Hospitalier de Mazamet.

Le Médecin chef de service et la Direction du Service en Soins Infirmiers sont heureux de présenter à tous un texte qui définit la mission, la philosophie et certains objectifs généraux. Les soins créés et dispensés doivent être élaborés, appliqués et évalués en respectant les principes décrits dans le présent texte.

1. MISSION

Le Service de Gériatrie Long séjour définit sa mission comme suit :

Assurer et maintenir le bien-être nécessaire aux Résidents, le tout dans un climat humain, sécurisant, professionnel et dans le respect des lois et des règlements en vigueur.

2. PHILOSOPHIE

Le Service de Gériatrie de Mazamet utilise pour réaliser sa mission le cadre philosophique suivant :

◆ Par une approche globale de la santé offrir des services aux Résidents pour leur permettre de retrouver ou maintenir le plus longtemps possible leur niveau d'autonomie.

◆ Assurer aux Résidents la possibilité, s'ils le désirent, de se prendre en charge et de participer aux décisions les concernant.

◆ Favoriser la participation et la consultation des Soignants et autres intervenants pour rechercher des moyens d'action nouveaux et une collaboration maximum de toutes les ressources humaines impliquées dans le Long séjour.

3. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

◆ Fournir les outils et développer les connaissances des Soignants et autres intervenants pour une qualité maximum et un niveau de motivation élevée.

◆ Utiliser de façon professionnelle et rationnelle les ressources humaines, matérielles et financières disponibles.

◆ Assurer la participation du Service vis-a-vis de son rôle de partenaire dans le réseau régional des établissements de santé et des services sociaux.

CODE ÉTHIQUE

Complément au règlement intérieur
du Centre Hospitalier de Mazamet

Le Service de Gériatrie Long séjour se donne un outil préventif qui permettra d'encadrer et d'aider la plupart des relations entre les Résidents et les Soignants et/ou autres intervenants (bénévoles, administratifs, services généraux) .

Ce code est applicable à tous quel soit le titre d'emploi, le poste ou la fonction.

— La règle principale pour les Soignants et autres intervenants du Service de Gériatrie Long séjour, dans leurs relations avec les Résidents, est de leur accorder le même traitement, la même sollicitude, les mêmes égards et le même respect que l'on voudrait pour nous-mêmes et les nôtres, si nous étions à leur place.

— Les relations entre les Soignants et/ou intervenants avec les Résidents doivent, en tout temps, être marquées du sceau de la courtoisie, de la politesse, de la douceur et de l'amabilité. Nous sommes au service du Résident, en collaboration avec eux, et non eux au nôtre.

— Les Soignants et/ou intervenants doivent, dans leurs actions et relations avec les Résidents être justes et équitables envers tous sans tenir compte des différences qui peuvent exister entre les Résidents et/ou leur comportement.

— On doit s'adresser ou parler d'un Résident en utilisant le nom que celui-ci désire et le faire précéder généralement de Monsieur, Madame ou Mademoiselle.

— Lors de conversations verbales avec un Résident, le vouvoyer, sauf si le Résident préfère le tutoiement du fait de sa culture.

— Toute brusquerie physique ou verbale est intolérable et proscrite.

— La dignité et la pudeur du Résident doivent être respectées.

Aucun soin d'hygiène corporelle ne peut être accompli, aucun traitement ou examen ne peut être entrepris sans que la porte ou un rideau séparateur ne soient fermés et sans que le Résident ne soit couvert de façon appropriée.

— Le Résident peut, en raison de son état, avoir des difficultés à faire certains gestes. Sa maladresse possible, ses oublis momentanés, ses sautes d'humeur, ses déficiences ne doivent lui valoir aucun reproche ni aucune réprimande et doivent au contraire être excusés avec sympathie et respect. Une incitation à collaborer n'est pas considéré comme un reproche.

— On doit informer un Résident du temps qu'il aura à attendre pour un service ou des raisons d'un retard, pour ne pas accroître son anxiété et lui démontrer un respect élémentaire.

— Les aliments à consistance molle ou en purée devront être offerts séparément au bénéficiaire s'alimentant avec aide. Le Résident a le droit de profiter de la saveur particulière de chaque aliment.

— Les intervenants et/ou soignants doivent toujours frapper avant d'entrer dans la chambre d'un Résident et attendre l'autorisation de ce dernier s'il en a la capacité.

— Il est formellement interdit aux Soignants et intervenants d'utiliser les appareils personnels des Résidents, sauf si c'est pour leur apporter une aide.

— Le choix d'une émission de radio ou de télévision est de la seule prérogative du Résident. Les Soignants et/ou intervenants n'ont pas à intervenir. Toutefois, il est possible de demander de diminuer l'intensité du son si le volume interfère avec le choix de programmes ou le besoin de tranquillité du compagnon de chambre ou des voisins.

— Nul n'est autorisé à fouiller dans les tiroirs des Résidents, sauf si des raisons de sécurité ou d'hygiène l'imposent et ce, seulement en présence d'un témoin et du Résident lui-même. Le rangement de certains objets ou lingerie dans les tiroirs des Résidents, effectué dans but d'assistance, n'est pas considéré comme une intrusion.

— Un Soignant ne doit jamais solliciter ou demander une récompense, cadeau ou pourboire auprès d'un Résident. La réception d'un cadeau ou d'un pourboire doit être un geste occasionnel et selon le choix du Résident.

— Conformément à la loi, aucun Soignant et/ou intervenant ne peut solliciter ni accepter un don ou un legs d'un Résident.

— Il est interdit aux Soignants et/ou intervenants d'effectuer des transactions de vente et/ou d'achats de biens et/ou de services avec les Résidents, sauf si le Cadre infirmier en fonction a donné son accord.

— Conformément à la loi, les Soignants et/ou intervenants doivent préserver la confidentialité des renseignements qu'ils connaissent concernant les Résidents.

— Les Soignants doivent autant que possible adapter leurs paroles, etc., aux habitudes, coutumes et normes des Résidents pour démontrer un respect minimum.

— Les Soignants et/ou intervenants doivent s'assurer que dans leur comportement et paroles, rien n'est fait en contradiction avec les droits des Résidents.

— Un manque important de se conformer aux règles édictées dans ce code éthique pourra être interprété comme une incapacité du contrevenant à adapter son comportement ou ses habitudes de travail aux exigences des relations à entretenir avec les Résidents et pourra être passible de mesures disciplinaires.