

DEAES

Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social
DF 1 à 5

**Offert
en ligne**
+ de sujets corrigés
et des schémas
muets

Tout-en-un

Tout pour réussir

- ✓ Tout sur la formation et le métier
- ✓ Tout le cours en 115 fiches
- ✓ Toutes les pratiques professionnelles
- ✓ Des QCM et questions d'entraînement corrigés
- ✓ 2 sujets blancs d'études de cas corrigés

6^e édition



Vuibert N°1

DIPLÔMES DU SOCIAL

DEAES

Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social

DF 1 à 5

Tout-en-un

6^e édition

Danièle Lenepveu

Formatrice dans le secteur médico-social, a exercé des fonctions de chef de service dans un foyer de vie et de responsable d'établissement accueillant des personnes âgées.

Isabelle Sue

Titulaire d'un master en sciences de l'éducation, a consacré son parcours professionnel à l'accompagnement en tant que travailleur social, puis comme formatrice et responsable pédagogique. Aujourd'hui, elle est intervenante indépendante pour différents organismes de formation, établissements sociaux et médico-sociaux.

Ressources numériques



Téléchargez gratuitement sur

www.vuibert.fr/site/219456 :

- plus de **sujets corrigés** ;
- des **schémas muets** de biologie à compléter ;
- une **bibliographie** et une **filmographie**.

Avec tous nos remerciements pour la participation d'Éric Bernabé et d'Hervé Sue.

ISBN : 978-2-311-21945-6

Conception couverture: Les PAOistes / Conception intérieure: BleuT / Réalisation intérieure: Nord compo

Image couverture: © EmmaStock/AdobeStock

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Le « photocopillage », c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs. Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le « photocopillage » menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération. En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de copie: 20, rue des Grands-Augustins, F-75006 Paris. Tél.: 01 44 07 47 70.

© Vuibert - juillet 2024 - 5, allée de la 2^e D.B., 75015 Paris - Site Internet: <http://www.vuibert.fr>



Sommaire

Préface	8
Une formation	10

PARTIE 1

DF 1 Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne

Fiche 1	Les besoins	18
Fiche 2	Les temps clés et les quatre dimensions	22
Fiche 3	La relation d'aide	25
Fiche 4	La relation éducative	26
Fiche 5	L'estime de soi	28
Fiche 6	Supports et méthodes d'accompagnement	29
Fiche 7	La notion de santé	32
Fiche 8	La loi du 4 mars 2002	33
Fiche 9	Les lois Clayes et Léonetti	35
Fiche 10	La loi du 29 décembre 2015	40
Fiche 11	La prise de médicaments	44
Fiche 12	Surveillance des autres indicateurs de santé	45
Fiche 13	La douleur	48
Fiche 14	Prévention et éducation pour la santé	51
Fiche 15	Responsabilité sociétale des entreprises ou des organisations (RSE ou RSO)	55
Fiche 16	Ergothérapie	58
Fiche 17	Les principes d'ergonomie	59
Fiche 18	Le sommeil et le coucher	61
Fiche 19	L'incontinence urinaire	66
Fiche 20	La sexualité	69
Fiche 21	L'hygiène corporelle	71
Fiche 22	Le corps médiateur de la relation	73
Fiche 23	La peau	77
Fiche 24	La notion d'intimité	79
Fiche 25	La notion de communication	82
Fiche 26	Méthodes et outils de communication verbale	86
Fiche 27	L'écoute	89

Fiche 28	L'observation	91
Fiche 29	Les apprentissages, les techniques pédagogiques	93
Fiche 30	Participation. Apprentissage	97
Fiche 31	Violence et agressivité	101
Fiche 32	L'accompagnement en fin de vie	104

PARTIE 2

DF 2 Accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne dans le respect de cette personne et des règles d'hygiène et de sécurité

Fiche 33	Accompagnement et entretien du cadre de vie	110
Fiche 34	L'AES et l'entretien du cadre de vie	113
Fiche 35	Alimentation et santé	116
Fiche 36	Prise de repas et accompagnement	121
Fiche 37	Les troubles de la déglutition	125
Fiche 38	Le vêtement et l'aide à l'habillage	127

PARTIE 3

DF 3 Accompagnement à la vie sociale et relationnelle de la personne

Fiche 39	La citoyenneté	130
Fiche 40	Citoyenneté et déficiences mentales	132
Fiche 41	Accessibilité universelle	134
Fiche 42	L'évolution sociologique de la famille	135
Fiche 43	Familles et situations de handicap	138
Fiche 44	Les aidants familiaux	143
Fiche 45	La dynamique de groupe	147
Fiche 46	Technique d'animation et gestion de conflits	151
Fiche 47	L'animation	153
Fiche 48	Grille d'élaboration d'animation	155
Fiche 49	Exemple de projet d'animation	157
Fiche 50	L'exclusion sociale	160

PARTIE 4

DF 4 Positionnement en tant que travailleur social dans son contexte d'intervention

Fiche 51	Les politiques publiques	164
Fiche 52	Les ARS	169
Fiche 53	Les MDPH	171
Fiche 54	Les CDAPH	174
Fiche 55	Le cadre législatif	176
Fiche 56	La loi du 11 février 2005	182
Fiche 57	La loi du 5 mars 2007	185
Fiche 58	L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	188
Fiche 59	La protection juridique des personnes majeures	191
Fiche 60	L'autonomie	197
Fiche 61	L'obligation alimentaire	199
Fiche 62	Les établissements et publics accueillis	200
Fiche 63	L'éthique	207
Fiche 64	La notion de déontologie	208
Fiche 65	L'obligation de discrétion	210
Fiche 66	La responsabilité civile et pénale	214
Fiche 67	La charte des droits et des libertés	216
Fiche 68	Le système nerveux	218
Fiche 69	L'appareil digestif et l'alimentation	223
Fiche 70	L'appareil cardio-vasculaire	228
Fiche 71	Introduction à la psychologie	233
Fiche 72	Le développement psycho-affectif de la personne	235
Fiche 73	Le développement intellectuel et social de la personne	241
Fiche 74	L'adolescence	246
Fiche 75	Le narcissisme	250
Fiche 76	L'attachement	253
Fiche 77	La sclérose en plaques	255
Fiche 78	La maladie d'Alzheimer	257
Fiche 79	La maladie de Parkinson	261
Fiche 80	L'infirmité motrice cérébrale	263

Fiche 81	L'asthme	266
Fiche 82	L'asphyxie	270
Fiche 83	L'insuffisance respiratoire	272
Fiche 84	L'infarctus du myocarde	276
Fiche 85	Les déficiences motrices	278
Fiche 86	La dépression	282
Fiche 87	Le trouble bipolaire	286
Fiche 88	La schizophrénie	289
Fiche 89	Les addictions	293
Fiche 90	Diarrhée et constipation	298
Fiche 91	Surveillance des signes vitaux	304
Fiche 92	La prévention des chutes	307
Fiche 93	Les diabètes	309
Fiche 94	Les épilepsies	313
Fiche 95	Les troubles du spectre autistique	316
Fiche 96	Les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité	320
Fiche 97	Les anomalies chromosomiques	324
Fiche 98	Le polyhandicap	329
Fiche 99	Les déficiences	333
Fiche 100	Les déficiences sensorielles	336
Fiche 101	L'équipe pluridisciplinaire	343
Fiche 102	L'AES et son cadre d'intervention	348
Fiche 103	Le contexte et le cadre d'intervention	350
Fiche 104	Méthodologie de projet personnalisé	354
Fiche 105	Notions en droit du travail	356
Fiche 106	L'usure professionnelle	358

PARTIE 5

DF 5 Travail en équipe pluri-professionnelle, gestion des risques et traitement des informations liées à l'accompagnement de la personne

Fiche 107	Le projet d'établissement	362
Fiche 108	La démarche qualité	364
Fiche 109	Notion de travail d'équipe	366
Fiche 110	Travail en partenariat et travail en réseau	369

Fiche 111	L'organisation du travail	371
Fiche 112	Approche des instances, les outils des AES	373
Fiche 113	Les écrits professionnels	375
Fiche 114	Tri et recueil des informations	377
Fiche 115	Les transmissions orales et écrites	380

PARTIE 6

Entraînements

QCM de révision	385
Questions d'entraînement	391
Questions de vérification des connaissances	409
Propositions de sujets	414
Sujet 1 – DF1	414
Sujet 2 – DF1	417
 Liste des sigles	 421
Lexique	426

Préface

Cette édition est liée à une nouvelle réforme du diplôme dans un contexte social difficile, des tensions, beaucoup de lassitude, de découragement, des démissions en nombre, des états de fatigue allant jusqu'au *burn-out*... le secteur professionnel de l'accompagnement est très perturbé. Les conditions de travail n'offrent pas le cadre sécurisant nécessaire aux suivis et aux soutiens des usagers. Les plaintes contre les établissements de grands groupes comme Orpea et Korian, menés en justice pour maltraitance, viennent alourdir ce climat. L'exercice professionnel dans de telles conditions est complexe.

Ce livre est rédigé dans cette ambiance ; notre propos a pour objectif d'aider les lecteurs. Cet ouvrage vous présente cinq domaines de formation, contre quatre dans la précédente version, ces modules sont eux-mêmes divisés en unités de formation. L'ensemble apporte des connaissances, des conseils, des témoignages, des questionnements sur la posture professionnelle d'AES.

Les textes législatifs ont participé successivement à la transformation de ce métier d'accompagnement. Les rénovations viennent progressivement ajouter des techniques et des connaissances. Ce nouveau référentiel s'inscrit dans cette lignée. Nous nous interrogeons sur l'apport croissant de connaissances, notamment dans le domaine médical. Nous sommes perplexes devant la masse de techniques réclamées par le référentiel.

Comment les ajouts de techniques et de connaissances améliorent-ils les interventions dans le domaine des relations humaines ?

N'oublions pas que ce métier d'accompagnant social est issu d'une volonté d'aider ses semblables. Les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire tentent de répondre à la question fondamentale du sens de notre existence et de la place que l'on souhaite prendre dans ce monde.

Quelle pertinence trouve-t-on dans ce débordement de connaissances et de techniques ? L'illusion de la maîtrise ?

Ne serait-il pas préférable d'outiller ces accompagnants à la remise en question ? Les aider à questionner leur pratique en développant des moyens en formation et sur les terrains professionnels ? Amplifier et encourager les prises de parole ?

Des professionnels interrogatifs, curieux, impliqués transmettent une dynamique de travail. Un accompagnant capable de réfléchir sur sa pratique est bien plus aidant auprès des personnes en situation de dépendance, car il sait interroger les besoins de celle-ci.

L'AES n'est pas un exécutant ! Il est un accompagnant, il propose ses services quotidiennement dans un contexte législatif imposant la personnalisation de l'aide. Dans ce cas, un projet n'en vaut pas un autre. En effet, chaque accompagnement est une raison de s'interroger sur les besoins de cette personne-là. Son projet est une proposition « personnalisée ». Il a par conséquent fait l'objet d'une mise en commun des réflexions, des observations et informations, toutes recueillies auprès de la personne concernée. Les capacités d'analyse, de synthèse, d'écoute sont essentielles.

Cet ouvrage défend cette position, nous avons refusé de vous imposer des pages de « méthode d'accompagnement », de « méthode de communication », de « techniques d'entretien des espaces de vie », de « technique de toilette »... Nous avons préféré induire la réflexion, nous avons proposé des solutions, nous avons suggéré avec des témoignages et des exemples, nous avons prodigué des conseils pour soutenir les prises d'initiatives.

Notre positionnement sur l'indispensable place à faire à la réflexion. Ce point de vue est confirmé dans un projet de mandat du HCTS (Haut Conseil du travail social) dont voici un extrait :

« Les travailleurs sociaux sont régulièrement confrontés à la nécessité d'adapter et d'ajuster leurs pratiques professionnelles pour prendre en compte les spécificités des personnes qu'ils accompagnent, ainsi que les évolutions qui peuvent intervenir dans leur environnement ou dans les politiques publiques auxquelles ils participent. Cet impératif suppose de conduire une réflexion sur ses propres pratiques et modalités de mise en œuvre afin de les analyser et viser les objectifs attendus en matière d'accompagnement des personnes. Cette logique de réflexion sur et pour l'action doit évidemment intégrer les objectifs généraux fixés au travail social, dont les principes fondamentaux sont notamment rappelés dans la définition du travail social, mais également des objectifs plus spécifiques relevant de politiques de solidarité données. Toutefois, comme pour tous les professionnels amenés à intervenir dans un environnement complexe, cette pratique réflexive se heurte à plusieurs obstacles, de nature diverse : la force de l'habitude, chez les professionnels comme au sein des structures au sein desquelles ils interviennent, l'urgence du quotidien qui ne laisse pas le temps nécessaire pour effectuer ce pas de côté, la difficulté inhérente à toute prise de recul et qui suppose des compétences complexes à développer... »

Référence : <https://sante.gouv.fr/>.

Les auteures.

Une formation

1. Les notions véhiculées par le DEAES

■ A Comme Accompagnant

Nous souhaitons, dans un premier temps, vous proposer une définition philosophique.

« Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis,
Je dois le chercher là où il est et commencer là, justement là.
Celui qui ne sait faire cela, se trompe lui-même quand il pense pouvoir
aider les autres.

Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais
d'abord comprendre ce qu'il comprend.

Si je n'y parviens pas, il ne sert à rien que je sois plus capable et plus
savant que lui.

Si je désire avant tout montrer ce que je sais, c'est parce que je suis
orgueilleux et cherche à être admiré de l'autre plutôt que l'aider.

Tout soutien commence avec humilité devant celui que je veux accom-
pagner ; et c'est pourquoi je dois comprendre qu'aider n'est pas vouloir
maîtriser mais vouloir servir.

Si je n'y arrive pas, je ne puis aider l'autre. »

S. Kierkegaard (1813-1855)

Ce texte vient clairement énoncer la qualité essentielle et primordiale d'humilité qu'un aidant doit posséder afin d'accompagner une personne en situation de dépendance. Nous entendons par humilité des traits de caractère tels que la modestie, la discrétion et la simplicité. Considérer l'autre comme ignorant et faible parce qu'il est temporairement ou définitivement en situation de dépendance crée une relation de subordination, une lutte de pouvoir aux dépens de la personne aidée. Arrêtons-nous un temps sur l'étymologie du mot « **accompagne-ment** » : du latin populaire *coponiam* qui signifie « celui qui partage le pain ». Cela suppose d'entrer en relation dans une attitude d'ouverture et de partage. Se donner les uns aux autres une part de ce qui est offert. Soulignons la précieuse réciprocité de l'échange.

Comment alors rester humble, ne pas se sentir tout-puissant lorsque l'accompagnant est investi comme celui qui sait, celui qui possède ce que l'autre n'a pas, celui qui dispose des moyens d'agir, du pouvoir de décision.

Face à cet autre en situation de vulnérabilité une relation asymétrique s'installe, souvent périlleuse si les effets ne sont pas questionnés et mis en perspective.

L'accompagnant entre en relation avec un autre, cela n'est pas qu'une affaire d'injonction ou de volonté. C'est une invasion de pensées, d'émotions, de sentiments pas toujours faciles à reconnaître et à gérer. Accompagner c'est faire l'expérience de la différence. Parfois cela fait peur, pourtant c'est aussi ce qui enrichit. Il s'agit de respecter la différence, aussi mes connaissances ne constituent pas à elles seules mon professionnalisme puisque par définition l'autre n'est pas moi ! Cependant autrui est un être humain comme moi donc il est en partie comme moi.

La réalité de l'autre échappe toujours à l'image que j'en ai. L'idée que je m'en fais, sa singularité, son irréductible mystère invite à s'éloigner de la logique cartésienne du « tout comprendre » ou la conviction qu'un « bon professionnel » maîtrise toutes les situations.

Voici quelques exemples de phrases prononcées par des accompagnants :

- « Je ne peux pas lui demander ce qu'il souhaite, il ne parle pas ! »
- « Je ne lui explique pas car il ne comprend pas ! »
- « Lorsque cette personne a décidé quelque chose elle peut se montrer têtue, très bornée... »
- « Je suis son référent, je sais que c'est mieux pour lui... »
- « Je connais son dossier sur le bout des doigts, alors je le connais bien... »
- « Il est déficient intellectuel, il ne peut donc pas comprendre... »

Ces quelques exemples mettent en évidence la rigidité des représentations et l'incapacité à considérer l'autre comme son égal. Les personnes sont perçues comme faibles, incapables, on ne leur montre pas de considération. La subjectivité de la place de l'aidant est à interroger de manière permanente car la fonction essentielle de l'accompagnant relève de sa capacité à être en empathie, et de sa capacité à se déplacer dans des rôles différents. C'est-à-dire : « Passer de la place du supposé savoir à celle d'ignorant¹ ». Comprendre la situation dans laquelle l'autre se trouve au travers de ce qu'il révèle.

Par exemple, lorsque le professionnel aide une personne lors de la toilette et qu'il lui demande quelles sont ses habitudes, nous comprenons qu'il est un professionnel acceptant de ne pas savoir, donc de ne pas maîtriser. Et toute la complexité se trouve dans cette posture en position basse. L'accompagnant établit ainsi une relation car il laisse une place conjointe autorisant la complicité, la confiance. Les bases de la relation étant construites, l'accompagnement pourra avoir lieu. Être dans la position de celui qui sait n'est pas l'exclusivité du professionnel !

1. Francis DANVERS, *Autour des mots de la formation « Clinique »*, Revue Recherche et Formation n° 63-2010.

Sous un aspect clinique, l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité consiste à aider l'émergence du désir chez le sujet. Le désir est le levier pour développer l'autonomie d'une personne. Le désir est le moteur essentiel de l'existence.

L'accompagnement ne se nourrit pas seulement de louables intentions ou de propositions séduisantes, c'est un long chemin souvent, dans lequel on s'engage avec quelqu'un qui, parfois, cherche sa route. Alchimie de la rencontre, se reconnaître et cheminer ensemble, cela sous-entend **un désir** de rejoindre l'autre là où il en est de son propre cheminement.

Emmanuel Levinas évoque dans son œuvre sa conception de l'autre et de l'altérité. Elle ne se réduit pas, nous dit-il, à une interrogation théorique. Penser notre rapport à l'autre est aussi, pour ce philosophe, une responsabilité éthique. Ainsi, énonce-t-il, « la véritable rencontre avec autrui tient dans le fait que je ne la possède pas. *Prétendre le connaître expose à cette forme si fréquemment banalisée de la négation de l'altérité* ».

Refus de l'autre dans son droit à être lui, différence niée, bafouée. Faire l'expérience de la différence c'est ne pas enfermer l'autre dans mon projet pour lui, mais l'aider à faire naître le sien, à le mettre en œuvre, en mobilisant et soutenant ses propres ressources. C'est ne pas décider à sa place de ce qui serait bon pour lui, mais faciliter l'expression de son propre désir.

Il est important que tout travailleur social se pose la question de sa légitimité dans la relation dans laquelle il s'engage. L'accompagnant doit toujours engager une recherche de sens dans l'action.

Pour terminer il nous faut mettre l'accent sur l'importance du partage du travail. L'accompagnant éducatif et social est dans une pratique de coopération professionnelle. Par exemple, l'accompagnement dans le cadre du projet personnalisé est à la fois un projet collectif et individuel. En effet, l'émergence, la mise en œuvre et l'évaluation du projet tient à la collaboration professionnelle et à l'organisation institutionnelle en même temps qu'il est singulier. Cet accompagnement est un partage issu d'un travail d'équipe pluriprofessionnelle, dans un travail de collaboration avec les familles. Cependant, l'accompagnant ajuste son aide à une personne, il s'adresse à la singularité.

■ **E comme Éducatif**

Extrait du référentiel professionnel du DEAES :

« Dans le cadre d'un projet personnalisé fixé par le plan personnalisé de compensation, la mission de l'accompagnant éducatif et social consiste à faciliter, favoriser et participer à l'autonomie des enfants, adolescents et des jeunes adultes en situation de handicap dans les activités d'apprentissage, et les activités culturelles, sportives, artistiques et de loisirs. Il inscrit obligatoirement son intervention en complémentarité, en interaction et en synergie avec les professionnels en charge

de la mise en œuvre du projet personnalisé du jeune et la famille. Les principaux lieux d'intervention : structures d'accueil de la petite enfance, établissements d'enseignement et de formation, lieux de stages, d'apprentissage, d'alternance, ou d'emploi, lieux d'activités culturelles, sportives, artistiques et de loisirs, établissements et services médico-sociaux, lieux de formation professionnelle ».

Pour étayer notre propos nous nous référerons au concept de Maëla Paul². Elle soutient l'idée que « Guider, escorter, conduire » sont synonymes d'accompagnement éducatif.

– « Escorter » évoque la discontinuité, avec l'idée associée d'un obstacle à passer. Escorter c'est **protéger** en s'opposant à ce qui fait ou pourrait faire obstacle.

C'est aussi **rassurer** au sens de soutenir la personne dans les phases difficiles en l'écouter.

Escorter s'inscrit entre deux postures professionnelles « veiller sur » et « surveiller ».

– « Guider » est entendu ici comme conseiller une personne, l'informer afin qu'il choisisse son chemin, sa place, son rôle. L'accompagnant adopte ici une posture de guide. La guidance est possible si une relation de confiance est établie. Guider impose l'idée d'autonomie. En effet, l'accompagnant laisse à l'accompagné la possibilité de choisir parmi des possibles. Le guide facilite le choix, il n'impose pas et ne fait pas à la place. Cette relation positionne l'accompagnant et l'accompagné sur un niveau d'égalité humaine.

– « Conduire » est une posture qui s'inscrit dans une relation autoritaire. Le conducteur est celui qui maîtrise, il met en mouvement, il active, il accélère, il décide de la vitesse de la direction, il freine et s'arrête lorsqu'il le souhaite.

Accompagner c'est tenir alternativement ces trois postures. Le professionnel est le garant du cadre de l'accompagnement. Il doit donc escorter, guider, conduire en fonction des situations qu'il rencontre.

Pour illustrer l'accompagnement nous prendrons les propos de Marcel Nuss. Il écrit sur la posture d'accompagnant qu'elle « n'est pas donnée à tout le monde. ». Car être au service de quelqu'un sous-entend la capacité « de suppléer, de compenser, donc d'être disponible, attentif et ouvert [...] la capacité de savoir se mettre en retrait [...] »³.

L'humilité va de pair avec la capacité d'aider l'autre, mais aussi d'éprouver et identifier les émotions de l'autre afin d'apporter une réponse adaptée. L'accompagnant est un professionnel sachant convoquer les sentiments adaptés aux situations qu'il rencontre et qu'il doit gérer pour satisfaire les besoins de la personne.

L'aidant, lors d'une toilette par exemple, accompagne quotidiennement des personnes en situation de dépendance. Il va **conduire** la personne dans le

2. Maëla Paul, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, l'Harmattan, Paris, 2004.
3. Marcel NUSS, *La Présence à l'autre*, Dunod, 2014.

temps choisi par l'institution pour accomplir cet acte. L'organisation institutionnelle impose un rythme quotidien. Cependant la conduite appartient aux professionnels en qualité de garants du fonctionnement institutionnel. Mais le professionnel sera dans ce même temps **un guide**, un soutien dans les gestes à accomplir pour réaliser cette toilette. L'accompagnant a aussi pour fonction **d'escorter** la personne tout au long de la toilette en restant à l'écoute, en observant les difficultés, les humeurs, les problèmes cutanés, etc. Il protège et veille au bien-être et au confort de la personne en situation de dépendance.

■ **S comme Social**

Nous allons ici tenter de cerner les principaux éléments de réflexion attachés à la notion d'accompagnement social. Nous explorerons tour à tour les questions liées à l'accompagnant, à l'accompagné et à l'environnement dans lequel se déploie leur relation.

Notons d'ores et déjà que l'**accompagnement social** peut s'entendre vis-à-vis d'individus ou de groupes.

Le terme d'accompagnement apparaît depuis une vingtaine d'année dans le secteur social et médico-social. Il s'est propagé dans nombre de secteurs d'activité comme l'enseignement, les soins et l'entreprise notamment. Tout d'abord, on a défini l'accompagnement par ce qu'il n'était pas. Accompagner n'est ni diriger, ni laisser faire. En effet, il ne s'agit pas de décider à la place voire de faire à la place, tel l'expert ou le serviteur. L'accompagnant se placerait ainsi dans une position de toute-puissance en imposant des choix ou en s'imposant comme le seul recours capable de faire. Notons au passage que décider à la place ou faire à la place recèle potentiellement la même violence faite à l'autre. Ces deux situations soumettent l'accompagné à un arbitraire et représente une négation de son libre arbitre. Cette posture est souvent animée de bonnes intentions, mais elle est improductive du point de vue de l'accompagnement.

L'accompagnement n'est pas non plus dans le laisser-faire. Ériger l'accompagné en totem déconnecté du réel reviendrait à respecter n'importe lequel de ses choix ou désir, et au regard d'une d'autonomie à conquérir, l'exposer à des situations sans aide ni soutien, sans exigence ni référence. Notons que la violence du laisser-faire est au moins aussi importante que la précédente, puisqu'elle expose l'accompagné fragilisé aux aléas d'un environnement sans règles ni cadre protecteur.

Plusieurs notions vont nous permettre de cerner plus précisément cette notion d'accompagnement social autrement que par défaut.

Le législateur, depuis les années 2000 notamment, a posé un cadre formel à l'accompagnement. Les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, et du 11 février 2005 concernant les personnes handicapées, font explicitement référence à l'accompagnement, souvent pour préciser son caractère protecteur nécessairement

respectueux vis-à-vis des personnes accompagnées : respect de la vie privée, des choix de vie, consentement éclairé, etc. Cet élément est une première pierre à l'édifice de notre tentative de définition. Pour le législateur, l'accompagnement social se développe dans le respect de la personne ou du groupe accompagné. Il pousse plus loin encore lorsqu'il requiert la participation de l'accompagné et lui confère même la place centrale dans le dispositif d'accompagnement. L'accompagnement social nécessite de considérer l'autre comme sujet à part entière. Voilà une autre notion qui va permettre de cerner mieux encore notre thème.

L'accompagné sortant de sa définition générique devient donc une personne ou un groupe de personnes, avec sa singularité, son identité. Le caractère unique de l'autre le rend ainsi nécessairement différent de moi et des autres. Cet aspect est majeur dans la notion d'accompagnement en ce sens qu'il introduit d'altérité, c'est-à-dire ce qui est autre, ce qui est différent. Il s'accompagne également de la notion d'altération, de transformation, le rapport à l'autre modifie ma vision de lui ainsi que la vision qu'il a de moi. Cette idée nous dévoile ainsi que la relation à l'autre nous transforme réciproquement.

Ce raisonnement nous éclaire sur la notion de relation. L'accompagnement suppose que l'on sache qui est l'autre, qu'on accepte de le rencontrer comme être singulier. Ce cheminement nécessite ouverture et libre consentement de part et d'autre, afin de laisser l'espace à une relation singulière à l'image des individus qui la compose. Cette relation est le cœur de l'accompagnement social, elle nécessite une confiance mutuelle dans l'empreinte qu'elle va laisser sur les protagonistes. Se laisser altérer ou altérer l'autre est bien différent, nous l'avons vu plus haut, que de le diriger ou être dirigé. Ainsi, l'accompagnement ne peut se laisser réduire à des procédures pensées hors des acteurs qui le composent. C'est un chemin à découvrir lors de chaque relation, nous pouvons dire que l'accompagnement est un processus.

Cette relation consentie est fondatrice. Elle renvoie la personne accompagnée et la personne accompagnante à leur capacité à faire des choix. Nous n'ignorons pas ici que les personnes accompagnées peuvent parfois être extrêmement diminuées dans leur capacité à manifester ou faire des choix. La notion d'accompagnement social est dans ce cas bien plus chargée d'enjeux. Il en va de ce qui est propre à chaque humain, de ce qui en fait un être responsable : sa capacité à user de libre arbitre.

Ainsi, préserver la part parfois infime de relation c'est inscrire la personne dans une relation sociale.

Nous en venons ainsi à la question de l'environnement. Ce n'est pas parce que nous ne pouvons uniformiser la relation d'accompagnement social par des procédures que nous ne pouvons pas en identifier des principes récurrents. La relation d'accompagnement à un but. Si la relation est consentie par les acteurs, c'est dans la perspective d'améliorer le sort de la personne accompagnée. C'est lui permettre de diminuer l'impact de ses difficultés sur sa capacité d'agir et de faire

des choix. Et ainsi, de progresser vers, voire d'atteindre une autonomie. C'est-à-dire de déterminer soi-même la loi à laquelle elle se soumet. L'accompagnement ne peut donc se départir de l'environnement social, que d'autres appelleront le principe de réalité sociale. L'être humain est par essence un être social, qui se détermine donc par rapport à un milieu. L'absence de cadre et de règles livre chacun des membres d'un groupe social à l'arbitraire et à la loi du plus fort. C'est le contraire de l'autonomie ou encore l'asservissement. La relation d'accompagnement social est apprenante du jeu social et émancipatrice de ce point de vue. Loin de conformer la personne accompagnée à des stéréotypes sociaux, elle doit lui permettre d'être soi dans un environnement où les autres le sont également.

La posture d'accompagnement social se distingue du suivi à vocation de contrôle ou de la prise en charge se substituant à l'autre. Son élément déterminant est la relation qui oscille en permanence entre la nécessaire part d'humanité que l'accompagnant met au service de cette relation, et la réserve indispensable qu'il doit observer afin d'éviter d'entrer dans une fusion/confusion des rôles. L'accompagnement social c'est mettre, sur commande, à des moments précis, ma sincérité et ma part d'humanité au service de cette relation permettant à l'autre de s'émanciper. C'est de ce fait une posture chaque fois inédite, à questionner sans cesse. Elle est nourrie par un doute permanent sur la juste distance, la juste posture, qui permettra à l'autre d'avancer.

Partie 1

DF 1

Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne

Fiche 1	Les besoins	18	Fiche 16	Ergothérapie	58
Fiche 2	Les temps clés et les quatre dimensions	22	Fiche 17	Les principes d'ergonomie	59
Fiche 3	La relation d'aide	25	Fiche 18	Le sommeil et le coucher	61
Fiche 4	La relation éducative	26	Fiche 19	L'incontinence urinaire	66
Fiche 5	L'estime de soi	28	Fiche 20	La sexualité	69
Fiche 6	Supports et méthodes d'accompagnement	29	Fiche 21	L'hygiène corporelle	71
Fiche 7	La notion de santé	32	Fiche 22	Le corps médiateur de la relation	73
Fiche 8	La loi du 4 mars 2002	33	Fiche 23	La peau	77
Fiche 9	Les lois Clayes et Léonetti	35	Fiche 24	La notion d'intimité	79
Fiche 10	La loi du 29 décembre 2015	40	Fiche 25	La notion de communication	82
Fiche 11	La prise de médicaments	44	Fiche 26	Méthodes et outils de communication verbale	86
Fiche 12	Surveillance des autres indicateurs de santé	45	Fiche 27	L'écoute	89
Fiche 13	La douleur	48	Fiche 28	L'observation	91
Fiche 14	Prévention et éducation pour la santé	51	Fiche 29	Les apprentissages, les techniques pédagogiques	93
Fiche 15	Responsabilité sociétale des entreprises ou des organisations (RSE ou RSO)	55	Fiche 30	Participation. Apprentissage	97
			Fiche 31	Violence et agressivité	101
			Fiche 32	L'accompagnement en fin de vie	104

Les besoins

Le besoin est un état de manque producteur de tension croissante, apaisé dès qu'il est satisfait.

Les demandes, les habitudes, les capacités, les situations, les aptitudes, les pathologies complexifient la réponse au besoin. Les professionnels ont à satisfaire ces besoins pour aider les personnes en situation de dépendance. Leur bien-être, leur santé, leur épanouissement sont en lien direct avec les propositions de ces accompagnants.

1. Les outils d'évaluations institutionnels du besoin

Ils sont les suivants :

- grilles d'observation (habitudes, rituels, aptitudes physiques, handicap, pathologie...) ;
- synthèses des projets personnalisés ;
- recueils d'informations sur la personne concernée ;
- transmissions quotidiennes ;
- comptes rendus de réunions.

L'utilisation de ces outils permet une approche holistique, l'aide s'en trouve adaptée grâce aux regards croisés.

Seule la justesse de l'aide pourra satisfaire les besoins de la personne accompagnée.

Les besoins des êtres humains varient en fonctions des âges, des étapes de la vie, des acquisitions, de la progression de chacun, selon les situations, les contextes de vie. Ils évoluent. Les institutions mettent à disposition des professionnels une palette d'outils. Les grilles, les réunions, les logiciels adaptés, les temps d'accompagnements individuels et collectifs, une diversité de professionnels, des temps et des moyens de transmissions, des formations professionnelles...

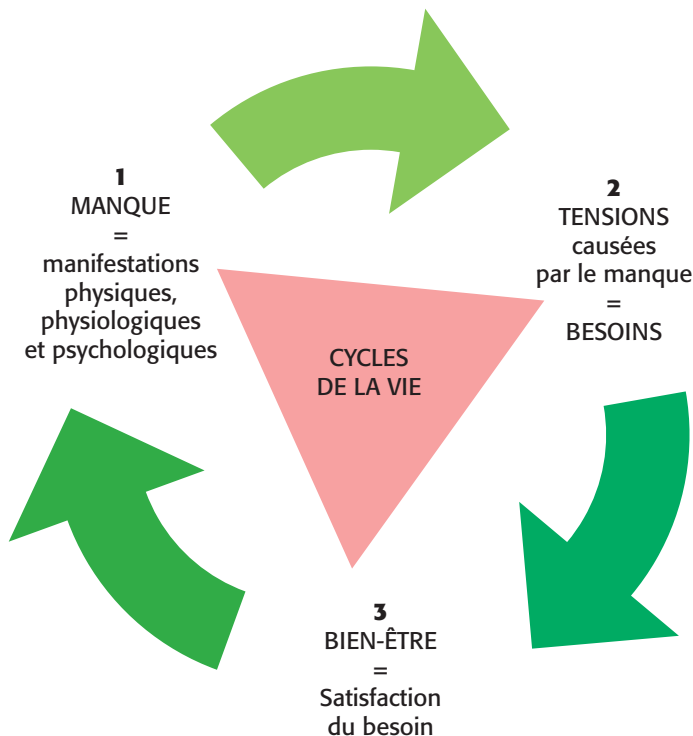
Les projets personnalisés ou projets de soins sont des réponses à la satisfaction des besoins des personnes aidées. Ce sont des axes de travail donnant sens et orientation pour tous. Ils sont actualisés tous les ans pour les adultes et tous les 6 mois pour les enfants et les adolescents. Si les observations, les échanges

professionnels relatent d'un changement, d'un profond mal être, d'une régression, de l'évolution d'une maladie, alors une « réunion de synthèse » viendra réviser l'accompagnement.

2. Les besoins fondamentaux

On se réfère souvent à Abraham Maslow lorsqu'on pense aux besoins fondamentaux.

- Les **besoins physiologiques** : respirer, boire, dormir, se nourrir, se vêtir, etc. sont des besoins qualifiés de « primaires ».
- Les **besoins de sécurité** : le travail pour s'assurer matériellement, se protéger sous un toit pour soi et sa famille, etc.
- Les **besoins sociaux** : amitié, sexualité, famille, etc. Les besoins sociaux impliquent l'appartenance à un groupe, une société.
- Le **besoin d'estime** : respect de soi et des autres, réussite, estime de soi... L'estime permet la reconnaissance, l'affirmation.
- Le **besoin de réalisation** : créer, expérimenter, découvrir, explorer, se divertir, s'instruire, s'améliorer. La réalisation de soi permet l'épanouissement et de l'accomplissement.



3. Illustrations

Exemple n° 1

Éric, 30 ans, n'utilise pas les mots pour nous parler. Il émet des sons d'intensités variables. Souvent, il tend la main, il pointe un doigt vers nous. Une écoute superficielle, interprétative peut nous emmener à accompagner Éric aux toilettes, ou à lui donner à boire, ou encore à lui tendre l'un des magazines qu'il affectionne. Aucune proposition ne satisfait l'intéressé qui réitère sa demande. Pourtant, Éric nous demande quelque chose à sa manière. Laissons-le nous guider, soyons avec lui ! Il saura exprimer ce qu'il veut !

Cette situation illustre le besoin de communiquer et plus largement celui d'appartenance à un groupe malgré sa différence. Ses moyens d'expression sont limités et ce sera avec ceux dont il dispose qu'il pourra satisfaire son besoin.

Exemple n° 2

Patricia a 20 ans, elle réside en foyer de vie. Ses goûts vestimentaires sont très arrêtés. Ses préférences vont nettement vers les pantalons en jean, les salopettes fleuries et les joggings pour être à l'aise le matin. Elle aime aussi les bijoux et, dans son sac à main, sont cachés beaucoup de ses trésors. Patricia est très expressive malgré l'absence de langage. Sa mère lui rend régulièrement visite. Elle exige que sa fille soit en robe lors de ses visites. Il est habituel que l'équipe respecte cette demande. Patricia exprime très clairement son mécontentement, son visage est boudeur. Elle tire sur sa robe, elle cherche à l'enlever. Nous l'invitons à être raisonnable pour faire plaisir à sa mère.

Un jour, Patricia se rebelle, elle crie de toutes ses forces, une colère contenue depuis si longtemps, elle est débordée par sa violence. Elle tire sur la robe montrant à sa mère qu'elle n'en veut pas, que ce n'est pas son choix, elle crache, hurle...

Patricia a 20 ans, elle met en scène son mécontentement et nous dit qu'elle a besoin d'être considérée, elle a besoin qu'on respecte ses goûts, son choix, qu'on la respecte.

Exemple n° 3

Thierry a 25 ans, il s'exprime avec peu de mots, leur énoncé est malaisé. Son vocabulaire n'est pas dépourvu de quelques insultes utilisées à toutes fins utiles. La mère de Thierry aime que son fils soit élégamment habillé. Celui-ci éprouve du plaisir à se faire beau.

Un jour, sa référente prénommée Pec par Thierry l'accompagne pour acheter des chaussures dans une boutique plutôt chic d'une petite ville du Midi.

Thierry sent bon, une eau de toilette utilisée généreusement. Sa joie est communicative. En entrant dans la jolie boutique, Thierry dit : « Bonjour ! » d'une voix forte et assurée. Assis côte à côte, Thierry et Pec attendent la vendeuse. Celle-ci s'approche, Thierry dit à nouveau : « Bonjour ! » La vendeuse ne répond toujours pas ! Elle regarde seulement Pec, qui lui demande donc : « Avez-vous des chaussures pour monsieur s'il vous plaît ? » Thierry penche alors son visage un peu plus en s'interposant entre les deux jeunes femmes. « Bonjour ! » dit-il encore d'une voix forte.

« Je n'ai pas de chaussures qui correspondent à ce que vous recherchez ! » dit la vendeuse à l'éducatrice et ceci en ignorant Thierry.

Thierry se lève, les injures fusent, il emploie toute sa réserve en répétant certaines plusieurs fois. La sortie de la boutique mit un terme à une situation extrêmement difficile.

Le rejet dont Thierry est victime crée une tension si forte que cela met en évidence le besoin de reconnaissance du jeune homme.

Les temps clés et les quatre dimensions

(Domicile et structures collectives)

Accueil

Ponctuel/quotidien

Contact entre professionnel et personne accompagnée, échange verbal, écoute et observation des indices de santé, de confort, de douleur, d'humeur, de sentiment et de préoccupations présentes. Accueil de la parole d'autrui. Respect des habitudes, des rituels. L'objectif étant de créer des relations et une mise en confiance en insistant sur les éléments conventionnels de rencontre.

Toilette

L'accompagnement à la toilette peut se réaliser le matin ou le soir en fonction des habitudes de la personne et de la pertinence du moment.

Préparation à la toilette : Choix de la tenue vestimentaire avec la personne en argumentant sur la saison, la météo, les activités de la journée.

Sollicitations auprès de la personne pour une participation active à partir de ses capacités, souplesse des propositions, mais vigilance.

Douche/brossage dents/coiffure/aide à l'habillage.

Repas

Variété quotidienne

d'accompagnements aux repas selon le type de prise en charge.

Les internats assurent le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner. L'externat accueille pour un repas et une ou deux collations. Les interventions à domicile varient selon les besoins de la personne et les disponibilités familiales. La prise du repas peut s'envisager comme un moment agréable pour certains, mais il peut aussi bien faire l'objet d'anxiété, de douleur, d'appréhensions pour d'autres.

Coucher

Ce type d'intervention est réservé au domicile et aux internats.

Le respect des rituels s'ils existent ou leur création participe à la préparation de la nuit et à la mise en confort de la personne. Cette mise au repos peut créer des angoisses, des tensions, face à la solitude et aux peurs nocturnes.

Toute la compétence des professionnels est concentrée sur leurs capacités à relaxer, rassurer, calmer, apaiser les personnes et particulièrement lors de ce temps clé.

Le temps d'accueil

Dimension affective

- Sentiment d'être attendu, solitude rompue

Dimension sociale

- Appartenance à un groupe, partage d'un lieu et d'un espace

Dimension culturelle

- Rituels, coutumes, usages, traditions

Dimension éducative

- Respect des règles de politesse, ponctualité, repères spatio-temporels

La toilette

Dimension affective de la toilette

- Rapports de séduction
- Souvenirs liés aux odeurs
- Rapport au corps, aspect sensoriel, intimité

Dimension sociale de la toilette

- Respect des règles d'hygiène pour une intégration sociale
- Identité par la tenue vestimentaire et la coiffure

Dimension culturelle de la toilette

- Respect des habitudes et traditions
- Tenue vestimentaire

Dimension éducative de la toilette

- Respect des règles d'hygiène et de santé
- Maintien ou développement de l'autonomie

Les repas

La dimension affective des repas

- Émotions liées aux aliments, aux plats
- Éveil de l'activité sensorielle (souvenirs)

Dimension sociale des repas

- Les repas = partage et convivialité

Dimension éducative des repas

- Maintien en santé
- Respect des règles d'hygiène, ponctualité

Dimension culturelle des repas

- Origine des plats
- Condition de prise du repas

Le coucher

Dimension affective

- Respect des rituels et des habitudes réconfortantes
- Émergence des souvenirs

Dimension sociale

- Respect du rythme des temps de coucher
- Respect des règles de sécurité

Dimension culturelle

- Respect des habitudes personnelles et familiales
- Respect des rituels religieux

Dimension éducative

- Brossage des dents
- Petite toilette
- Acceptation d'un temps de repos imposé

La relation d'aide

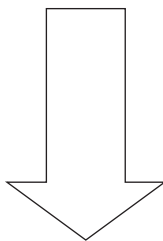
1. L'aide

- Médicale
- Sociale
- Scolaire
- Financière
- Humaine
- Spirituelle
- ...

L'aide est avant toute chose une posture, une manière d'être. Nous avons tous la capacité de porter soutien, assistance, secours, et protection à quelqu'un ayant besoin d'aide, spontanément, ponctuellement, quotidiennement. Elle émerge d'une sympathie, d'une attirance par estime ou reconnaissance. Notre potentiel empathique nous projette dans le besoin de l'autre et interpelle notre humanité.

La relation éducative

Accompagner une personne



C'est établir une relation d'aide

(Point central des métiers de la relation humaine)

=

guider	conduire	escorter
• conseil aux familles • conseil d'orientation professionnelle • apprentissages professionnels • apprentissages scolaires	• aide à l'intégration sociale • aide à l'intégration socioprofessionnelle • éducation des comportements adaptés	• protection des mineurs • protection des personnes vulnérables

=

RELATION ÉDUCATIVE

Les compétences requises pour aider se résument au savoir « être là », juste là... précis, attentionné devant le besoin d'autrui, à l'écoute. La relation éducative se construit à partir de valeurs comme le respect d'autrui, l'humilité, la discrétion, le don.

L'accompagnant sait conduire.

L'accompagné sait où il veut se rendre.

Cette conjugaison des savoirs respectifs crée une relation de confiance.

Le conducteur écoute avec attention la destination donnée par l'accompagné, le chauffeur indique l'itinéraire et rassure son passager en lui confirmant le respect de la destination commandée. Le trajet est possible grâce à la relation de

confiance, le moyen de transport est représentatif de la relation éducative, car elle est un moyen, un outil d'accompagnement.

Les relations pédagogique, thérapeutique, soignant/soigné, éducative, etc. sont des relations établies dans un contexte précis, entre deux personnes au moins, dans une temporalité marquant le début et la fin de la relation. Les statuts des personnes sont différents, des règles légales encadrent la relation éducative, des valeurs avec un objectif, celui de rendre l'autonomie.

Ce lien existant entre personnes n'ayant pas le même statut impose l'attention particulière du pouvoir. L'abandon d'une attitude de toute-puissance permet de ne plus laisser croire que l'accompagnant peut tout décider pour « l'autre ». Ce sentiment de toute-puissance peut se trouver à l'origine de débordements professionnels. Le travail d'équipe vient donner un confort de travail. L'équipe vient assurer et maintenir le sens vers lequel l'accompagnement doit être orienté, elle organise et planifie les temps de rencontres, elle prend les relais, elle évalue la pertinence des propositions et le respect de la trajectoire par rapport à l'objectif fixé.

La relation éducative est contenue dans un temps. Le paradoxe tient dans la création du lien pour le rompre lorsque l'objectif est atteint. La durée de l'accompagnement est variable selon la mission, le dispositif; cela peut aussi bien être un changement d'établissement à la majorité des adolescents, ou la réorientation d'un adulte ne pouvant plus progresser dans la structure où il se trouve...

Le professionnel du social guide, soutient, informe, conseille, protège et surtout il aide la personne à faire ses propres choix en tenant compte de ses capacités. Il met ses compétences au service d'autrui afin de rétablir l'estime de soi et de donner un accès à l'autonomie.

L'estime de soi

ESTIME DE SOI

Confiance en soi

=

Croire en ses propres
ressources,
en sa capacité d'agir ;
Compter sur soi-même ;
S'accorder de la valeur...

Image de soi

=

Représentation de soi ;
Reflet de sa propre
image ;
Projection de soi
par rapport à autrui...

Amour de soi

=

Sentiment positif
à l'égard de soi-même ;
Intérêt que l'on se porte ;
Soin que l'on s'accorde.

**L'estime de soi est un juste équilibre entre la confiance en soi,
l'image de soi et l'amour de soi.**

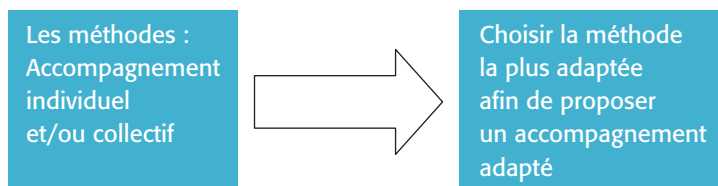
*Les accidents de la vie, certaines maladies, les deuils, le vieillissement,
les traumatismes sont autant de causes de déséquilibre et de perte
de l'estime de soi. La restauration de l'amour, de l'image et de la confiance
en soi jalonne notre vie.*

Supports et méthodes d'accompagnement

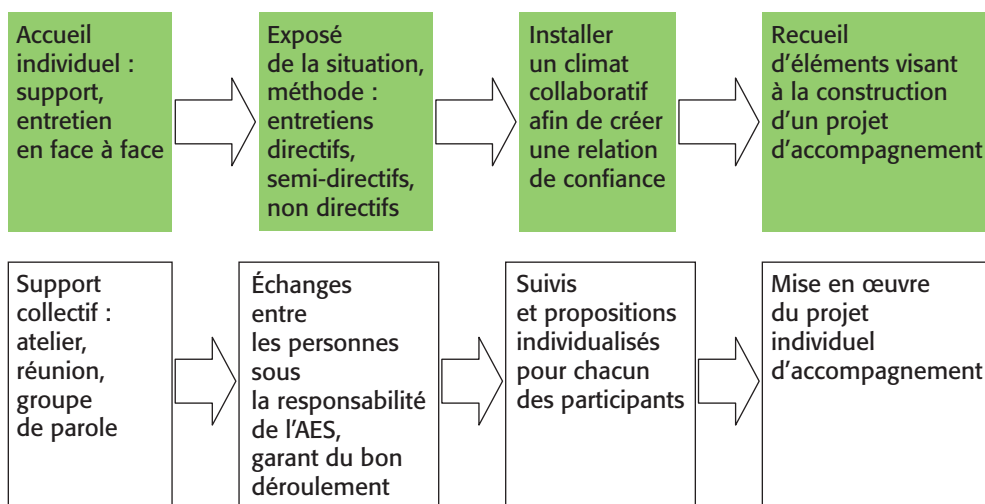
Les supports et les méthodes d'accompagnement peuvent se définir comme étant des pratiques d'encouragement, de soutien, de valorisation aux personnes accompagnées. L'aide personnalisée repose sur des méthodes et des outils facilitant l'accompagnement.

L'AES aura préalablement pris connaissance des projets : d'association, d'établissement et de service, car ces documents orienteront ses pratiques vers un sens commun dans une organisation institutionnelle.

Les méthodes



1. La démarche projet



« **La démarche projet** » est une méthode étayant la relation d'aide par la place qu'elle laisse à l'initiative, la responsabilité et l'activité. La mise en œuvre de ce processus coopératif est caractérisée par les encouragements, les mises en valeur des réussites, l'écoute active et l'observation fine de personnes ayant besoin d'une aide à l'insertion sociale, scolaire, professionnelle et économique.

2. Makaton

Le programme Makaton a été mis au point en 1973-1974 par Margaret Walker, orthophoniste britannique, afin de répondre aux besoins d'enfants et d'adultes souffrant de troubles d'apprentissage et de la communication. C'est un outil d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes ou les pictogrammes. Les signes et les pictogrammes offrent une représentation visuelle du langage améliorant ainsi la compréhension et facilitant l'expression. Le Makaton répond aux besoins d'une large population d'adultes et d'enfants atteints de troubles du langage associés à des handicaps divers : retard mental, autisme, polyhandicap, troubles spécifiques du langage, atteinte neurologique affectant la communication. Le Makaton s'adresse également à l'entourage de la personne en situation de handicap : parents, orthophoniste, éducateur, psychomotricien... afin d'utiliser le même mode de communication et faciliter ainsi les apprentissages. En effet, la diversité des concepts permet rapidement de favoriser les échanges, en accédant à l'ensemble des fonctions de la communication : dénommer, formuler des demandes ou un refus, décrire, exprimer un sentiment, commenter... Le site officiel : <https://www.makaton.fr>.

3. PECS (*Picture exchange communication system*)

C'est un système unique de communication alternatif et augmentatif développé aux États-Unis depuis 1985. Cette méthode s'adresse plus particulièrement aux enfants ayant des problèmes de langage ; elle utilise principalement les capacités visuelles. Il s'agit d'associer une action à un objet ou à une image correspondante. L'accompagnant intervient à son tour en construisant une phrase conforme à la demande de l'enfant. Le site officiel : <https://www.pecs-france.fr>.

4. TEACCH (*Treatment and education of autistic and related communication handicapped children*)

C'est une méthode développée en 1966 aux États-Unis par Eric Schopler, élève de Bruno Bettelheim. L'objectif de cette méthode vise à faciliter la compréhension des mots par les images, les gestes, les mimes, les rituels... Le site officiel : <https://www.enfant-different.org>.

5. ABA (*Applied Behaviour Analysis*)

ABA (*Applied Behaviour Analysis*), ou analyse comportementale appliquée, fait partie des programmes d'interventions précoces. Elle permet de guider l'enfant en détaillant les différentes étapes d'une action. Il est gratifié lors de ses réussites, et *a contrario* il ne bénéficie pas d'encouragements s'il ne répond pas aux attentes. Le site officiel : <https://www.abaautisme.org>.

6. Le scénario social

Le **scénario social** créé par Carol Gray au début des années 1990. C'est une méthode éducative adaptée aux enfants dits de « haut niveau ». La rédaction de courtes histoires place l'enfant en situation de répondre de manière attendue. Les scénarii aident les enfants à se familiariser avec les signaux sociaux et à indiquer comment réagir dans les situations réelles.

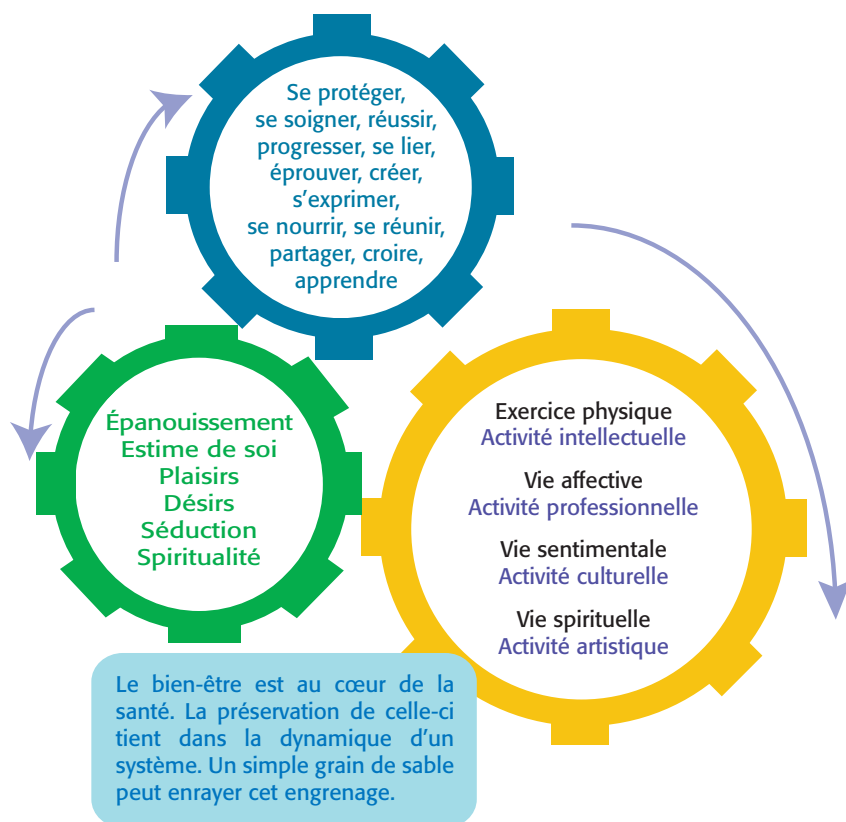
7. Floortime

Floortime est une approche développementale dont l'objectif est de soutenir et de faciliter le développement des capacités relationnelles, affectives et symboliques de l'enfant en restant au plus proche du stade où il se trouve. Le moyen privilégié d'y parvenir est le jeu au sol (*floor*) avec l'enfant. Le site officiel : <https://www.autismeenfance.blogspot.com>.

Aucune de ces méthodes n'est idéale, elles sont mises en œuvre en fonction de l'âge, des difficultés et des ressources de l'enfant.

La notion de santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »
(définition de la santé selon l'OMS)



- Se protéger, se soigner, réussir, progresser, évoluer, se lier, éprouver, créer, s'exprimer, se nourrir, se réunir, partager, croire, apprendre
- Épanouissement, estime de soi, plaisirs, désirs, séduction, spiritualité
- Exercice physique, activité intellectuelle, vie affective, activité professionnelle, vie sentimentale, activités culturelles, vie spirituelle, activités artistiques

Le bien-être est au cœur de la santé. La préservation de celle-ci tient dans la dynamique d'un système.

La loi du 4 mars 2002¹

1. Objectifs de la loi

La loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé a pour ambition d'adapter notre système de santé aux attentes des malades et aux possibilités de la médecine moderne en privilégiant les relations contractuelles. Elle instaure une nouvelle relation entre les praticiens et les malades. Cette transformation qui tend à mettre l'individu au cœur des préoccupations n'a d'autre objectif que de renforcer la confiance des citoyens dans leur système de santé et permet de reconnaître le rôle essentiel des professions de santé. Elle fait de la qualité et de la confiance les pierres angulaires du système de santé.

2. Droits et responsabilités des malades et des professionnels de santé

La loi pose les fondements d'une véritable démocratie sanitaire. Le système de santé doit, en toutes circonstances, respecter les droits de la personne : droit à la confidentialité et protection de la vie privée, principe de non-discrimination notamment. La loi consacre également des droits individuels spécifiques au système de santé : le droit de chacun à prendre les grandes décisions qui touchent sa propre santé (droit à un consentement libre et éclairé) ; le droit de chacun d'accéder, s'il le souhaite, aux informations médicales qui le concernent (droit d'accès direct au dossier médical).

Après avoir consacré les droits individuels des personnes malades, le texte leur crée des droits collectifs. Il institue notamment un statut nouveau pour les associations d'usagers du système de santé. Il leur reconnaît une place et un rôle dans toutes les instances qui participent à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé. La loi donne également une place aux régions dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé.

3. Amélioration de la qualité du système de santé

La loi a pour objectif de garantir les compétences des professionnels : encadrement de la pratique de la chirurgie esthétique et de l'ostéopathie, obligation de formation continue des médecins et des pharmaciens notamment. Les ordres des professions médicales sont profondément réformés pour mieux garantir les droits des patients.

1. Fiche réalisée par Virginie Thioune, juriste attachée de recherche à l'IRTS PACA Corse.

en assurant un fonctionnement transparent des juridictions disciplinaires. Les principales professions paramédicales sont dotées d'un conseil interprofessionnel assurant à la fois le respect de la déontologie et l'évaluation des pratiques.

Le texte pose, pour la première fois, les bases d'une politique de prévention globale et cohérente. L'éducation pour la santé ainsi que les différents types de dépistage y concourent.

4. Dispositif de réparation des risques sanitaires

La loi met en place un système d'indemnisation de l'accident médical grave. Celui-ci peut être dû ou non à une faute, être évitable ou inévitable. Le dispositif s'applique quel que soit le risque, qu'il soit dû à un produit de santé, un médicament, un acte chirurgical ou à un acte d'investigation ou de prévention. La procédure mise en place est une procédure amiable de règlement des litiges en cas d'accident. Toute personne s'estimant victime d'un accident médical pourra y accéder, via une commission régionale, quelle que soit l'origine du dommage.

La procédure, dès lors que le préjudice présente une certaine gravité, conduira à une offre d'indemnisation. Celle-ci, si la victime l'accepte, mettra fin au litige dans la plupart des cas en moins d'un an. Il s'agit de mieux indemniser en ayant moins recours au juge.

5. En résumé

Ce texte de loi peut ainsi se résumer en trois grands principes solidaires :

- **clarté** : les choix en matière de santé doivent être explicités, débattus, assumés ;
- **responsabilité** : à travers les révolutions que connaissent la science comme notre système de santé, il ne saurait y avoir de médecine responsable qui ne s'interroge régulièrement sur ses pratiques ;
- **confiance** : la clarté du fonctionnement, à la fois individuel et collectif, permet de rétablir une relation de confiance avec les usagers.

Les principes directeurs de cette loi rejoignent ceux de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Les lois Clayes et Léonetti

1. Principes fondamentaux

La loi n° 2016-87 « créant de nouveaux **droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie** » est désormais en vigueur depuis 2016. Elle permet notamment aux patients d'exiger une sédation profonde et continue en phase terminale.

2. Dispositions

■ **Le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée**

L'article 1 de la loi pose un principe général :

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. Il est prévu notamment que la formation initiale et continue des médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, psychologues, accompagnements, comporte un enseignement sur les soins palliatifs ».

■ **Interdiction de l'obstination thérapeutique déraisonnable**

La loi confirme le principe déjà retenu en 2005 par la loi Léonetti. **Les actes de prévention, d'investigation ou de soins « ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable.** Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire ». L'article 2 de cette nouvelle loi retient même un élément de jurisprudence du conseil d'État issu de l'affaire dite de « Vincent Lambert » en mentionnant que « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés ».

■ **Autorisation de sédation profonde et continue jusqu'au décès**

La loi de 2016, dans son article 3, prévoit le droit du patient d'obtenir, sous certaines conditions, « une sédation profonde et continue provoquant une

altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associé à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements du maintien en vie afin d'éviter toute souffrance et ne pas subir d'obstination déraisonnable ». Cette sédation peut être mise en œuvre à la demande du patient ou, si ce dernier est empêché d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale.

Depuis le 10 février 2020, une sédation profonde et continue est facilitée pour les malades en phase terminale. Les médecins libéraux ont maintenant accès à des sédatifs puissants dans le cas des soins palliatifs à domicile.

Ces produits étaient jusqu'ici réservés à un usage hospitalier.

Face aux inégalités d'accès aux soins palliatifs, le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie répond à deux priorités :

- Placer le patient au cœur des décisions qui le concernent
- Développer les prises en charge au domicile

Élaboré en lien avec les acteurs concernés, les sociétés savantes, les représentants des patients des établissements, les médecins généralistes..., ce plan s'articule autour de quatre axes :

- Informer le patient sur ses droits et le placer au cœur des décisions qui le concernent en créant un Centre national dédié aux soins palliatifs et à la fin de vie (fusion du Centre national de ressources en soins palliatifs et de l'Observatoire national de la fin de vie) qui aura notamment pour mission de mettre en place d'ici un an une grande campagne nationale de communication.

- Développer les prises en charge au domicile, y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux, en créant dès 2016, trente nouvelles équipes mobiles de soins palliatifs sur l'ensemble du territoire, en donnant aux professionnels une plus grande expertise et en leur permettant de mieux se coordonner.

- Accroître les compétences des professionnels des acteurs concernés : en structurant et en décloisonnant la formation « soins palliatifs » (formation initiale et continue et pratique interdisciplinaire). En créant une filière universitaire dédiée aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie.

- Réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs : en créant des unités de soins palliatifs dans les territoires qui en sont dépourvus. En mettant en place dans chaque région en lien avec les agences régionales de santé (ARS) un projet spécifique pour favoriser l'accès à ses soins.

Le développement des soins palliatifs à domicile y compris en établissement social et médico-social sera facilité par une présence infirmière de nuit dans les EHPAD, par un soutien d'hospitalisation à domicile, par

l'amélioration de la coordination des intervenants à domicile, notamment par le renforcement de leur formation et leur développement en réseau.

Une attention particulière sera portée aux conditions de retour à domicile après hospitalisation et à l'anticipation des situations d'urgence.

Le plan 2015-2018 s'articule avec les nouvelles dispositions de la loi du 2 février 2016. Celle-ci reste dans le cadre des principes posés par la loi Leonetti de 2005 tout en améliorant et en approfondissant plusieurs de ses mesures.

Michel Amiel, sénateur des Bouches-du-Rhône, rappelle que « cette loi est faite pour ceux qui vont mourir et pas pour ceux qui veulent mourir ».

La loi s'adresse uniquement aux patients se trouvant en soins palliatifs sans espoir de guérison.

Plusieurs projets de loi sont en cours pour continuer le débat sur le droit de mourir dignement, autrement dit sur le suicide assisté comme il est pratiqué en Suisse et en Belgique.

■ **Droit de refuser un traitement**

L'article 5 rappelle notamment que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement et que le médecin a l'obligation de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix et de leur gravité ».

■ **Droit de rédiger les directives anticipées**

L'article 8 prévoit que **toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées**. Elles s'imposent au médecin lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf en cas d'urgence vitale ou lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Ces mesures sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen.

■ **Droit de désigner une personne de confiance**

L'article 9 prévoit que **toute personne majeure peut désigner une personne de confiance** (un parent, un proche ou le médecin traitant). Cette personne sera consultée et rendra compte de la volonté du patient.

Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Lors d'une hospitalisation, il devra être proposé au patient de désigner une personne de confiance.

La loi permet désormais à une personne placée sous tutelle de désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

La désignation d'une personne de confiance est révisable et révocable à tout moment.

■ En résumé

Vous pouvez donner vos directives sur les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer.

Envisager cette situation est difficile, il est cependant important d'y réfléchir. Cette réflexion peut être l'occasion d'un dialogue avec vos proches. La possibilité de modification ou d'annulation à tout moment est un point facilitant la rédaction de ces directives.

On peut rappeler aussi que toute personne majeure peut rédiger ce document mais ce n'est pas une obligation. Des modèles sont préétablis, ces formulaires sont disponibles sur Internet.

Quel que soit votre état de santé, vous pouvez exprimer vos souhaits sur les traitements ou actes médicaux, sur le maintien artificiel de vos fonctions vitales et sur une éventuelle réanimation. Vous pouvez en parler avec votre médecin afin qu'il vous aide dans votre démarche.

C'est également l'occasion de désigner votre « personne de confiance ». Celle-ci sera consultée en premier. Si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si elles se trouvaient difficilement accessibles à ce moment, il est important d'informer votre médecin et vos proches de leurs existences et de leur lieu de conservation afin qu'elles puissent être utilisées.

PRATIQUES PRO DE L'AES

Lors d'accompagnements de personnes à domicile, l'AES peut être renseigné sur l'existence de directives anticipées ; il peut aussi connaître le lieu de conservation de l'écrit.

L'AES peut détenir des informations sur le consentement de la personne pour la constitution d'un « dossier médical partagé » détenu par la Sécurité sociale, ou si le dossier a été déposé auprès du médecin traitant ou d'un autre soignant, un membre de la famille, un proche...

Dans une situation d'accompagnement de personnes âgées et/ou malades, l'AES peut sensibiliser la personne concernée ou son entourage à l'existence de cette loi.

L'AES peut soumettre aux proches ou à la personne accompagnée le rapprochement vers le médecin pour parler des directives anticipées.

Dans une situation d'accompagnement en fin de vie pour les AES exerçant à domicile, la sensibilisation des conditions de rédaction du document est une information préventive. La reconnaissance de la parole des personnes accompagnées et l'application de leurs volontés dans ces derniers moments s'apparente pour les professionnels de l'accompagnement à une marque de respect.



Il faut ajouter ici combien il est important de respecter le rythme de la personne pour la rédaction de ses directives. L'AES est aussi tenu de **respecter le refus ou l'incapacité de rédiger, penser ou prévoir ce type de dispositions**, d'autant plus qu'il existe des situations familiales complexes, et des situations de vie où la projection de la mort du proche ne peut être envisagée, comme les parents d'enfants malades.

L'AES peut par conséquent avoir un **rôle préventif** lorsqu'il informe de l'existence de la loi, il peut conseiller le rapprochement vers le médecin, il peut aussi alerter ce dernier sur la situation d'anticipation des directives. Dans tous les cas, le respect et la discrétion s'imposent.

Le contenu des directives anticipées

Le contenu peut aborder ce que la personne estime important dans sa vie, ses valeurs, ses convictions, ses préférences. La rédaction peut aussi porter sur les peurs, ce qui est redouté (douleur, angoisse...), les traitements et les techniques non souhaitées comme les sondes, endo-trachéale ou d'alimentation, les attentes concernant les soins palliatifs, la présence de certaines personnes, un accompagnement spirituel...

Si les directives sont rédigées en bonne santé, elles peuvent porter sur les souhaits de fin de vie ou en cas d'accident grave, de coma prolongé ou de handicap sévère.

Si les directives sont rédigées en fin de vie, elles pourront être plus adaptées car plus précises en fonction de la situation. Dans ce cas, un « projet de soin et d'accompagnement » pourra être établi.

En conclusion, ces directives anticipées doivent contenir ce qui remplacera la parole au cas où celle-ci devenait impossible.

Si ces directives n'ont pas été rédigées, le et les traitements qui s'imposent seront entrepris et poursuivis conformément à la loi (Léonetti et Claves), et il sera notamment demandé aux médecins de ne pas commencer ou poursuivre des traitements qui leur sembleraient déraisonnables.

Le médecin pourra consulter la personne désignée comme « personne de confiance » ou, à défaut, la famille ou les proches afin de savoir quelle aurait été la volonté de la personne. Le médecin prendra alors une décision après avoir consulté un autre médecin et en concertation avec l'équipe.

Toute décision d'administration d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès ne sera prise qu'après consultation aux personnes citée ci-dessus.

L'objectif de cette sédation est qu'elle soit la plus proche possible des souhaits de la personne concernée.

10 La loi du 29 décembre 2015

1. Principes fondamentaux

Cette loi relative à l'**adaptation de la société au vieillissement**, publiée au *Journal officiel* le 29 décembre 2015, a été portée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie. Le 22 février 2018, le gouvernement repose les fondations sur 3 piliers :

- l'anticipation de la perte d'autonomie ;
- l'adaptation globale de la société ;
- l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Cette loi est actuellement en cours de modification.

Cette loi est aujourd'hui remise en question par le Gouvernement actuel, notamment sur son aspect prioritaire dans le cadre du logement, et les discussions sur les textes réformant les retraites risquent également de modifier les acquisitions que cette loi avait posées.

2. Dispositions

Les principales mesures de cette loi relative à « l'adaptation de la société au vieillissement » sont :

- des mesures concrètes pour améliorer le quotidien des personnes âgées et leurs proches ;
- la reconnaissance et le soutien des proches aidants ;
- un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD ;
- une réaffirmation des droits et des libertés des personnes âgées ;
- le financement des mesures prévues par cette loi.

L'objectif de la loi vise l'**anticipation des conséquences du vieillissement** de la population française et son inscription dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière d'accompagnement, de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne.

En effet, la priorité est donnée à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. En renforçant les droits et libertés de ces personnes, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

Ce sont principalement les départements, en charge de l'aide à l'autonomie des personnes âgées, qui vont être chargés d'appliquer ces nouvelles mesures. Une réforme de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile dont la mise en place date de 2002 est aussi prévue.

■ Qu'est-ce que l'APA à domicile ?

L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile fut mise en place en 2002. Cette allocation est une aide financière qui favorise le maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans se trouvant en situation de perte d'autonomie. Cet apport financier paie une partie des frais générés par l'aide à domicile, mais aussi les aides techniques, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour.

Toutes les personnes de plus de 60 ans rencontrant une perte d'autonomie peuvent bénéficier de l'APA, quels que soient leurs revenus. En revanche, **le montant d'aide attribué dépend des revenus**.

Les plafonds nationaux des plans d'aide ont été augmentés. Cette mesure permet d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile des personnes qui en ont le plus besoin, en particulier celles qui atteignent actuellement le plafond de leur plan d'aide alors qu'elles auraient besoin d'un nombre d'heures d'intervention supérieur.

■ Qu'est-ce qu'un plan d'aide ?

Une fois la demande d'APA réalisée, une équipe médico-sociale du Conseil départemental (ancien Conseil général) se rend au domicile de la personne âgée. Cette équipe évalue le niveau de perte d'autonomie, classe la personne âgée dans le **groupe iso-ressources (GIR)** correspondant et détermine avec elle l'ensemble de ses besoins.

Si le GIR est compris entre 1 et 4, la personne est éligible à l'APA et l'équipe fait une proposition de plan d'aide adapté à sa situation. Les montants de ces plans sont plafonnés en fonction du GIR. La proposition indiquera alors :

- le classement GIR ;
- les aides proposées, par exemple le nombre d'heures d'aide à domicile accordées, le nombre de repas portés à domicile, etc. ;
- le coût de ces aides ;
- la participation financière laissée à la charge de la personne.

■ Renforcer l'accès à l'APA

Les bénéficiaires de l'APA gagnant moins de 800 € (ce qui correspond au niveau actuel de l'ASPA, l'allocation de solidarité aux personnes âgées) sont désormais exonérés de participation financière.

DEAES

Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social
DF 1 à 5

Un livre complet pour réussir sa formation

- Toutes les **informations utiles** sur la formation, le diplôme et le métier
- L'ensemble des **connaissances** et **savoir-faire** pour maîtriser les étapes clés de la professionnalisation en **115 fiches**
- De nombreux **schémas explicatifs** tout en couleurs pour faciliter la mémorisation
- Des **QCM et questions corrigés** pour s'entraîner
- Des **sujets corrigés** pour s'exercer dans les conditions des épreuves

Danièle Lenepveu, formatrice dans le secteur médico-social, a exercé des fonctions de chef de service dans un foyer de vie et de responsable d'établissement accueillant des personnes âgées.

Isabelle Sue, titulaire d'un master en sciences de l'éducation, a consacré son parcours professionnel à l'accompagnement en tant que travailleur social, puis comme formatrice et responsable pédagogique. Aujourd'hui, elle est intervenante indépendante pour différents organismes de formation, établissements sociaux et médico-sociaux.

Les 5 domaines de formation

- DF 1.** Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne
- DF 2.** Accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne dans le respect de cette personne et des règles d'hygiène et de sécurité
- DF 3.** Accompagnement à la vie sociale et relationnelle de la personne
- DF 4.** Positionnement en tant que travailleur social dans son contexte d'intervention
- DF 5.** Travail en équipe pluri-professionnelle, gestion des risques et traitement des informations liées à l'accompagnement de la personne

Retrouvez également :



Entraînement intensif



Fiches



ISBN : 978-2-311-21945-6



9 782311 219456 22,90€

www.Vuibert.fr

Vuibert N°1
DIPLÔMES DU SOCIAL