19e COLLOQUE

APPROCHES NON-MEDICAMENTEUSES

CONFÉRENCES & ATELIERS PRATICO-PRATIQUES



DOCUMENT PÉDAGOGIQUE

BIENTRAITANCE : CULTIVER LA RELATION JUSQU'AU BOUT DE LA VIE !

Les 12 et 13 novembre 2026

BEFFROI DE MONTROUGE



10 bonnes raisons de s'abonner à agevillagepro

- Approfondir les thèmes de la démarche Humanitude
- Répondre aux attendus de l'HAS
- Financer ses actions et ses projets
- S'inspirer des bonnes pratiques de terrain
- Motiver les équipes dans leur travail
- Connaître la réglementation en vigueur
- Disposer d'outils exclusifs à télécharger
- Rester informé en continu avec la newsletter
- Revoir les interventions du colloque ANM
- Faire des économies grâce au code COLLOQUEANM2026

www.agevillagepro.com

Entrer le code **COLLOQUEANM2026** et profiter de **20% de réduction***

Vous recevrez un mail pour activer votre compte

Scanne-moi

*Offre valable jusqu'au 15/12/2026

Ouvrage d'Yves Gineste et Rosette Marescotti





La philosophie de l'Humanitude par ses auteurs, pour prendre soin dans le respect et la tendresse, jusqu'au bout.



Ouvrages d'Annie de Vivie





Pour un nouveau récit sur les services aux domiciles, sur les établissements pour personnes âgées et en situation de handicap

Un guide pratique pour les proches aidants des personnes âgées qui se fragilisent



Ouvrages de Philippe Crône



Destiné aux animateurs en gérontologie : un guide pratique pour dynamiser la vie sociale





Destinés aux proches aidants, aux aidants professionnels des personnes malades Alzheimer ou apparenté



ÉDITORIAL

CULTIVER LA RELATION

Annie de Vivie,
fondatrice d'Agevillage.com,
et coordinatrice des formations
Humanitude en France.

Rosette Marescotti et Yves
Gineste, co-auteurs de l'approche
Humanitude®.

Eric Levert,
instructeur Humanitude.

Institut Gineste-Marescotti France
74 rue Albert, 75013 Paris
www.humanitude.fr

Cette brochure
est imprimée sur du papier recyclé
éco-responsable.

Merci à vous les participants de ce 19e Colloque ANM sur les Approches Non Médicamenteuses (ANM) de ne rien lâcher malgré les difficultés des acteurs de l'aide à l'autonomie, des magnifiques métiers du lien et du prendre soin.
Vous continuez de chercher à apprendre, échanger, partager pour faire évoluer vos pratiques, outiller vos projets, soutenir votre démarche d'amélioration continue de la qualité.
Ces journées de formation ont reçu le Haut Patronage de la ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées **Camille Gaillard Minier**.

Éthique et bientraitance

Comme chaque année, nos travaux commenceront par les réflexions éthiques du philosophe **Fabrice Gzil**, professeur associé de philosophie et d'éthique à l'université Paris-Saclay, codirecteur de l'Espace éthique Île-de-France, membre du CCNE (Comité consultatif national d'éthique). Il aidera à définir la notion de relation, ses pièges, ses limites, alors que vient d'être votée la loi pour une aide à mourir.
Mais où sont donc nos morts allés ? interrogera l'incroyable philosophe **Eric Fiat** pour nourrir les réflexions, les projets des ESSMS.

La relation jusqu'au bout de la vie, jusqu'à la mort

Parce qu'on ne mourra pas d'en parler, **Agathe Benard** va partager l'expérience de son association Thanatosphere dans l'organisation des cafés mortels dans tous les lieux



JUSQU'AU BOUT DE LA VIE !

de vie. La psychologue clinicienne et écrivaine **Marie de Hennezel** nous interpelle sur l'interruption volontaire de l'alimentation et l'hydratation : comment accueillir, comment respecter cette façon de mourir ? Et après le décès, quels rituels proposer ? Comment accompagner le deuil des uns et des autres questionne **Sabrina Albayrak**, docteur en Santé Publique, Sociologue du vieillissement, CEO d'Arbitryum.

Partager les expériences

Quatre ateliers parallèles vont aborder l'accompagnement personnalisé des ultimes instants illustré par les experts Humanitude et plusieurs structures mobilisées.
La participation des habitants debout, citoyens, jusqu'au bout sera éclairée par les ESSMS ayant participé à l'expérimentation soutenue par la CNSA avec le modèle Tübbe présenté par **Christophe Creviaux**.
Le pilotage de ces accompagnements jusqu'à la fin de la vie jusqu'à la mort, sera illustré par des structures labellisées et les experts Humanitude tout comme… l'alimentation plaisir jusqu'au dernier souffle.

Les labellisés Humanitude 2026 seront mis en lumière au fil des interventions et la soirée du 12 novembre, ouverte à tous, célébrera ces équipes engagées à l'image du film franco-japonais « Soudain » où Virginie Efira incarne une directrice d'Ehpad qui souhaite déployer l'Humanitude.

Des INM (Interventions non médicamenteuses) pour cultiver la relation jusqu'au bout de la vie !

Yves Gineste et Rosette Marescotti reviendront sur les fondements de l'Humanitude : avec sa philosophie du lien (aidant-aidé, soignant-soigné) et les techniques qui permettent de créer et maintenir cette relation positive pour tous. En misant sur l'Art et le festival Ehpadons-nous présenté par **Sophie Dorée**.
La Fondation Médéric Alzheimer et la psychologue doctorante **Léa Badin** éclaireront sur l'état de la recherche concernant les interventions assistées par l'animal (IAA).
Le CPIAS Occitanie a réalisé des fiches pratiques pour relier bientraitance et gestion du risque infectieux de l'accueil d'animaux en ESMS au déploiement de la tenue civile professionnelle. Et quoi de mieux que l'ouverture, les sorties, les liens avec les ressources citoyennes pour cultiver la bientraitance, la qualité de vie au travail ?
Eric Damarey partagera les initiatives de l'association Bien-Etre dont le SAD est labellisé Humanitude. Quant à **Atanase Périfan**, son énergie invitera à déployer l'Heure Civique et les Voisins Solidaires partout, jusqu'au bout !

Nous vous souhaitons un excellent colloque ANM 2026, inspirant et motivant !

Annie de Vivie, Rosette Marescotti,
Yves Gineste et Eric Levert

JEUDI 12/11

08H50
09H00

ACCUEIL PAR LES ORGANISATEURS
Annie DE VIVIE, Rosette MARESCOTTI,
Yves GINESTE et Eric LEVERT

09H00
09H45

BIENTRAITANCE : DE L'IMPORTANCE ÉTHIQUE DE LA RELATION D'AIDE POUR PRENDRE SOIN JUSQU'AU BOUT
Fabrice GZIL
PAGE 08

09H45
10H45

L'HUMANITUDE POUR CULTIVER LA RELATION JUSQU'AU BOUT DE LA VIE
Yves GINEST et Rosette MARESCOTTI
PAGE 10

MISE EN ŒUVRE COMMUNAUTAIRE ET DIFFUSION INTERNATIONALE DE L'HUMANITUDE À FUKUOKA
Dr. Yasuko ARASE
PAGE 12

LA RELATION JUSQU'AU BOUT DE LA VIE : BRISONS L'ISOLEMENT, L'ÉCLAIRAGE DES NEUROSCIENCES
Florence LASNON-DUSSAUSSAY
PAGE 14

10H45
11H00

REMISE DE LABELS HUMANITUDE

PAUSE (45 MIN)

11H45
12H15

OÙ SONT DONC MES MORTS ALLÉS ?
Eric FIAT
PAGE 16

12H15
12H30

REMISE DE LABELS HUMANITUDE

PAUSE DÉJEUNER (1H30)

14H00
15H30

ATELIERS AU CHOIX

PAUSE (45 MIN)

16H15
17H45

ATELIERS AU CHOIX

PAUSE (15 MIN)

À PARTIR
DE 18H

SOIRÉE DE CÉLÉBRATION DES PIONNIERS DE L'HUMANITUDE
PAGE 27

VENDREDI 13/11

08H50
09H00

ACCUEIL PAR LES ORGANISATEURS
Annie DE VIVIE, Rosette MARESCOTTI,
Yves GINESTE et Eric LEVERT

09H00
09H30

ORGANISER UN CAFÉ MORTEL, UN ATELIER DE RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES… : « PARCE QU'ON NE MOURRA PAS D'EN PARLER ! »
Agathe BENARD
PAGE 28

09H30
10H00

RÉFLEXIONS SUR LES TABOUS AVANT LA MORT, SUR LES MANIÈRES DE MOURIR, SUR LES RITUELS AUTOUR DE LA MORT… POUR LES VIVANTS !
Marie DE HENNEZEL
PAGE 30

10H00
10H30

LE TABOU DU DEUIL EN EHPAD : CE QUE RÉSIDENTS, FAMILLES ET PROFESSIONNELS SE CACHENT POUR SE PROTÉGER, CONSTATS ET SOLUTIONS QUI ÉMERGENT DES TERRAINS
Sabrina ALBAYRAK
PAGE 32

10H30
10H45

REMISE DE LABELS HUMANITUDE

SOMMAIRE
PROGRAMME

PAUSE (45 MIN)

11H30
12H15
DES INM DE PLUS EN PLUS PRESCRITES MAIS LES FREINS POUR LA MISE EN OEUVRE SONT NOMBREUX !
Christine TABUENCA
PAGE 34

INTERVENTIONS ASSISTÉES PAR LE CHEVAL ET MALADIE D'ALZHEIMER : QUELS IMPACTS SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ?
Léa BADIN
PAGE 36

COMMENT LE CPIAS PEUT ACCOMPAGNER LA RELATION TOUT EN PRÉVENANT LES RISQUES INFECTIEUX
Patrick DUCHEIN et Dr. Catherine FOUCOU
PAGE 38

12H15
12H30
REMISE DE LABELS HUMANITUDE

PAUSE DÉJEUNER (1H30)

14H00
14H30
L'AUTONOMIE ET LA PARTICIPATION DES SENIORS À L'ÉPREUVE DES FAITS
Christophe CRÉVIEAUX
PAGE 40

L'ART COMME APPROCHE NON MÉDICAMENTEUSE : CULTIVER LA RELATION, L'ÉMOTION ET LE POUVOIR D'AGIR
14H30
15H00
Sophie DORÉE
PAGE 42

ET SI LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES, VÉRITABLES VILLAGES GAULOIS, S'OUVRAIENT AUX RESSOURCES DE LEUR TERRITOIRE ?
15H00
15H30
Eric DAMAREY
PAGE 44

15H30
16H00
DU VOISINAGE À LA SOLIDARITÉ : RETISSER LES LIENS DE PROXIMITÉ
Atanase PERIFAN
PAGE 46

LES ATELIERS

ATELIER ULTIMES INSTANTS
1 **PRENDRE-SOIN, ACCOMPAGNER LA VIE JUSQU'À LA MORT : PARTAGER LE CHEMIN, SANS JAMAIS MARCHER À LA PLACE DE L'AUTRE**
Animé par Claudie BARENNES, Stéphanie CHROBOK, Florence LASNON-DUSSAUSSAY et Eric LEVERT
PAGE 18

ATELIER PILOTAGE
2 **DE LA DÉMARCHE INSTITUTIONNELLE À UNE CULTURE PARTAGÉE**
Animé par Delphine AZNAR
PAGE 20

ATELIER VIE SOCIALE
3 **CULTIVER LA RELATION, LA PARTICIPATION DES HABITANTS, MALGRÉ TOUT !**
Animé par Christelle MATHEVON et Jérémy MORIN
PAGE 22

ATELIER RESTAURATION
4 **QUAND LE REPAS REDONNE LE POUVOIR D'AGIR**
Animé par Jérôme DI SALVIO
PAGE 24



FABRICE GZIL

BIENTRAITANCE : DE L'IMPORTANCE ÉTHIQUE DE LA RELATION D'AIDE POUR PRENDRE SOIN JUSQU'AU BOUT

INTRODUCTION

La relation est l'essence du soin, du prendre soin, jusqu'au bout de la vie. Reste à bien la définir, la comprendre, accepter les limites, et aborder la relation soignant-soigné à l'aune de la nouvelle loi pour l'aide à mourir.

Mots-clés : bientraitance, éthique, relation, prendre soin, pièges, limites, vie, mort.

Cultiver la relation jusqu'au bout de la vie semble aller de soi dans les métiers du prendre soin.

Rappelons néanmoins la définition et l'importance de ce mot « relation » avec les différentes parties prenantes des ESSMS (établissements et services sociaux et médico-sociaux) : les personnes accompagnées, les proches aidants, les familles, les professionnels pluridisciplinaires, mais aussi les instances de décisions, les partenaires, les ressources du territoire. **Le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) place la relation avec la personne accompagnée au cœur de son dispositif.** Il structure cette dimension autour de trois axes principaux : le respect des droits, l'expression de la personne aidée et la co-construction du projet d'accompagnement.

Cette relation vit un équilibre fragile quand la situation des personnes accompagnées se complique, entre le surinvestissement d'un côté ou abandon voire plongée dans le soin technique, comme une fuite en avant, de l'autre. Le risque de mécanisation de la relation fait partie des pièges, des limites et dérives toxiques à étudier.

De l'importance de poser le cadre de la relation : le consentement, l'écoute, la délicatesse, le tact, le respect, la confidentialité, l'alerte et le traitement en cas de signalement à risque de maltraitance.

De l'importance de penser la relation dans des lieux avec du temps dédiés, à partir de situations concrètes, vécues. Ces espaces de réflexion éthique vont permettre d'élaborer, de revenir sur les valeurs qui guident la relation entre le soignant et le soigné, sur l'autonomie, la dignité de toute personne, sur les notions de bienfaisance, non-malfaisance, justice.

De l'importance de penser la traçabilité de cette relation : comment l'organiser pour qu'elle ait du sens, facilite le prendre soin et pèse le moins possible dans le quotidien des pratiques.

Et si la relation aboutit à une demande d'aide à mourir ? Quelle écoute, quels accompagnements possibles ? Quels recours aux services de soins palliatifs ?

L'accès à l'aide à mourir est réservé aux personnes qui remplissent cinq conditions cumulatives :

- être âgé d'au moins 18 ans
- être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France
- être capable d'exprimer une volonté libre et éclairée
- être atteint d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital, en phase avancée ou terminale
- présenter une souffrance réfractaire aux traitements ou jugée insupportable par la personne

Le grand âge, la perte d'autonomie ou le fait de vivre en Ehpad ne constituent donc pas, à eux seuls, des critères d'accès à ce dispositif.

Et après le décès, quelles relations penser avec le mort ? Avec cette toilette mortuaire comme symbole fort des derniers soins, avec la réflexion sur l'annonce de cette mort et l'accompagnement du corps vers l'extérieur.

En guise de conclusion : penser, accompagner, cultiver la relation jusqu'au bout de la vie, est un des axes majeurs des projets d'établissement et de service. Une relation pensée avec les différentes parties prenantes !

Fabrice Gzil, Phd Professeur des universités en philosophie et en éthique appliquée à l'université Paris-Saclay, codirecteur de l'Espace éthique Île-de-France, membre du Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (INSERM/ Paris Saclay), membre du Comité consultatif national d'éthique.



ROSETTE MARESCOTTI & YVES GINESTE

L'HUMANITUDE POUR CULTIVER LA RELATION JUSQU'AU BOUT DE LA VIE

Mots-clés : humanitude, rêve, philosophie, piliers, techniques professionnelle, bientraitance, fondement.

La philosophie de l'Humanitude est née en 1996 de la volonté de repenser profondément la relation de soin. Elle s'est construite non pas dans l'abstraction, mais au contact direct des personnes malades, âgées, dépendantes ou en situation de grande vulnérabilité, ainsi que des professionnels confrontés chaque jour aux difficultés du prendre soin.

Cette année-là, nous avions publié, dans la revue L'Aide-soignante où nous avions créé une rubrique «philosophie pratique», un texte intitulé « J'ai fait un rêve » — I Have a Dream. Ce texte exprimait une conviction fondatrice : une culture du soin peut devenir maltraitante sans désirer l'être, lorsqu'elle oublie de reconnaître, dans la personne soignée, un être humain à part entière.

C'était l'histoire d'un homme qui, dans la maladie et dans la souffrance, désirait être regardé, entendu, touché et accompagné avec respect, douceur et tendresse. Il désirait rester un homme parmi les hommes, quels que soient son âge, son état de santé, ses incapacités ou son degré de dépendance.

C'est à cette aspiration que l'Humanitude tente de répondre. Elle propose une philosophie du prendre soin et des techniques professionnelles précises permettant de créer, de maintenir ou de restaurer une relation humaine positive. Ses fondements reposent sur trois piliers relationnels — le regard, la parole et le toucher — ainsi que sur un pilier identitaire : la verticalité.

Depuis lors, l'Humanitude s'est développée au fil de quarante-cinq années de pratique, de formation, de recherche et de rencontres.

Nous, les formateurs du réseau Humanitude avons pris soin des personnes toujours choisis parce que leur accompa-

gnement était considéré comme particulièrement difficile : personnes désorientées, très dépendantes, opposantes aux soins, vivant avec des troubles du comportement, une douleur importante ou une communication devenue complexe. Ce sont précisément les situations qui interrogent le plus l'ensemble des professionnels de santé.

L'Humanitude est donc avant tout une expérience concrète. Elle est née de la rencontre quotidienne avec des personnes qualifiées de « difficiles », alors qu'elles expriment souvent une peur, une douleur, une insécurité, un besoin de liberté ou le désir d'être reconnues. Elle vise à offrir aux professionnels des repères et des moyens concrets pour comprendre ces expressions, préserver la relation et rendre possibles des soins acceptés, apaisés et respectueux.

« J'ai fait un rêve » n'a jamais été un texte figé. Nous l'avons ré-écrit au fur et à mesure que nos rêves évoluaient, et que nous parvenions à les réaliser grâce à la philosophie, aux techniques de l'Humanitude et à l'expérience partagée avec les professionnels.

La version présentée aujourd'hui est ainsi la dernière mouture de ce texte fondateur.

Elle s'est enrichie autant des expériences internationales de l'Humanitude que de l'incroyable exemple des établissements labellisés. Partout ces expériences ont confirmé une conviction essentielle : au-delà des langues, des cultures, des âges, des maladies et des fragilités, il existe des besoins profondément humains que non seulement nous partageons tous, mais qui conditionnent aussi la simple possibilité de la réalité de notre existence.

L'Humanitude a ainsi prouvé son universalité. Elle repose sur ce qui relie les êtres humains : le besoin d'être reconnu, regardé, entendu, touché avec respect, maintenu debout autant que possible et considéré comme une personne libre et citoyenne jusqu'au terme de sa vie. Elle repose sur le besoin de l'autre.

Elle est ainsi une philosophie humaniste et pacifiste. Parce qu'elle s'inscrit dans le respect de la liberté, de l'autonomie et de la citoyenneté, l'Humanitude accompagne les établissements et les professionnels du prendre soin dans une démarche de bientraitance concrète, afin que chacun demeure reconnu, jusqu'au bout de sa vie, dans sa dignité, son identité et son humanité.

Rosette Marescotti, co-auteure de l'Humanitude, psycho-gérontologue, chercheuse associée au Centre de recherche gériatrique Tokyo Medical Center (Japon).
Yves Gineste, co-auteur de l'Humanitude, professeur invité du Centre Lab Mind and Future, Kyoto University, professeur invité Université des Sciences infirmières Toyama, chercheur associé au centre de recherche gériatrique Tokyo Medical Center (Japon).

NOTES



DR. YASUKO ARASE

MISE EN ŒUVRE COMMUNAUTAIRE ET DIFFUSION INTERNATIONALE DE L'HUMANITUDE À FUKUOKA

La conférence internationale « Humanitude Sans Frontières » à Fukuoka en 2026.

Le docteur **Yasuko Arase** est une figure publique et médicale japonaise de premier plan, particulièrement connue pour son rôle de vice-maire de la ville de Fukuoka, au Japon, poste auquel elle a été nommée en 2015.
Elle est diplômée de la faculté de médecine de l'Université de Kyushu en 1978.

Depuis 2017, la ville de Fukuoka promeut l'Humanitude à travers des programmes de formation professionnelle, des actions de sensibilisation du public, un soutien aux aidants familiaux et une collaboration avec son projet **« Ville amie des personnes atteintes de démence »**.

S'appuyant sur ces initiatives locales, Fukuoka a accueilli la Conférence internationale « Humanitude Sans Frontières » en octobre 2026.
Cette conférence a réuni des décideurs politiques, des chercheurs, des professionnels de la santé et des soins de longue durée, ainsi que des praticiens de l'Humanitude issus des pays d'Asie du Sud-Est et d'autres régions d'Asie. Les participants ont partagé leurs expériences et discuté des pratiques de l'Humanitude, de la prise en charge de la démence, des politiques en faveur des personnes âgées et des approches communautaires visant à soutenir les personnes âgées.

La conférence a mis en avant l'Humanitude non seulement comme une méthodologie de soins, mais aussi comme une philosophie visant à construire des communautés qui respectent la dignité humaine et favorisent l'inclusion sociale.

Ce rapport décrit le contexte, l'organisation et l'importance de la conférence et examine sa contribution potentielle à la collaboration internationale pour relever les défis liés au vieillissement de la population.

NOTES

Renforcer l'accompagnement des structures pour déployer la démarche Humanitude : un projet soutenu par AG2R LA MONDIALE

Démarche Humanitude habituelle
Formation au pilotage (2 jours/an par structure) + auto-évaluation annuelle du réferentiel Humanitude

Socle existant

+

Dispositif d'accompagnement renforcé
Création et expérimentation de 4 axes complémentaires

Nouveauté

Le projet ne se substitue pas à l'accompagnement habituel : il vient en complément.

Les 4 axes du dispositif renforcé

Suivi Personnalisé	Evaluation des pratiques	Supervision et soutien qualité	Initiation des proches aidants
A distance, 1h/mois	1 jour/an en présentiel	3 wébinaires/an par région	1 jour/an en présentiel
Soutenir le pilotage interne grâce à une feuille de route	Accompagner durablement la transformation des pratiques	Structurer la démarche qualité et la communication	Impliquer habitants et aidants dans la démarche

Objectifs

- Maintenir la dynamique de changement
- Éviter les ruptures de parcours
- Mieux s'approprier les outils Humanitude
- Impliquer les aidants familiaux
- Diffuser une culture de bientraitance

30 structures pilotes, 3 profils

Engagées dans la démarche, sans visée de label : franchir le cap de l'engagement.	Engagées vers le label : éviter la rupture en cours de parcours.	Déjà labellisées : maintenir le niveau pour faciliter le renouvellement du label Humanitude.

Projet expérimental soutenu par AG2R LA MONDIALE.
Durée : 2 ans de janvier 2026 à avril 2028
Régions Humanitude : Nord, Grand-Est, Centre-Est, Sud-Ouest, Île-de-France.
Pilotage : Eternis Formation.



FLORENCE LASNON-DUSSAUSSAY

LA RELATION JUSQU'AU BOUT DE LA VIE : BRISONS L'ISOLEMENT, L'ÉCLAIRAGE DES NEUROSCIENCES

Mots-clés : humanitude, relation, isolement, rejet social, autonomie, solitude, citoyenneté, capture sensorielle, acte gratuit.

Début 2026, la Fondation de France a présenté la 15e édition de son étude annuelle sur les solitudes en France intitulée « Les liens de proximité : pivots de la sociabilité ». Cette étude montre qu'un tiers des Français (32 %) se trouve aujourd'hui en situation d'isolement relationnel et près d'un quart (24 %) se sent seul.
Un tiers des personnes résidant dans des structures médicosociales ne reçoivent jamais de visites de proches. Moins de 15% ont des contacts répétés avec la famille proche, 20% enregistrent une visite par mois ou plus.
La solitude et l'isolement sont désormais reconnus comme des risques importants associés au vieillissement ou au handicap. Cet isolement relationnel est autrement dit l'exclusion sociale.

Confrontées à l'exclusion sociale, les personnes isolées développent progressivement un état de **déconstruction**

cognitive. Les chercheurs ont montré que l'exclusion sociale induit un type de défenses psychologiques, comme :

- une perception allongée du temps, signe d'ennui ;
- l'absence de projection dans le futur, ... pas d 'envie, pas de projet ...
- une perte de sens pouvant aller jusqu'au désespoir ; perte de l'envie de vivre...
- une faible réactivité et un ralentissement psychomoteur (trahis par de moindres efforts, par exemple un moindre succès aux épreuves cognitives).

Ces défenses psychologiques sont mises en œuvre dans la déconstruction cognitive, pour ne plus penser et oublier une image de soi que la confrontation aux autres a rendue insupportable. L'exclusion sociale, en privant une personne de sa reconnaissance, nie son identité.

Au-delà de la perte de son identité, se sentir exclu d'un groupe provoque aussi une douleur comparable à celle provoquée par une douleur physique. En tout cas pour notre cerveau.
C'est le constat de plusieurs études menées par des équipes de chercheurs, notamment par Naomi Eisenberg, professeur de psychologie à l'université de Los Angeles. Ils ont montré que le cerveau analyse la douleur de l'exclusion de la même manière que la douleur physique. Cette zone du cerveau, c'est le cortex cingulaire antérieur, zone impliquée dans les interactions sociales, zone qui joue un rôle important d'interface entre les émotions et la cognition.

Face à ces enjeux, maintenir le lien social, améliorer l'état de santé des personnes accompagnées dans les soins, sont nos devoirs de professionnels de santé. En Méthodologie de soin Gineste-Marescotti, pour remédier à l'exclusion sociale, nous utilisons des techniques relationnelles comme la capture sensorielle et les actes gratuits.

Florence Lasnon Dussaussay, formatrice et instructrice à l'Ecole Humanitude, docteure en pharmacie, diplômée en management et marketing (DESS) et titulaire d'un Master de philosophie, éthique médicale hospitalière appliquée.

NOTES



ERIC FIAT

OÙ SONT DONC MES MORTS ALLÉS ?

RÉSUMÉ

Touché en plein coeur, le talentueux philosophe Eric Fiat livre dans ce nouvel ouvrage ses questionnements, ses ressentis suite aux décès de proches.
Pourquoi ce choix de la crémation ?
Quels lieux, quels rites pour ne pas oublier, pour partager ensemble autour du mystère de la mort ?
Ses questions nourrissent la réflexion des professionnels de l'aide et du soin.

Mots-clés : philosophie, mort, rituels, crémation.

Après tant d'années à jouer les philosophes, Eric Fiat s'est surpris devant ses réactions aux décès de ses proches : où sont donc ces morts allés (père, grand-père, grand-mère) ? Que sont-ils devenus ?
Pourquoi ce choix de la crémation après la violence de la mort ?
Pourquoi ce choix de la dispersion des cendres sans plus de lieu pour se retrouver, se recueillir ?

La violence ressentie invite le philosophe à questionner cette recherche de maîtrise pour décider de sa mort (euthanasie), de son corps (crémation, dispersion) sans tenir compte de l'ordre des choses, de la nature des choses (naissance, vie, décomposition).

« S'il faut oublier pour bien vivre », rappelle Nietzche, reste que nommer, apposer un nom, une inscription, c'est aussi réparer, se souvenir, rappeler la vie aux vivants.

De l'importance des rites sincères avec le coeur (à penser et repenser dans les structures du grand âge).

De l'importance des cimetières qui sont ces rares lieux où le sacré perd de sa hauteur pour s'incarner.

De l'importance des monuments funéraires : des premières statues aux stèles de nos lointains ancêtres.

Avec le talent qui le caractérise, Eric Fiat mobilise le poète Philippe Jaccottet, Georges Brassens, La Fontaine et les philosophes pour questionner la juste mesure de l'accompagnement des morts : de leur non abandon, les veiller sans trop veiller, de la nécessité d'oublier pour vivre à l'oubli de l'oubli.
Les morts sont invisibles mais pas absents, écrivait Victor Hugo.

Ils auront été, rappelle Spinoza, si notre société ne se perd pas à oublier la mort.

Avec le funérarium à côté de la déchetterie !

Eric FIAT est Professeur à l'Université Gustave Eiffel où il dirige un Master de philosophie et d'éthique médicale appliquée. Agrégé de philosophie (1991) il enseigne quelques années en lycée.
Après un Doctorat (2002) il devient MCF à l'Université Paris-est. Après une HDR (2011), il est nommé Pr. d'Université. Il est par ailleurs violoncelliste dans l'Ensemble instrumental de Château-Thierry. Travaillant dans le champ de l'Anthropologie philosophique, il consacre ses recherches à la fragilité humaine dans ses dimensions corporelles. Dernière parution : Où sont donc mes morts allés ? aux éditions Bayard en 2026

NOTES

LES ATELIERS PRATIQUES



CLAUDIE BARENNES, STÉPHANIE CHROBOK,
FLORENCE LASNON-DUSSAUSSAY ET ERIC LEVERT

PRENDRE-SOIN, ACCOMPAGNER LA VIE JUSQU'À LA MORT : PARTAGER LE CHEMIN, SANS JAMAIS MARCHER À LA PLACE DE L'AUTRE

RÉSUMÉ

Prendre-soin, accompagner la vie jusqu'à la mort : partager le chemin, sans jamais marcher à la place de l'autre.

L'accompagnement constitue une dimension essentielle du prendre-soin en fin de vie. L'étymologie d'accompagner, issu de companio, « celui avec qui l'on partage le pain », invite à penser l'accompagnement comme une présence aux côtés de la personne, dans le respect de sa singularité, de ses choix, de son rythme et de ses envies.

Les pratiques professionnelles fortement ancrées dans la relation font partie intégrante de l'accompagnement : présence, écoute, regard, parole, toucher, douceur, intimité et respect des choix, en intégrant la place des proches. C'est ainsi que les soins palliatifs, indissociables de l'accompagnement, s'inscrivent dans cette approche globale de la personne.

Tout comme les principes de l'Humanitude qui offrent des repères pour soutenir la relation jusqu'aux ultimes instants de la vie.

Deux équipes pluridisciplinaires partageront leurs expériences : l'une au sein d'un Espace d'Accompagnement Palliatifs aux Herbiers, ouvert en janvier 2026, l'autre dans un EHPAD labellisé Humanitude à Masevaux. La mise en regard de ces deux expériences permettra d'explorer comment, dans des contextes différents, les professionnels articulent prendre-soin, accompagnement, soins palliatifs, Humanitude, travail interdisciplinaire, auprès de la personne et de ses proches, avant, pendant et après son décès.

Mots-clés : prendre-soin, accompagnement, fin de vie, soins palliatifs, Humanitude, proches, relation de soin, interdisciplinarité.

J'aimerais commencer par vous parler d'un mot qui est au cœur même de notre métier, il s'agit du mot **accompagner**.
Accompagner vient de l'ancien français et renvoie au latin médiéval companio, construit autour de cum, qui signifie « avec », et panis, qui signifie « pain ».
Le compagnon, étymologiquement, c'est donc celui avec qui l'on partage le pain.
Et cette image nous paraît particulièrement intéressante pour parler de la fin de vie.
Parce qu'accompagner, c'est bien partager un bout du chemin avec une autre personne, être à ses côtés, marcher avec elle, mais certainement pas marcher à sa place.

Accompagner, ce n'est pas décider pour l'autre.
Ce n'est pas non plus forcément savoir où l'autre doit aller.
Accompagner, c'est partager ensemble un bout de chemin avec la personne tout en aidant ses proches à rester auprès d'elle sans l'empêcher de vivre ce moment à sa manière.

C'est accepter d'être à leurs côtés, parfois devant pour ouvrir une voie possible, parfois derrière pour soutenir, mais surtout **à côté**, au rythme de la personne qui va mourir, de sa vie singulière, de ses espoirs et de ses désespoirs car :
Elle peut avoir peur.
Elle peut être en colère.
Elle peut avoir besoin de parler, de régler ses affaires, de raconter son histoire.
Elle peut ne pas vouloir parler, ne pas pouvoir parler.
Elle peut vouloir être seule.
Ou au contraire demander que quelqu'un reste près d'elle.
Et notre rôle n'est pas de lui imposer notre manière de vivre sa vie.

Notre rôle est de cheminer avec elle.
Alors, qu'est-ce que cela signifie concrètement ?
Cela signifie prendre-soin de l'autre dans tout ce qui nous rassemble, nous ressemble, nous relie : en développant toute notre Humanitude sans jamais l'abandonner.

Savoir poser notre regard dans le sien.
Savoir poser notre voix avec un ton doux et calme.
Savoir choisir les mots qui apaisent.
Savoir poser sa main dans la sienne.
Connaitre et respecter ses choix, ses directives.
Accueillir un projet, un désir, une ultime envie.
Respecter un refus de soin, savoir reporter, revenir sur RDV.
Préserver son intimité en respectant son lieu de vie.
Eviter la douleur induite par les soins en apprenant toutes les techniques de manutention relationnelle.
Développer une extrême douceur en observant la personne quand on la touche, quand elle nous touche.
Développer notre présence pour être pleinement là, dans l'instant.
Soulager les douleurs grâce aux traitements anticipés.
Apaiser une angoisse.
Écouter l'expérience émotionnelle du mourant, son ambivalence, sa complexité d'humain.
Ecouter celle de ses proches.
C'est précisément dans cet espace entre ce que sait la personne, ce qu'elle veut savoir, **ce que savent les proches et ce qu'ils peuvent entendre** que l'accompagnement devient complexe.

Accueillir ce qu'elle vit sans chercher à la conduire vers l'acceptation de sa mort.
Accueillir ce qu'elle traverse, l'écouter et rester auprès d'elle, quelle que soit l'étape ou l'émotion dans laquelle elle se trouve.
Être pleinement présent à ce qu'elle vit.
Accueillir un silence.
Permettre aux proches d'être présents ou de ne pas l'être.
Consoler parce que celui qui console nous rend entier par son intention de nous envelopper de sa chaleur humaine.
Partager en équipe les émotions des uns et des autres sans jugement.

Développer un réseau de compétences coordonné entre professionnels qui viendront soutenir le projet de fin de vie de la personne accompagnée.

Lors de nos formations « prendre-soin en Humanitude dans les ultimes instants de la vie ».
Les professionnels que nous rencontrons repartent avec une vision plus claire, une philosophie de soin commune, des techniques relationnelles enveloppées de tendresse qui renforcent les liens et des actions à développer en équipe pluri, inter, trans disciplinarité qui les aideront à coordonner et à professionnaliser leur accompagnement avec plus de sérénité.

Accompagner c'est rencontrer une autre personne, unique, et faire un bout de chemin avec elle, sans jamais marcher à sa place.

Claudie Barennes, Stéphanie Chrobok, Florence Lasnon-Dussaussay et Eric Levert sont formateur(trice)s en Méthodologie de soin Gineste-Marescotti et instructeur(trice)s au sein de l'Ecole Humanitude.
Claudie Barennes est cadre de santé infirmiere, diplômée en accompagnement et en soins palliatifs.
Stéphanie Chrobok , ergothérapeute, Florence Lasnon -Dussaussay, docteur en pharmacie, et Eric Levert, infirmier.

NOTES

LES ATELIERS PRATIQUES



DELPHINE AZNAR

DE LA DÉMARCHE INSTITUTIONNELLE À UNE CULTURE PARTAGÉE. « PILOTAGE DE LA DÉMARCHE HUMANITUDE : FAVORISER L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS POUR CULTIVER LE LIEN AVEC LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES JUSQU'AU BOUT DE LA VIE »

RÉSUMÉ

Comment faire pour que l'Humanitude ne reste pas « un projet de plus », mais devienne progressivement une culture commune, portée et vécue par tous ?

Le pilotage de la démarche Humanitude ne se résume pas à organiser des réunions, construire un plan d'action ou suivre des indicateurs. Son véritable enjeu est de créer les conditions permettant à chacun de s'engager, de trouver sa place et de devenir acteur de la transformation des pratiques.

À partir de retours d'expériences concrets de structures engagées dans la démarche Humanitude, cet atelier propose d'explorer les différentes étapes de cette aventure collective : oser partir, garder le cap et faire vivre durablement la culture Humanitude.

L'objectif : comprendre comment le pilotage peut progressivement transformer une volonté institutionnelle en une dynamique collective au service de la relation, de la qualité de vie et du bien-être des personnes accompagnées jusqu'au bout de la vie.
Pour illustrer ce thème, la parole sera donnée à trois établissements :

• **Premier témoignage : « Oser embarquer les équipes dans l'aventure Humanitude » : Une structure qui débute la démarche :** Comment donner envie de monter à bord ? Comment donner du sens au projet, mobiliser les professionnels dès le départ et faire émerger une première dynamique collective ?

• **« Quand la démarche s'essouffle… comment redonner envie ? » :** Une structure labellisée Humanitude :
Toute démarche connaît des périodes de doute, de résistance ou d'essoufflement. Comment remobiliser les équipes ? Comment redonner du sens, dépasser les difficultés et retrouver une dynamique commune ?

• **« Quand l'Humanitude devient une culture » :**
Une structure labellisée Humanitude : Comment passer d'une démarche portée par quelques professionnels à une véritable culture institutionnelle ? Comment maintenir l'engagement dans le temps, transmettre les fondamentaux aux nouveaux professionnels et faire vivre l'Humanitude au quotidien ?

À travers ces témoignages et les échanges avec les participants, l'atelier mettra en lumière les leviers concrets du pilotage permettant de mobiliser durablement les équipes et les personnes accompagnées.
Parce qu'au-delà des outils et des organisations, le véritable moteur de la démarche Humanitude reste l'engagement des femmes et des hommes qui la font vivre au quotidien.

Delphine Aznar : directrice des formations de pilotage pour le réseau Humanitude.

NOTES

LES ATELIERS PRATIQUES





CHRISTELLE MATHEVON ET JEREMY MORIN

CULTIVER LA RELATION, LA PARTICIPATION DES HABITANTS, MALGRÉ TOUT !

avec le soutien de la CNSA

Avec le soutien de la cnsa Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

RÉSUMÉ

La participation des personnes accompagnées en ESSMS est un droit fondamental qui favorise leur autonomie, leur citoyenneté et leur pouvoir d'agir. Elle contribue à améliorer la qualité des accompagnements grâce à l'expression de leurs besoins et attentes. Malgré certains freins (communication, organisation, habitudes professionnelles), elle reste un levier essentiel pour construire des accompagnements plus respectueux et adaptés.

Mots-clés : participation, habitants, information, communication, co-construction, citoyenneté, autonomie, lien social, projet

La **participation** des personnes clientes des ESSMS (Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) constitue un enjeu majeur de qualité. Inscrite dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, ainsi que dans les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, cette participation vise à reconnaître l'habitant comme un acteur à part entière de son parcours de vie, et non plus uniquement comme un bénéficiaire de soins.

Cette participation est favorisée au sein de dispositifs identifiés, comme le Conseil de la Vie Sociale (CVS), les enquêtes de satisfaction, les P.A.P. (Projets d'Accompagnement Personnalisés)

ou encore les temps d'échange collectifs. Mais plus largement, la participation des habitants s'exprime dans tous les instants de la vie jusqu'au dernier souffle. L'enjeu, à travers elle, est de respecter et de favoriser l'**autonomie** et la **citoyenneté**. Rechercher les envies, les attentes, les aspirations des personnes accompagnées permet de donner un sens aux pratiques professionnelles, mais aussi de renforcer leur pouvoir d'agir, leur estime de soi et confiance en soi. La participation contribue également à s'interroger et donc à améliorer la **qualité des services proposés**, car les habitants apportent un regard concret sur leur quotidien, leurs difficultés et les améliorations possibles. Dans les structures accueillant ou accompagnant à leur domicile des personnes âgées, en situation de handicap ou en difficulté sociale, cette implication favorise le **lien social**, l'émergence de **projet**, la satisfaction personnelle et lutte contre le sentiment d'isolement ou de dépendance institutionnelle.

Cependant, malgré les intentions affichées, la participation se heurte encore à de nombreux freins. Le premier obstacle concerne souvent les difficultés de communication, de compréhension, d'information régulière et continue des personnes accompagnées sur les participations possibles. Certaines personnes présentent des troubles cognitifs, des handicaps ou une fragilité psychologique qui peuvent limiter leur capacité à faire entendre leurs besoins ou leurs opinions. Par ailleurs, les contraintes organisationnelles, le manque de temps ou les effectifs insuffisants limitent parfois la mise en place d'espaces d'échange réguliers et de qualité.

La **culture professionnelle** peut également représenter un obstacle. Dans un contexte où la relation d'aide est plutôt verticale, où la culture est surtout basée sur la protection, la sécurité, l'activité, (...), le partage du pouvoir décisionnel avec les habitants peut être difficile. La peur de perdre le contrôle, le poids des habitudes institutionnelles ou encore le manque de formation peuvent freiner l'évolution des pratiques.

Pourtant, accompagner la participation suppose un véritable changement de posture et de regard : pour écouter, co-construire, connaître et croire dans les compétences, les capacités, les envies, les projets des personnes accompagnées. Un changement de culture pourra alors s'opérer et les habitants pourront être accompagnés, au bon niveau, vers une **vie sociale épanouissante**.

Enfin, la participation nécessite un engagement collectif de l'ensemble des parties prenantes de l'ESSMS : direction, professionnels, familles et habitants eux-mêmes. Pour qu'elle soit effective, elle doit être encouragée au quotidien, valorisée et adaptée aux capacités de chacun. Ainsi, malgré les difficultés rencontrées, la participation reste un levier essentiel pour construire des établissements plus respectueux des droits des personnes.

C'est avec cette ambition que l'association Asshumevie a répondu à l'appel à projet de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) intitulé « La participation des personnes vivant en établissement : relever le défi de l'effectivité ». Deux établissements se sont associés à cet appel à projet, en expérimentant des méthodes et outils et en développant des actions innovantes.
Il s'agit de :
• EHPAD La Neuville, 5 Pl. Augustin Dujardin, 80090 Amiens
• MAS L'Aquarelle, 96 Rue Pasteur, 62590 Oignies
Merci à eux de partager avec nous leurs expériences.

Ces outils sont disponibles sur le site de l'association www.lelabelhumanitude.fr

Jérémy Morin, formateur Humanitude Vie Sociale.
Christelle Mathevon, formatrice et directrice pédagogique des formations Humanitude Vie Sociale.

NOTES

LES ATELIERS PRATIQUES



JÉRÔME DI SALVIO, SABINE SOUBIRAA, ALBAN BERGRON ET AURÉLIA LASSOUJADE-LACAZE

QUAND LE REPAS REDONNE LE POUVOIR D'AGIR

RÉSUMÉ

Et si l'organisation de la table devenait un levier d'autonomie et de bientraitance ?

À travers la présentation de 2 projets – le buffet en libre-service des Jardins du Soleil et du Soleil du Yet et la gouvernance participative du C.L.A.N. de Labenne – cet atelier se propose de démontrer comment le libre choix, les organisations participatives, replacent l'habitant au cœur des décisions, pour un plaisir de manger retrouvé.

Mots-clés : humanitude®, buffet en libre-service, libre choix, autonomie, maintien des capacités, pouvoir d'agir, plaisir de manger, C.L.A.N., cuisine, participation des habitants, coordination interdisciplinaire, projet de restauration, prévention nutritionnelle.

1. QUE SE PASSE-T-IL DANS NOS CUISINES ? LE C.L.A.N. AU CŒUR D'UN PROJET PARTICIPATIF EN ESSMS

Du C.L.A.N. aux cuisines : une même dynamique

Dans un établissement sanitaire ou médico-social, les orientations nutritionnelles ne prennent sens que lorsqu'elles se traduisent dans les assiettes, l'organisation des repas et la relation avec les habitants. À l'Institut Hélio Marin de Labenne, le Comité de liaison en alimentation et nutrition (C.L.A.N.) constitue le lien entre la stratégie de prévention et le travail quotidien de la cuisine. Il contribue à définir les priorités, à coordonner les actions et à suivre leur mise en œuvre.

Une gouvernance articulée avec la commission restauration

Le C.L.A.N. assure un pilotage transversal : il met en commun les constats, hiérarchise les besoins et inscrit les actions dans une démarche d'amélioration continue. La commission restauration en est un relais participatif essentiel. Elle recueille la parole des habitants et des professionnels, analyse les retours, explique les contraintes et propose des ajustements réalistes. La cuisine devient alors le lieu de mise en œuvre : menus, textures, enrichissements, hydratation, repas à thème et organisation du service évoluent à partir des décisions partagées.

La participation des habitants comme donnée de pilotage

La participation ne se limite pas à une enquête de satisfaction. Commissions menus, ateliers du goût, ateliers cuisine, repas à thème, Semaine du goût permettent d'observer, d'écouter et d'expérimenter avec les habitants. Leurs préférences, leurs difficultés et leurs propositions deviennent des données utiles au C.L.A.N. pour ajuster les actions de prévention, notamment autour de la dénutrition et de l'hydratation.

Une coordination au service de l'Humanitude®

Le regard culinaire du chef, l'expertise nutritionnelle de la diététicienne, la connaissance des habitants par les équipes et l'expression des personnes accompagnées se complètent. Cette coordination permet de proposer une restauration sûre,

adaptée, désirable et personnalisée. Elle illustre une hôtellerie-restauration en Humanitude® où le repas soutient le choix, l'autonomie, la relation, la prévention et le plaisir de manger.

Ce que proposera l'atelier

À partir d'exemples vécus, Alban Bergeron et Aurélia Lassoujade-Lacaze montreront comment articuler le C.L.A.N., la commission restauration et la cuisine. Les participants identifieront des leviers transférables : organiser la remontée des observations, définir des priorités partagées, formaliser un plan d'action, rendre les décisions visibles et suivre des indicateurs simples. L'objectif est de faire du C.L.A.N. non seulement une instance de réflexion, mais un moteur concret du projet de restauration.

2. ET SI NOUS ARRÊTIONS DE TOUT CONTRÔLER

Vieillir n'est pas renoncer à choisir

Depuis plus de vingt-cinq ans, Sabine SOUBIRAA développe un modèle d'habitat groupé accompagné au sein des résidences Les Jardins du Soleil et Le Soleil du Yet. Sa conviction est simple : vieillir n'est pas une maladie. Même lorsque des fragilités apparaissent, chacun doit pouvoir continuer à vivre chez lui, préserver ses habitudes et exercer ses choix. Cette philosophie transforme la manière de penser l'accompagnement, mais aussi les actes les plus ordinaires de la vie quotidienne, à commencer par le repas.

Le buffet, bien plus qu'un mode de service

Dans une organisation classique, le repas est souvent décidé, dressé et servi à la place de la personne. Le buffet en libre-service inverse cette logique. L'habitant peut regarder les propositions, choisir ce qu'il souhaite manger, déterminer les quantités, composer son assiette et avancer à son rythme.
Le service ne se limite donc plus à distribuer un repas :
il crée les conditions permettant à chacun de rester sujet de ses décisions.

Quand le choix soutient les capacités

Choisir, se déplacer, atteindre un plat, se servir ou demander une aide sont autant d'actions qui mobilisent les capacités physiques, cognitives et relationnelles. Répétés chaque jour, ces gestes contribuent au maintien de l'autonomie, stimulent l'envie et renforcent l'estime de soi. Le choix peut également favoriser l'appétit : une assiette composée par la personne a davantage de sens qu'une assiette imposée, même lorsque celle-ci répond parfaitement aux besoins nutritionnels.

Accompagner sans faire à la place

Le libre-service ne signifie ni absence d'accompagnement ni mise en difficulté. Il suppose un environnement lisible, accessible et sécurisant, ainsi qu'une présence professionnelle capable d'observer, d'encourager et d'apporter l'aide juste. L'enjeu consiste à ajuster le soutien aux capacités de chaque habitant : proposer sans imposer, guider sans diriger et intervenir sans retirer à la personne la possibilité d'agir.

Une hôtellerie-restauration en Humanitude®

À travers cet exemple, le buffet devient une approche non médicamenteuse inscrite dans le quotidien. Il associe plaisir de manger, liberté, citoyenneté, relation et maintien des capacités. Le soin ne réside pas uniquement dans le contenu de l'assiette, mais aussi dans la façon dont la personne est accueillie, regardée, sollicitée et reconnue comme habitante de son lieu de vie.

Ce que proposera l'atelier

À partir de son expérience, Sabine SOUBIRAA invitera les participants à questionner leurs pratiques : que choisit encore réellement l'habitant au moment du repas ? Quelles capacités l'organisation actuelle soutient-elle ou, au contraire, empêche-t-elle d'exercer ? L'atelier présentera les principes du buffet en libre-service et les conditions nécessaires pour en faire un dispositif adaptable à différents lieux de vie et niveaux de fragilité, au service d'une restauration personnalisée, accueillante et profondément bientraitante.

Jérôme Di Salvio, directeur pédagogique Hôtellerie-Restauration en Humanitude

Sabine Soubiraa, fondatrice et directrice des résidences Les Jardins du Soleil et Le Soleil du Yet, ainsi que de leurs Services Autonomie à Domicile intégrés, Sabine SOUBIRAA développe depuis plus de vingt-cinq ans un modèle d'habitat groupé accompagné. Elle défend une approche où chacun demeure habitant de son lieu de vie, préserve ses choix et reste pleinement acteur de son quotidien.

Alban Bergeron, chef de cuisine à l'Institut Hélio Marin de Labenne, est cuisinier depuis près de 20 ans. Son parcours associe restauration étoilée, cuisine internationale et traditionnelle.

Aurélia Lassoujade-Lacaze, diététicienne depuis plus de 30 ans, est formatrice en nutrition, dénutrition et troubles de la déglutition. À l'Institut Hélio Marin, elle assure le suivi nutritionnel, anime les actions collectives et préside le CLAN, (Comité de liaison en alimentation et nutrition) .

NOTES

L'Humanitude hier, aujourd'hui, demain... et Soudain !

SOIRÉE DU COLLOQUE ANM



PROGRAMME

18H : accueil et clôture des ateliers
18H30 – 19H30 : célébrons l'Humanitude !
Soudain : témoignages des équipes du film et rencontre avec Yves Gineste et Rosette Marescotti.
Les pionniers de l'Humanitude : premiers formés, labellisés et formateurs.
Et demain ? Faire reconnaître et développer l'Humanitude partout.
19H30 – 20H30 : cocktail convivial



Soirée ouverte à tous !



AGATHE BENARD

ORGANISER UN CAFÉ MORTEL, UN ATELIER DE RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES… : PARCE QU'ON NE MOURRA PAS D'EN PARLER ! »

RÉSUMÉ

La mort et la fin de vie traversent le quotidien des établissements, des personnes accompagnées, de leurs proches et des professionnel·les, tout en restant difficiles à aborder. Depuis 2022, l'association Thanatosphère développe, avec des établissements, des collectivités et des partenaires associatifs, des actions concrètes pour favoriser le dialogue, l'information et l'anticipation. Cette intervention en partagera les enseignements, les bénéfices observés et les conditions de leur réussite.

Mots-clés : culture du dialogue autour de la mort, Café Mortel, éducation populaire, pouvoir d'agir, directives anticipées, partenariats.

La mort est une certitude. Savoir en parler, s'y préparer et connaître ses droits ne l'est pas. C'est pourtant cette culture du dialogue qui permet aux personnes, à leurs proches et aux professionnel·les d'anticiper les décisions importantes plutôt que de les subir.

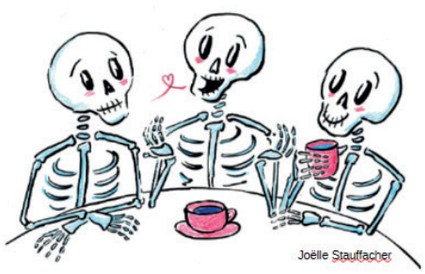
À partir d'expériences concrètes menées par Thanatosphère avec des EHPAD, des établissements accueillant des personnes en situation de handicap, des collectivités et des partenaires associatifs, cette intervention montrera comment développer une culture du dialogue et de l'information autour de la mort et de la fin de vie.

Les établissements accompagnent aujourd'hui les personnes jusqu'à la fin de leur vie. Ils peuvent aussi devenir des lieux où l'on apprend à parler de la mort.

Seront présentés des dispositifs simples et facilement transposables : Cafés Mortels inspirés des travaux de Bernard Crettaz, ateliers d'information sur les directives anticipées, la personne de confiance, les choix et la législation funéraires, le don d'organes et de tissus, conférences, ciné-débats, balades patrimoniales, ateliers créatifs, ainsi que des actions favorisant l'ouverture des établissements sur leur territoire.

Des retours d'expérience mettront en lumière les bénéfices observés pour les personnes accompagnées, leurs proches, les bénévoles et les professionnel·les : une parole plus libre, un meilleur respect des volontés, un renforcement du pouvoir d'agir, une meilleure compréhension des droits en fin de vie et de nouvelles coopérations avec les acteurs locaux.

Enfin, des repères pratiques seront proposés pour passer à l'action : conditions de réussite, partenariats à développer et pistes de financement afin d'inscrire durablement ces initiatives dans le projet d'établissement.



Ethnologue de formation et professionnelle du funéraire, **Agathe Bénard** est fondatrice et présidente de l'association Thanatosphère.
Depuis 2022, elle développe des démarches d'éducation populaire pour favoriser une culture du dialogue et de l'information autour de la mort, de la fin de vie et du deuil.
Elle conçoit et anime des Cafés Mortels, des ateliers d'information et des projets partenariaux avec des établissements médico-sociaux, des collectivités et des associations afin de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et d'accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.

NOTES



MARIE DE HENNEZEL

RÉFLEXIONS SUR LES TABOUS AVANT LA MORT, SUR LES MANIÈRES DE MOURIR, SUR LES RITUELS AUTOUR DE LA MORT… POUR LES VIVANTS !

RÉSUMÉ

Et si …
Et si l'on se permettait de questionner la manière d'obtenir les directives anticipées ?
Et si l'on questionnait l'accueil de décisions qui perturbent comme le fait d'arrêter de s'alimenter et de s'hydrater au très grand âge ?
Et si l'on investissait les rituels autour de la mort, dans tous les lieux de vie ?
Pour cultiver la relation, la vie, jusqu'au bout et au-delà !

Mots-clés : tabou, mort, conversation anticipée, agonie, interruption volontaire de l'alimentation et de l'hydratation, rituels, haie d'honneur, deuil

Au lendemain du vote d'un droit à une aide à mourir en parallèle du déploiement des soins palliatifs, comment aborder le plus sereinement possible la toute fin de vie, la mort dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ? Dans les services à domicile ?

Pour Marie de Hennezel, l'information, le dialogue et les rituels sont à toujours à penser, repenser.

Comme ces directives anticipées, qui peuvent devenir juste un formulaire de plus à remplir, avec des cases à cocher alors que l'on aborde sa fin de vie, sa mort… des sujets tabous.

Et si la structure organisait des « **conversations anticipées** » ? En prenant, en laissant le temps aux personnes concernées, avec leurs proches, de coucher leurs mots sur le papier. Quitte à les discuter avec elle, jusqu'à ce que l'accompagnement ainsi guidé, puisse s'organiser.

Et si l'on abordait à plusieurs moments différents, lors d'ateliers, de rencontres, de cafés, ce temps du mourir ?
Lors des apéros de la mort, Marie de Hennezel revient sur la thèse de son dernier livre *La mort sereine,* à savoir **la phase agonique**. **Elle s'étonne des idées fausses qui perdurent concernant les demandes, les décisions d'arrêts de l'hydratation et l'alimentation.** Ses réflexions s'appuient sur les observations de deux médecins gériatres (Dr Jean-Marie Gomas et Dr Bernard Pradines), sur des études internationales et sur l'accompagnement de plusieurs de ses proches. Il apparaît que chez le grand vieillard, le cerveau finit par désactiver les signaux de faim et de soif, marquant le consentement du corps au départ. L'expérience des deux médecins estime q**u'environ 10% des personnes accompagnées choisissent de suivre leurs sensations** jusqu'à demander et défendre une « **interruption volontaire de l'alimentation et de l'hydratation» .** Cette décision est consentie, ce chemin est délibérément choisi vers la mort. Les personnes ressentent et signifient sereinement que leur corps est prêt, qu'il est arrivé au bout. Elles se préparent à s'éteindre doucement comme une petite bougie, dans un consentement à mourir.

On est ici loin de la violence du suicide ou de la détresse du « syndrome de glissement », de l'abandon des personnes douloureuses, estime Marie de Hennezel. Elle qualifie cette interruption volontaire de manger et de boire comme un acte spirituel, volontaire, serein, doux, qui donne le temps de se dire au-revoir. Certain l'appelle mourir à l'indienne, d'autre à l'ancienne. Cet arrêt complet de l'alimentation et de l'hydratation se vit sans douleurs pour des personnes très âgées et amène au décès en quelques jours. Parfois la personne peut décider de se réhydrater (quelques gouttes d'eau, un petit carré de chocolat), alors un répit de quelques jours s'ajoute

.

Reste à respecter cette observation, ce choix : comment éviter l'acharnement thérapeutique liées aux peurs, aux réticences des soignants et des proches qui peuvent pousser à s'alimenter, à boire, à perfuser ? Comment repérer ce moment où, quand on approche une cuillère de sa bouche, la personne la refuse fermement ? Comment aider à accepter cette décision quand on sait la symbolique de la nourriture, du nourrissage ?

De l'importance du dialogue pour parler cette culpabilité.

De l'importance de l'observations et des évaluations cliniques fines, pluridisciplinaires, régulières, pour suivre le rythme de chaque personne, vérifier l'absence de douleur, de souffrance, afin de l'accompagner au mieux jusqu'au bout.

Et quand la mort arrive, l'accompagnement professionnel va continuer :

Avec la toilette mortuaire, dans le respect des rites demandés, en continuité des liens, des soins prodigués.

Avec des rituels pensés, partagés, proposés sans les imposer, avec les parties prenantes : les habitants (et le Conseil de la Vie sociale, CVS), les proches, les professionnels. Un livre d'or, une photo, une bougie, un affichage dédié jusque des suggestions comme une haie d'honneur personnalisée qui permet d'accompagner librement la sortie du corps par la grande porte.

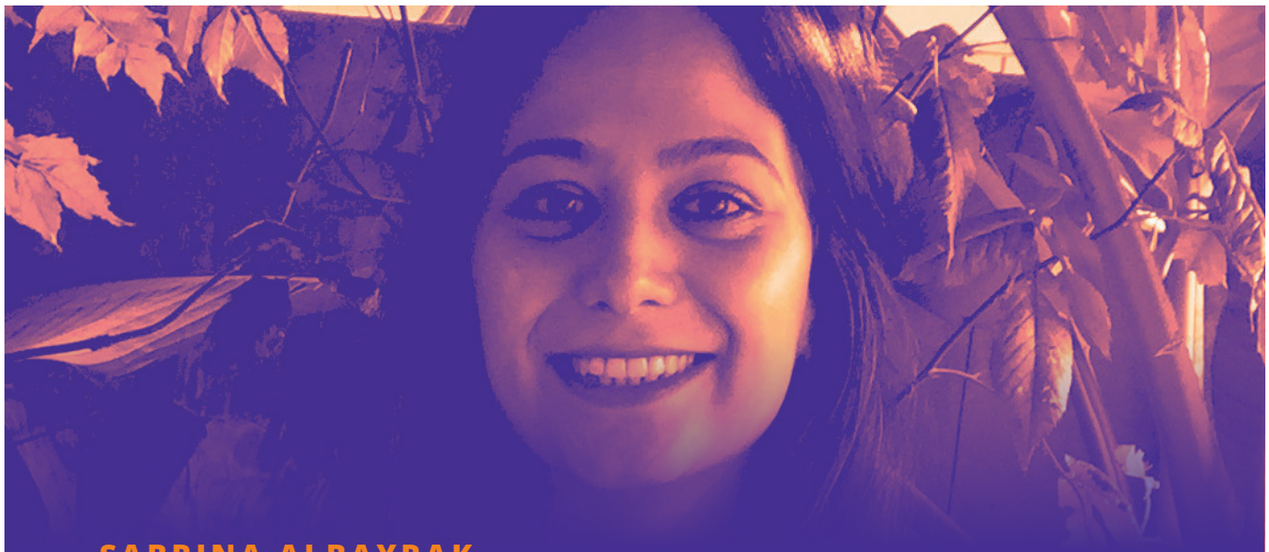
Des structures inventent aussi des **groupes de parole pour les endeuillés**, une carte/un support mémoriel sur la vie du défunt dans la maison, un lieu, un espace, une oeuvre mémorielle (jardin du souvenir) ...

Ces rituels pourront être amenés à évoluer au fil des années, avec l'acculturation progressive du tabou de la mort des différentes parties prenantes : personnes aidées, proches aidants, familles, professionnels en pluridisciplinarité.

Un magnifique projet de vie !

Marie de Hennezel est psychologue clinicienne, psychothérapeute et écrivaine française.
Auteure de *La mort intime* en 1995, *Nous voulons tous mourir dans la dignité* en 2013, *Croire aux forces de l'esprit* en 2016, *L'adieu interdit* en 2020 et récemment *La mort sereine* en 2026.

NOTES



SABRINA ALBAYRAK

LE TABOU DU DEUIL EN EHPAD : CE QUE RÉSIDENTS, FAMILLES ET PROFESSIONNELS SE CACHENT POUR SE PROTÉGER, CONSTATS ET SOLUTIONS QUI ÉMERGENT DES TERRAINS

RÉSUMÉ

En EHPAD, la mort fait partie du quotidien, environ 20 décès par an pour 100 résidents, pourtant elle demeure largement taboue. Résidents, familles et professionnels développent chacun leurs propres stratégies de protection : silence, non-dit, évitement. À partir des données de terrain recueillies par Arbitryum auprès de plus de 2000 résidents et de témoignages de professionnels et familles, cette intervention dresse un état des lieux de ce tabou partagé et présente des solutions concrètes déjà expérimentées en établissement (protocole d'annonce des décès, autel de commémoration, journée des mémoires) pour restituer à l'EHPAD sa place de lieu de vie jusqu'au bout de la vie.

Mots-clés : deuil, tabou, EHPAD, fin de vie, rituels, résidents, familles, professionnels.

En EHPAD, la mort fait partie du quotidien. En moyenne, un établissement de 100 résidents connaît une vingtaine de décès chaque année, et 79 % des décès surviennent désormais au sein même de la structure plutôt qu'à l'hôpital (DREES, Études et Résultats n° 1237 et n° 1351). Le deuil y est donc une affaire quotidienne des équipes. Et pourtant, il reste largement tabou, un tabou qui s'inscrit dans une histoire longue des rapports que nos sociétés entretiennent avec la mort.

L'historien Philippe Ariès (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident*, 1975 ; *L'Homme devant la mort*, 1977) racontait comment la mort a longtemps fait partie de la vie ordinaire, presque « apprivoisée » : on mourait chez soi, entouré des siens, et la communauté tout entière était associée à ce moment. Puis, au fil du XXe siècle, elle est devenue une « mort interdite » : reléguée hors du domicile, confiée à des professionnels, retirée du regard de tous. Le sociologue Norbert Elias (*La solitude des mourants*, 1982) a prolongé ce constat en s'attardant sur la solitude grandissante des mourants, isolés dans des lieux spécialisés, précisément au moment où ils auraient le plus besoin d'être entourés. L'EHPAD porte cet héritage : conçu comme un lieu de vie, il est devenu, pour beaucoup de ses résidents, le lieu où leur vie s'achève. Les professionnels également ont été témoins de ces mutations « Notre travail n'est plus le même aujourd'hui, il y a 20 ans les personnes qui entraient étaient beaucoup plus jeunes, notre métier n'est plus le même », déclare Virginie, aide-soignante depuis 40 ans.

Ce tabou ne se loge pas au même endroit selon qui l'on interroge, et diffère au sein d'une même catégorie d'acteurs. Les résidents, d'abord : sur 512 résidents interrogés par

Arbitryum en 2025, 55 % déclarent ne pas être informés du décès d'un autre résident, et 44 % d'entre eux souhaiteraient pourtant l'être. Les familles (560 personnes interrogées) évitent souvent le sujet pour se protéger elles-mêmes et estiment à 75 % qu'il ne faut pas parler de la mort en EHPAD et légitiment majoritairement cette position par « l'inutilité de créer de l'angoisse sur ce sujet ». Les professionnels qui sont en première ligne mais souvent démunis : « On ne sait pas ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on a le droit de dire, et à qui », résume une soignante, chacun invente alors sa propre posture, au prix d'une charge émotionnelle non reconnue.

De plus, le deuil ne débute pas nécessairement au moment du décès. La notion de deuil anticipé rappelle que l'entourage et parfois le résident lui-même peut commencer à faire son deuil dès les premiers signes de dégradation de l'état d'un proche, bien avant son décès effectif. Cette réalité interroge directement les pratiques d'information en EHPAD : si l'on informe rarement du décès d'un pair, informe-t-on davantage de la dégradation progressive d'un voisin de couloir, dont l'absence croissante aux repas ou aux animations est pourtant visible de tous ? Ne pas nommer ce qui se voit revient parfois à laisser les résidents faire seuls ce deuil qui, en réalité, a déjà commencé.
Ce tabou repose d'ailleurs sur une présomption rarement vérifiée : celle de la fragilité des résidents face à la nouvelle d'un décès. Or, interrogés directement, les résidents ne désignent pas la mort elle-même comme leur première source d'inquiétude : ce qui les blesse, ce sont davantage les silences qui l'entourent, une chambre vidée sans explication, des conversations qui s'interrompent à leur approche, un convoi organisé discrètement aux heures creuses. Ces cachoteries et murmures de couloir, perçus sans jamais être confirmés, nourrissent une angoisse parfois plus difficile à vivre que l'annonce elle-même : privés d'information claire, les résidents comblent le vide par leurs propres hypothèses. Le non-dit, loin de protéger, abîme alors la confiance envers l'équipe et le sentiment de sécurité au sein même de son lieu de vie.

Des postures structurelles variées peuvent être observées dans la gestion du moment du décès d'un établissement à l'autre en allant de l'enfermement des résidents dans leur chambre le temps de faire sortir discrètement le corps de la personne décédée, ou au contraire en organisant une haie d'honneur pour accompagner le défunt jusqu'à sa sortie. Entre protéger en cachant et honorer en présence, se pose une question rarement formulée : pourquoi l'arrivée d'un résident fait-elle si souvent l'objet d'un accueil ritualisé, visite des lieux, présentation à l'équipe, temps convivial d'intégration quand son départ reste, lui, largement passé sous silence ? Cette asymétrie entre l'entrée et la sortie dit beaucoup de ce que l'institution choisit de rendre visible : la vie qui commence dans l'établissement, davantage que celle qui s'y termine.

Face à cette présomption non vérifiée, l'une des solutions les plus structurantes reste aussi la plus simple : écouter directement les résidents sur leurs souhaits et leurs peurs, plutôt que de projeter sur eux nos propres représentations de ce qui serait bon pour eux. Chaque dispositif déployé sur le terrain part ainsi d'un même premier geste, interroger les résidents : souhaitent-ils être informés du décès d'un pair, souhaitent-ils avoir accès à un lieu de recueillement ? Et ce avant de construire quoi que ce soit. Ce déplacement du présupposé vers la parole recueillie change la nature de l'accompagnement : il ne s'agit plus de décider pour, mais avec.

Certaines solutions sont déjà expérimentées sur le terrain : un protocole d'annonce des décès, construit à partir des souhaits recueillis dans le projet d'accompagnement personnalisé, un autel de commémoration, une journée des mémoires annuelle pour faire vivre le souvenir et maintenir les liens avec les familles… À ces solutions s'ajoutent un référent d'accompagnement de fin de vie, un carnet du souvenir, et un soutien psychologique aux familles comme aux équipes.

Ces initiatives ont un point commun : elles ne cherchent pas à supprimer le tabou, mais à lui donner un cadre, là où il se gérait jusque-là dans l'improvisation, le non-dit et nos propres projections : de l'entrée bien préparée à la sortie enfin regardée, pour que l'EHPAD puisse pleinement s'assumer comme lieu de vie jusqu'au bout de la vie.

Docteure en Santé Publique et sociologue du vieillissement, **Sabrina Albayrak** est Présidente Directrice Générale et co-fondatrice d'Arbitryum, entreprise de l'ESS spécialisée dans l'évaluation de la qualité de vie en EHPAD. Elle développe depuis plusieurs années la méthodologie « Libre jusqu'au bout de sa vie », déployée auprès de plus de 200 établissements partenaires. Ses travaux portent sur le croisement des regards résidents, familles et professionnels pour objectiver les leviers de bientraitance, notamment autour du respect des libertés, de la qualité de vie, de la qualité de vie au travail et de la confiance des familles.



CHRISTINE TABUENCA

DES INM DE PLUS EN PLUS PRESCRITES MAIS LES FREINS POUR LA MISE EN ŒUVRE SONT NOMBREUX !

RÉSUMÉ

Les interventions non médicamenteuses (INM) occupent aujourd'hui une place croissante dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie d'Alzheimer et de leurs proches. Recommandées par les autorités de santé dans de nombreux pays, elles contribuent à préserver les capacités fonctionnelles, réduire certains troubles psycho-comportementaux, soutenir les aidants et améliorer la qualité de vie. Pourtant, malgré un niveau de preuve scientifique de plus en plus solide, leur mise en œuvre reste très inégale selon les territoires. Les professionnels, les personnes concernées et leurs familles se heurtent encore à de nombreux obstacles : manque d'information, difficultés d'accès, manque de professionnels formés, absence de financement ou encore insuffisante connaissance de ces approches.

Mots-clés : prescription, formation, financement, INM récréationnelle, INM thérapeutique.

Les interventions non médicamenteuses dans les maladies neurocognitives : identifier les freins à leur développement et à leur déploiement

Contexte

Les interventions non médicamenteuses (INM) occupent une place croissante dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie neurocognitive. Activité physique adaptée, stimulation cognitive, musicothérapie, réminiscence ou stimulation multisensorielle peuvent contribuer à préserver les capacités, favoriser le bien-être et améliorer la qualité de vie. Malgré cet intérêt croissant, leur intégration dans les parcours d'accompagnement demeure hétérogène.

Après avoir publié un guide en 2021 puis mis à jour en 2024, la fondation Médéric Alzheimer a mené une enquête auprès de 15 000 structures pour en connaître les pratiques et

établir une cartographie. Au regard de ces enseignements, la Fondation a développé un portail pour rendre plus lisible les INM, pour aider les professionnels à la mise en œuvre et à faire le bon choix en fonction des symptômes, pour se former et faire comprendre aux personnes malades et leur famille leur intérêt.

Objectif

Cette intervention vise à identifier les principaux freins au développement, à l'évaluation, à la reconnaissance et au déploiement des INM dans le champ des maladies neurocognitives, et à mettre en évidence les conditions nécessaires à leur diffusion dans les pratiques.

Méthode

La fondation Médéric Alzheimer a mené une enquête quantitative auprès de 15 000 structures pour en connaître les pratiques. Elle a porté sur plusieurs dimensions : définition et caractérisation des INM, niveau de preuve et modalités d'évaluation, formation et qualification des intervenants, prescription ou recommandation, financement et accessibilité, ainsi que cadre de mise en œuvre.

Résultats

Plusieurs freins ont été identifiés : forte hétérogénéité des interventions et de leurs modalités de mise en œuvre ; difficultés à standardiser leur évaluation ; données scientifiques encore inégalement disponibles selon les interventions ; manque de lisibilité pour les personnes, les aidants et les professionnels ; absence d'un cadre national homogène ; disparités dans la formation des intervenants ; et modalités de financement souvent fragmentées. Ces facteurs peuvent limiter le passage de résultats issus de la recherche à une diffusion effective dans les pratiques.

Pour illustrer cette enquête, nous nous appuierons sur une intervention non médicamenteuse : interventions assistées par l'animal. La littérature scientifique rapporte des bénéfices potentiels des interventions assistées par l'animal chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Ils concernent notamment : l'amélioration des interactions sociales et de la communication, la diminution de la dépression et de l'humeur dépressive , la réduction de l'agitation et de certains symptômes psychologiques et comportementaux , l'amélioration de la qualité de vie.

À ce jour, les données médico-économiques restent limitées. Toutefois, plusieurs auteurs suggèrent que ces interventions pourraient contribuer indirectement à diminuer le recours à certains traitements médicamenteux et à améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées ainsi que celle des professionnels et des aidants.

Conclusion

Le développement des INM ne repose pas uniquement sur la production de preuves d'efficacité. Il nécessite également de structurer les conditions de leur mise en œuvre, de leur financement et de leur accessibilité.

Références

- Fondation Médéric Alzheimer. Guide des Interventions Non Médicamenteuses (INM), édition 2024.

*- Johnson, A. et al. (2023). *Recommendations for Uniform Terminology in Animal-Assisted Services.**

*- Jegatheesan, B., et al. (2014, actualisé 2018). *IAHAIO Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for Wellness of Animals Involved in AAI.**

*- -Wesenberg, S., et al. (2019). *Effects of an Animal-Assisted Intervention on Social Behaviour, Emotions, and Behavioural and Psychological Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia.**

*- Friedmann, E., et al. (2014). *Evaluation of a Pet-Assisted Living Intervention for Improving Functional Status in Assisted Living Residents With Mild to Moderate Cognitive Impairment.**

Psychomotricienne de formation, titulaire d'un Master 2 en santé publique, **Christine Tabuenca** évolue depuis plus de 30 ans dans le champ des maladies neurodégénératives et depuis plusieurs années plus particulièrement sur Alzheimer.

Elle dirige aujourd'hui la Fondation Médéric Alzheimer, où elle pilote des travaux de recherche et d'innovation en sciences humaines et sociales. Son parcours l'a notamment conduite à développer une expertise sur les interventions non médicamenteuses et les questions d'habitat. Elle contribue à la production de connaissances et à l'expérimentation de nouvelles réponses.

NOTES



LÉA BADIN

INTERVENTIONS ASSISTÉES PAR LE CHEVAL ET MALADIE D'ALZHEIMER : QUELS IMPACTS SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ?

RÉSUMÉ

Face à l'enjeu majeur de santé publique que représente la maladie d'Alzheimer, cette étude a évalué les bénéfices de l'intervention assistée par les chevaux (IAC) sur la santé psychologique de personnes âgées résidant en EHPAD.

En comparant 74 participants répartis entre IAC, activité physique adaptée et groupe bénéficiant uniquement de leur soin courant, l'étude montre que les IAC réduisent les troubles psycho-comportementaux, améliorent la qualité de vie et diminuent légèrement les symptômes dépressifs, des effets absents dans les autres groupes. L'IAC semble ainsi être une intervention complémentaire prometteuse pour favoriser le bien-être et le confort quotidien de cette population.

Mots-clés : interventions assistées par le cheval, maladie d'Alzheimer, personnes âgée, santé psychologique.

Contexte :

Bien que les interventions assistées par le cheval *(IAC)* aient déjà démontré leur efficacité auprès de populations jeunes *(Borgi et al., 2016 ; So et al., 2017)*, leurs effets chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer *(MA)* restent encore à explorer. Cette étude vise à évaluer les bénéfices des IAC sur la santé psychologique des personnes âgées vivant avec une MA.

Méthodes :

Une étude non randomisée, contrôlée et multicentrique a été conduite dans 14 EHPAD de la Région Centre-Val de Loire. 74 personnes, ont été recrutées et réparties en 3 groupes : un groupe bénéficiant d'un programme d'IAC *(n=27)*, un groupe suivant un programme d'activités physiques adaptées *(APA, n=22)* et un groupe contrôle réalisant seulement ses activités quotidiennes *(GC, n=25)*. Les variables mesurées incluaient :

les troubles psycho-comportementaux, l'agitation, les symptômes dépressifs, la qualité de vie et le bien-être. Des tests de Wilcoxon ont été réalisés.

Résultats :
Les résultats révèlent une diminution significative des troubles psycho-comportementaux dès la 6ème semaine d'IAC *(W=173; p=.04)*, une amélioration de la qualité de vie *(W= 1; p= .001)* et une légère diminution des symptômes dépressifs *(W=141 ; p=.06)*. En revanche, aucun effet significatif n'a été observé pour les groupes APA et GC.

Discussion : Cette étude souligne les bénéfices des IAC sur la santé psychologique des personnes atteintes de MA, en parti attribuables à leur environnement enrichi *(Benaroya-Milshtein et al., 2004*). Les IAC se présentent ainsi comme une approche complémentaire pour améliorer le confort et la qualité de vie de cette population *(Badin et al., 2026)*.

Références :
1. Badin, L., & Bailly, N. (2026). Equine-Assisted Intervention and Alzheimer's Disease: A Non-randomized, Controlled, Multicenter Study. Journal of Applied Gerontology, 45(4), 655-664. https://doi.org/10.1177/07334648251351697
2. Benaroya-Milshtein, N., Hollander, N., Apter, A., Kukulansky, T., Raz, N., Wilf, A., Yaniv, I., & Pick, C. g. (2004). Environmental enrichment in mice decreases anxiety, attenuates stress responses and enhances natural killer cell activity. European Journal of Neuroscience, 20(5), 1341/1347. https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2004.03587.x
3. Borgi, M., Loliva, D., Cerino, S., Chiarotti, F., Venerosi, A., Bramini, M., Nonnis, E., Marcelli, M., Vinti, C., De Santis, C., Bisacco, F., Fagerlie, M., Frascarelli, M., & Cirulli, F. (2016). Effectiveness of a Standardized Equine-Assisted Therapy Program for Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental
Disorders, 46(1), 1-9. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2530-6
4. So, W. Y., Lee, S. Y., Park, Y., & Seo, D. I. (2017). Effects of 4 weeks of horseback riding on anxiety, depression, and self esteem in children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Men's Health, 13(2), e1-e7.

Léa BADIN, psychologue, docteur en psychologie (Université de Tours – 37) : « *Apports des Interventions Assistées par le cheval sur la santé des personnes âgées vivant avec une maladie d'Alzheimer en EHPAD* » sous la direction de la Pr. Bailly Nathalie, psychologue libéral.

NOTES



PATRICK DUCHEIN ET DR. CATHERINE FOUCOU

BIEN VIVRE ET BIEN VIEILLIR EN EMS C'EST AUSSI PRÉVENIR LE RISQUE INFECTIEUX

RÉSUMÉ

Dans les suites de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, de nouvelles approches de soin centrées sur le respect de la singularité du résident se développent en établissements médico-sociaux (EMS). Si ces démarches favorisent une prise en charge personnalisée, leur mise en œuvre peut parfois être contradictoire avec les recommandations de prévention et de contrôle de l'infection (PCI). Afin d'accompagner les Équipes Mobiles d'Hygiène (EMH) et les personnels encadrants des établissements, des fiches pratiques ont été élaborées.

Mots-clés : fiches pratiques, médiation animale, tenue professionnelle...

Dans les suites de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, de nouvelles approches de soin centrées sur le respect de la singularité du résident se développent en établissements médico-sociaux (EMS). Si ces démarches favorisent une prise en charge personnalisée, leur mise en œuvre peut parfois être contradictoire avec les recommandations de prévention et de contrôle de l'infection (PCI). Afin d'accompagner les Équipes Mobiles d'Hygiène (EMH) et les personnels encadrants des établissements, des fiches pratiques ont été élaborées.
L'objectif de ce travail est de proposer des solutions qui concilient et renforcent le lien entre des soins personnalisés et PCI en s'appuyant notamment sur le projet d'accueil personnalisé (PAP).
Elaborées par un groupe de travail composés de 4 EMH, de représentants du concept "Humanitude" coordonnés par le CPIAS Occitanie, 4 fiches sont à votre disposition.

Dans notre exposé nous en présenterons essentiellement 2. Les bénéfices physiques et psychologiques de la médiation animale pour les résidents ou les habitants d'EMS ne sont plus à démontrer. Cependant pour le bien-être des professionnels, des résidents et des animaux certaines règles sont à respecter. C'est le Dr Catherine FOUCOU qui nous donne les grands principes à respecter pour prévenir tout risque infectieux lié à cette activité.

L'autre sujet majeur est la tenue professionnelle loin de vouloir « sanitariser » les EMS la prévention du risque infectieux passe par le respect du port de la tenue en ESM.

Cette fiche donne des indications aux professionnels, personnels d'encadrements et directeurs pour orienter les choix de tenue d'apparence civile (ex : Teeshirt, polo et pantalon) que se soit sur le choix des textiles, leur entretien

et leur protection en cas d'exposition à des soins à risque de transmission d'agents pathogène.

Ces fiches offrent à la fois une lecture du bien vivre et du bien vieillir et de la prévention du risque infectieux

• **Fiche n 1 :** synthèse des concepts
https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2025/12/Fiche-1-La-Synthese-Guide-complet-Bien-vieillir-en-ESMS-cest-aussi-prevenir-et-controler-les-infections-Vdef.pdf

• **Fiche n 2 :** tenue professionnelle
https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2026/02/Fiche-2-La-Tenue-Professionnelle-Bien-vieillir-en-ESMS-cest-aussi-prevenir-et-controler-les-infections-Vdef.pdf

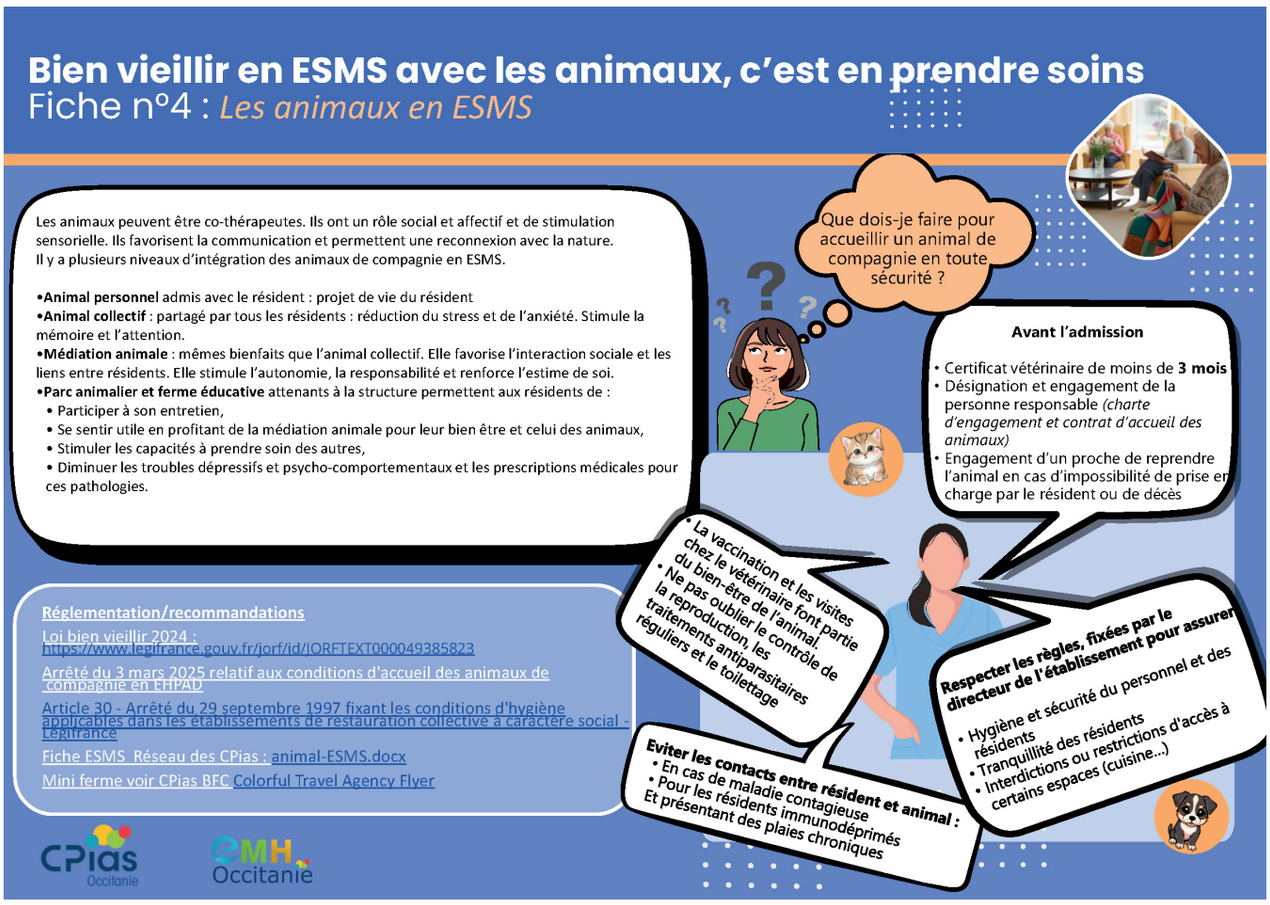
• **Fiche n 3 :** la toilette
https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2026/04/Fiche-3-La-toilette-Bien-vieillir-en-ESMS-cest-aussi-prevenir-et-controler-les-infections-Vdef.pdf

• **Fiche n 4 :** les animaux en ESMS
https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2025/12/Fiche-4-Les-animaux-Guide-complet-Bien-vieillir-en-ESMS-cest-aussi-prevenir-et-controler-les-infections-Vdef.pdf

Patrick DUCHEIN
Cadre de santé Hygiéniste au Centre de prévention des Infections Associé au soins (CPias) Occitanie Assistance , expertise , aide à la gestion d'épidémie et formation dans le domaine de la Prévention du Risque Infectieux (PRI).

Dr. Catherine FOUCOU praticienne hygiéniste au sein de L'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) de Lozère Assistance , expertise , aide à la gestion d'épidémie et formation dans le domaine de la Prévention du Risque Infectieux (PRI) en Etablissements Médico-sociaux.

Exemple : Fiche-4-Les-animaux-Guide-complet-Bien-vieillir-en-ESMS-cest-aussi-prevenir-et-controler-les-infections





CHRISTOPHE CREVIEAUX

L'AUTONOMIE ET LA PARTICIPATION DES SENIORS À L'ÉPREUVE DES FAITS

RÉSUMÉ

Le débat sur l'autodétermination des aînés s'est imposé, ces dernières années, comme un véritable trait culturel. Sur le papier, l'ambition fait consensus : permettre au résident de rester acteur de sa vie, de décider pour ce qui le concerne, de participer à la dynamique de la maison qui l'accueille. Sur le terrain, l'accompagnement de plusieurs établissements vers une culture participative invite à une lecture plus mesurée. L'autonomie ne se décrète pas. Elle ne s'obtient ni par la seule volonté d'une direction, ni par l'installation d'un comité de résidents : elle se construit, patiemment, contre des résistances qui traversent aussi bien l'organisation que les résidents eux-mêmes et leurs familles.

Mots-clés : autonomie, participation, culture participative, résistance au changement, familles.

Du côté de l'organisation, un premier frein tient à la nature même des maisons de retraite, structures encore largement inspirées par le modèle hospitalier, où la performance de soins se mesure trop souvent au nombre de toilettes réalisées par le ratio individu/toilettes accomplies en matinée. Quand l'attention se resserre sur le chiffre, il reste peu de place pour le temps relationnel, pour l'écoute d'un résident en légère désorientation avec qui il faudrait pourtant négocier plutôt qu'exécuter.
Le déséquilibre s'installe alors en faveur du professionnel : la dépendance du résident se mue insensiblement en soumission, et l'espace de « décision pour soi » devient celui de « la décision imposée par autrui ». Certains soignants, usés par une exposition répétée à la décrépitude et à la fin de vie, ne s'aperçoivent même plus que le geste ou la parole sonnent faux. D'autres, en toute bonne foi, invoquent le manque de temps pour justifier que le choix du menu, de la tenue du jour ou de l'heure du passage aux toilettes échappe au résident — alors que c'est précisément là, dans ces gestes basiques, que commence l'autodétermination.

Le déséquilibre n'est pourtant pas à sens unique.
Nombre de résidents, façonnés par leur histoire, leur statut social ou l'idée qu'ils se font de l'institution, ne souhaitent tout simplement pas d'une relation d'égal à égal avec une aide-soignante ou une dame d'entretien.
La logique du « client-roi », héritée de la société de consommation, vient parfois recouvrir celle de la participation : on réclame un service, on ne construit pas un projet commun. D'autres adoptent d'emblée une posture de dépendance, persuadés qu'en institution il faut « suivre la marche » comme à l'hôpital, ou redoutant que leur famille ne s'inquiète s'ils manifestent trop d'initiative. Quand la participation est sollicitée avant qu'un contexte relationnel favorable n'existe, elle se heurte à l'indifférence :
les résidents interrogés répondent que « tout va bien », que le personnel « fait déjà beaucoup », par empathie ou par résignation, avant de concentrer, quelques instants plus tard, toutes leurs revendications sur la qualité du pain ou de la sauce.

Les familles, enfin, ajoutent leur part de complexité : culpabilité de l'avoir confié à une institution, méconnaissance des habitudes de vie actuelles de leur parent, attentes parfois hôtelières qui s'accommodent mal de voir leur mère plier des serviettes avec ses voisines de chambre. Mais ces tensions ne se résolvent pas au cas par cas, par un supplément de communication ou de justification : elles ne s'apaisent durablement que lorsque l'organisation elle-même change de logique, lorsque la maison quitte la posture de prestataire de services pour celle de partenaire du projet de vie du senior. C'est l'évolution de la culture organisationnelle, et elle seule, qui rend possible un équilibre relationnel élargi aux résidents, aux équipes et aux familles.
Plusieurs expériences l'attestent. En Belgique, des maisons engagées dans cette évolution culturelle rapportent une diminution des plaintes et de la médication, une pénibilité du travail réduite et, avec elle, des familles qui deviennent progressivement parties prenantes de la vie de la maison plutôt que ses contrôleurs extérieurs. En France, un projet développé dans le cadre de la CNSA et portant sur davantage de participation tend à confirmer les résultats de l'expérience belge.

En guise de conclusion
L'expérience de terrain enseigne l'importance de réfléchir sur la systémique culturelle propre à chaque organisation pour garder l'humain au cœur de l'accompagnement en soins, comme acteur et non comme objet. Même lorsque la dépendance s'alourdit, la clef de voute de la dignité reste dans la possibilité de choix, peut-être exprimés et entendus dans un temps où tout allait bien, enregistrés dans les habitudes de la vie ensemble, parfois même interprétés de ce que l'on sait de l'autre, à partir de son regard et non de ce que veut la science ou l'efficience de la pratique.
L'autonomie des séniors n'est donc jamais facilement acquise ; elle se construit, se négocie et se réinvente chaque jour, sur un terrain traversé par les résistances de l'organisation, celles des résidents et celles de leurs proches. C'est précisément cette tension entre l'ambition affichée et les faits observés que cette communication se propose de mettre à l'épreuve.

Christophe Crévieaux, consultant en accompagnement du changement auprès des organisations médico-sociales, auteur de « Qualité de vie et culture participative en maisons de repos » (2026), aujourd'hui à la tête du groupe associatif Seniorissim.

LIVRE :
Qualité de vie et culture participative en Maisons de repos



SOPHIE DOREE

L'ART COMME APPROCHE NON MÉDICAMENTEUSE : CULTIVER LA RELATION, L'ÉMOTION ET LE POUVOIR D'AGIR.

RÉSUMÉ

Face aux défis du vieillissement, les approches non médicamenteuses occupent une place croissante dans les établissements médico-sociaux. Cette intervention propose d'explorer la contribution spécifique des projets artistiques portés par des artistes professionnels. Au-delà du divertissement, l'art constitue un puissant levier de relation, d'expression, d'estime de soi et de participation sociale. À travers des exemples concrets issus du terrain, seront présentés les bénéfices observés pour les résidents, les proches, les professionnels et les établissements, ainsi que des outils pratiques pour développer des projets artistiques de qualité.

Mots-clés : art et santé, approche non médicamenteuse, lieu de vie, qualité de vie, bientraitance, émotion, pouvoir d'agir, culture, vie sociale.

L'art comme approche non médicamenteuse : cultiver la relation, l'émotion et le pouvoir d'agir.
À tout âge et quelles que soient les fragilités rencontrées, chacun demeure un être sensible, capable d'émotions, de création, de partage et de relation. Dans les établissements médico-sociaux, préserver cette dimension profondément humaine constitue un enjeu majeur de bientraitance et de qualité de vie.

Dans cette perspective, les pratiques artistiques professionnelles représentent bien davantage qu'une activité récréative.
Elles constituent une véritable approche non médicamenteuse favorisant l'expression des émotions, la stimulation cognitive, l'estime de soi, la participation sociale et le maintien du lien avec les autres et avec le monde.
Elles offrent aux personnes âgées des espaces où elles peuvent encore choisir, ressentir, s'exprimer, transmettre et être reconnues pour ce qu'elles sont, bien au-delà de leur âge ou de leur état de santé.

À partir de l'expérience développée par l'association VIEILLISSONS auprès de milliers de personnes âgées accompagnées dans toute la France, cette intervention proposera un temps immersif permettant aux participants d'expérimenter eux-mêmes le pouvoir évocateur de l'art et sa capacité à susciter émotions, souvenirs et rencontres. Seront ensuite présentés les bénéfices observés des interventions artistiques professionnelles auprès des différentes parties prenantes :
• pour les personnes accompagnées : bien-être, expression, confiance en soi, engagement et sentiment d'utilité ;
• pour les proches : création de nouveaux espaces de rencontre et moments de partage ;
• pour les professionnels : évolution du regard porté sur les résidents, enrichissement des relations et renforcement du sens du travail ;
• pour les établissements : dynamisation de la vie sociale, ouverture sur le territoire et valorisation du projet d'accompagnement.

Enfin, un temps pratique permettra aux participants de repartir avec des ressources directement mobilisables : exemples de projets, facteurs clés de réussite, partenaires culturels, dispositifs de financement et pistes concrètes pour inscrire durablement des actions artistiques professionnelles dans le projet d'établissement.

Cette intervention vise à montrer que l'art, lorsqu'il est porté par des artistes professionnels et pensé comme un véritable projet d'accompagnement, constitue un puissant levier de bientraitance. En favorisant la relation, l'expression, la participation et la reconnaissance de chacun, il contribue à maintenir ce qui fait de nous des êtres profondément humains, jusqu'au bout de la vie.

Directrice des opérations de l'association nationale VIEILLISSONS, **Sophie Dorée** développe et coordonne des projets artistiques et culturels en EHPAD, résidences autonomie et structures médico-sociales. Elle accompagne chaque année plus de 80 artistes professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Experte en ingénierie de projets, évaluation d'impact et développement de partenariats, elle œuvre à faire reconnaître l'accès à la culture comme un facteur de qualité de vie, de lien social et de bientraitance.

NOTES



ERIC DAMAREY

ET SI LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES, VÉRITABLES VILLAGES GAULOIS, S'OUVRAIENT AUX RESSOURCES DE LEUR TERRITOIRE ?

RÉSUMÉ

Un établissement ou service social et médico-social est souvent un village gaulois, fermé sur lui-même qui prend le risque de ne plus respirer.

Et si la structure ouvre ses portes aux familles, aux bénévoles, aux écoles, au numérique, aux soignants extérieurs, aux institutions, au quartier, aux stagiaires, au spirituel, aux médias... Il retisse alors ce que la dépendance abîme le plus souvent en premier : le lien.

Les regards, les énergies, les ressources du territoire lui donnent de l'air, du souffle, des pistes pour éviter les risques du huis-clos

Mots-clés : ouvertures, ressources, territoires, établissements, services, village gaulois

Je vous invite à vous plonger dans le village gaulois qui a refusé de se laisser encercler par le silence et l'isolement. Son chef, Mieuxacompagnix, avait compris une chose que ses ancêtres ignoraient : la potion magique ne suffit pas pour bien vieillir. Il faut aussi laisser entrer le monde extérieur. Son druide-coordonnateur, Diagnostix, lui avait proposé de regarder autour du village les camps romains.

Ce ne sera pas qu'un simple clin d'œil à Astérix. C'est, avec un peu d'humour, sans doute, une présentation de ce que l'Humanitude répète depuis quarante ans : une personne âgée, même très dépendante, reste avant tout un être humain, un citoyen à part entière, jusqu'au dernier jour de sa vie.
Les cinq piliers de l'Humanitude se retrouvent, sans difficultés, dans le banquet final :

• Le regard : être vu, pas juste croisé dans un couloir.
• La parole : quelqu'un qui prend le temps d'écouter une histoire, même racontée pour la centième fois.
• Le toucher : pas seulement le geste technique d'un soin.
• La verticalité : au sens propre (rester debout, rester mobile) comme au sens figuré : rester debout dans sa dignité, dans son statut de citoyen, pas allongé dans le statut de patient.
• Et surtout...l'ouverture

Un établissement qui reste fermé sur lui-même, aussi bien intentionné soit-il, prend le risque de ne soigner que le corps. Un établissement qui ouvre ses portes aux familles, aux bénévoles, aux écoles, au numérique, aux soignants extérieurs, aux institutions, au quartier, aux stagiaires, au spirituel, aux médias,... retisse ce que la dépendance abîme le plus souvent en premier : le lien.

Aucune bataille n'est à gagner contre personne.
Mais les droits sont à défendre contre vents et marées.
Et, surtout, le droit, pour chacun de ses habitants, de ses personnes accompagnées, d'avoir un lieu de vie qui soit un lieu vivant, pas un dernier rempart, mais un lieu ouvert sur le monde.

Eric Damarey, président de l'association Bien-Etre à Hazebrouck dont le SAD (Service autonomie à domicile) est labellisé Humanitude.

NOTES



ATANASE PERIFAN

DU VOISINAGE À LA SOLIDARITÉ : RETISSER LES LIENS DE PROXIMITÉ

RÉSUMÉ

La bientraitance se joue aussi dans la qualité des liens qui entourent chacun au quotidien. À partir de l'expérience de la Fête des Voisins et de L'Heure Civique, Atanase Périfan montrera comment créer des occasions simples de rencontre puis transformer cette convivialité en entraide concrète et durable. Une attention, une visite, une course, un coup de main ou une heure donnée peuvent prévenir l'isolement, redonner à chacun une place utile et compléter l'action des professionnels et des associations. L'enjeu : faire de la solidarité de proximité un réflexe collectif, à l'échelle de l'immeuble, du quartier ou de la commune..

Mots-clés : solidarités de proximité voisinage, lien social, isolement, engagement citoyen, fête des Voisins, Heure Civique.

La solidarité de proximité part d'une idée simple :
le premier réseau d'entraide est souvent déjà là, autour de nous. Un voisin que l'on connaît, une personne âgée que l'on salue, un habitant qui peut donner un peu de temps. Encore faut-il créer les occasions de se rencontrer et rendre l'engagement suffisamment simple pour que chacun puisse y prendre part.

C'est le sens de la Fête des Voisins, créée par Atanase Périfan en 1999 : provoquer une première rencontre, faire tomber les barrières de l'anonymat et recréer une relation là où l'on ne faisait parfois que se croiser.
Mais la convivialité d'un soir n'est qu'un point de départ. L'enjeu est de transformer cette rencontre en habitudes d'attention et d'entraide tout au long de l'année.

L'Heure Civique prolonge cette logique en proposant un engagement accessible : donner une heure par mois, ou davantage, pour aider un voisin, une association ou sa commune. Courses pour une personne qui se déplace difficilement, accompagnement dans une démarche, visite à une personne isolée, petit service du quotidien :
ces gestes modestes peuvent avoir un effet très concret sur la qualité de vie et le sentiment d'appartenance.

Dans le champ de la bientraitance, cette mobilisation des habitants ne se substitue ni aux proches, ni aux associations, ni aux professionnels. Elle crée autour des personnes un environnement relationnel plus dense et plus attentif. Elle permet aussi à ceux qui aident de se sentir utiles et de reprendre prise sur leur quartier. La relation devient alors une ressource à part entière.

À travers ces deux expériences, l'intervention montrera comment les collectivités, les établissements, les associations et les citoyens peuvent créer des environnements favorables à l'entraide. Le défi n'est pas seulement de susciter la générosité : il est de lui donner des occasions simples de s'exprimer, pour que personne ne soit condamné à l'isolement et que la solidarité redevienne une pratique ordinaire du quotidien.

Créateur de la Fête des Voisins en 1999, **Atanase Périfan** est fondateur de Voisins Solidaires.
Il est à l'initiative de L'Heure Civique, qui invite chacun à donner une heure par mois pour une action de solidarité de proximité.
Il est également adjoint au maire du 17e arrondissement de Paris, chargé de la mobilisation solidaire et de L'Heure Civique.

NOTES

agevillage

Le site d'infos des seniors et des aidants

Agevillage.com : des milliers de ressources en ligne gratuites pour enrichir votre politique de soutien aux aidants

Pour vos espaces familles, café des aidants, documents CVS…

Comment trouver sa place quand son proche entre en Ehpad ?

Quels sont les droits et les devoirs de chacun en établissement ?

Comment continuer à aider sans s'épuiser ?

Pour répondre à ces questions – et bien d'autres – agevillage informe et outille les aidants depuis 26 ans.

Mais aussi les établissements et les services, pour répondre aux exigences du critère 1.11.2 du référentiel HAS :
les professionnels informent, orientent et/ou accompagnent l'entourage vers les dispositifs de prévention, de soutien et de répit existants.



A vous de jouer !

- **Aides financières**
- **Lieux de vie**
- **Fiches maladies**
- **Solutions de répit**
- **CVS**
- **Conseils pour mieux accompagner un proche malade**

Flashez ce QR CODE pour accéder au site

FORMATION RÉFÉRENT HUMANITUDE



Devenez un acteur clé de la démarche projet Humanitude

PROGRAMME

Philosophie de l'Humanitude®

• Le professionnalisme et les spécificités du prendre-soin de l'être humain

Étude et objectifs des toilettes

• La réhabilitation de l'adulte âgé, handicapé ou fragilisé

La toilette évaluative et prescrite

• La classification Gineste-Marescotti des personnes aidées
• La mobilisation et la verticalisation (Vivre et Mourir Debout®)

Évaluation

• Outils d'évaluation en Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®

Démarche de projet

• Faire évoluer les pratiques vers les 5 principes de l'Humanitude
• Pérennisation : mise en place des projets, indicateurs et suivi

La Manutention relationnelle®

• La manutention relationnelle® comme acte de soin et de retour à la santé
• Techniques de verticalisation, d'aide à la marche
• Principes d'actions, de sécurité et d'évaluation
• Prévention des rétractions
• Positions spécifiques en Méthodologie de soin Gineste-Marescotti® (canoë, toboggan)

Vous avez choisi la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti® , dite Humanitude®, pour répondre à votre projet d'établissement ou de service.

Le référent Humanitude est un pilier opérationnel au service de la réalisation de votre projet Humanitude.

Cette formation permet d'approfondir la méthodologie de soin Gineste-Marescotti pour devenir une personne ressource de la démarche Humanitude.

Vous serez en mesure de contribuer à sa pérennisation en participant aux projets du groupe de pilotage, en animant des ateliers et en assurant le compagnonnage des professionnels.

DATES ET LIEUX DES FORMATIONS EN 2027

Cette formation individuelle se déroule en 2 modules de 5 jours (70 heures).

GROUPE 1 : Régions Bretagne / Normandie

Rennes (35)
Semaine 2 : du 11 au 15 janvier
Semaine 6 : du 8 au 12 février

GROUPE 2 : Région Ile de France

Cachan (94)
Semaine 11 : du 15 au 19 mars
Semaine 16 : du 19 au 23 avril

GROUPE 3 : Région Grand Est

Colmar (68)
Semaine 21 : du 24 au 28 mai
Semaine 25 : du 21 au 25 juin

GROUPE 4 : Régions Occitanie / Aquitaine

Albi (81)
Semaine 21 : du 24 au 28 mai
Semaine 25 : du 21 au 25 juin

GROUPE 5 : Régions Nord /Belgique / Luxembourg

Valenciennes (59)
Semaine 37 : du 13 au 17 septembre
Semaine 41 : du 11 au 15 octobre

GROUPE 6 : Régions Rhône-Alpes / PACA

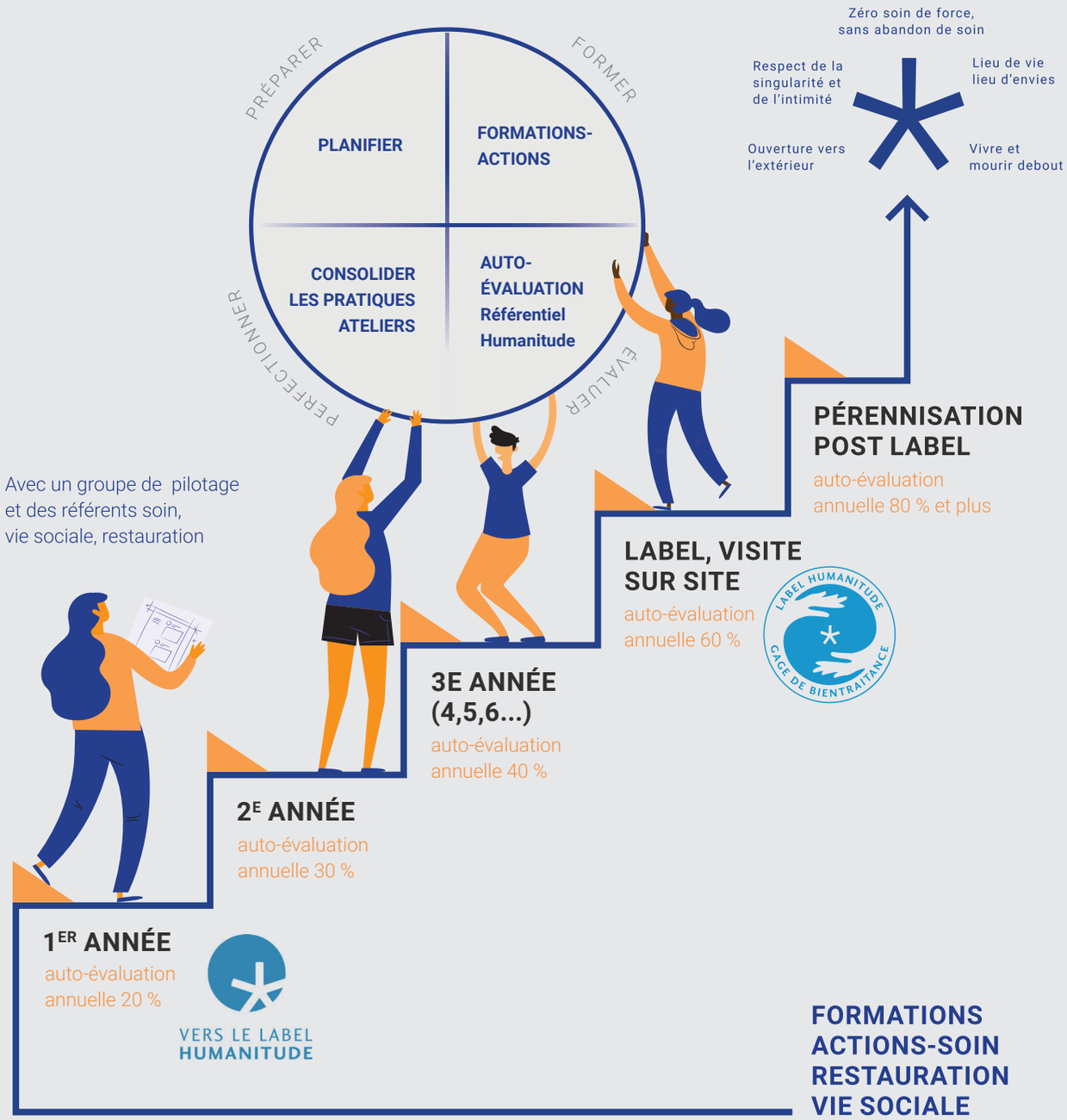
Lyon (69)
Semaine 46 : du 15 au 19 novembre
Semaine 50 : du 13 au 17 décembre

Renseignement et programme :
École Humanitude - 06 16 89 32 64
instructeurs@humanitude.fr

humanitude
FORMATIONS

Une philosophie de soin basée sur la relation

150 techniques et outils concrets d'application



www.humanitude.fr

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

CETTE ANNÉE, RETROUVEZ LE QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DIRECTEMENT EN LIGNE.



19e COLLOQUE

APPROCHES NON-MEDICAMENTEUSES

CONFÉRENCES & ATELIERS PRATICO-PRATIQUES

QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

humanitude

agevillagepro
Le site d'infos des professionnels du Bien-Vieillir