



# LA MÉTHODOLOGIE DE SOIN GINESTE-MARESCOTTI® DITE « HUMANITUDE »

*Expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer*

LAURENCE LUQUEL

DIRECTRICE MÉDICALE  
HÔPITAL PRIVÉ GÉRIATRIQUE « LES MAGNOLIAS », BALLAINVILLIERS

*La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® dite « Humanitude » repositionne le soin gériatrique dans sa dimension du prendre soin. Les techniques de soins basées sur la capture sensorielle maîtrisées par les soignants préviennent la maltraitance passive liée aux actes de soin et redonnent du sens à l'action du soignant par l'acquisition de compétence spécifique. La mise en place de cette méthodologie au sein d'une unité spécifique Alzheimer d'un hôpital gériatrique a permis de construire un projet de service basé sur les valeurs de l'éthique du care, considérant le patient Alzheimer vulnérable comme acteur de sa prise en soin.*

GINESTE-MARESCOTTI CARE METHODOLOGY KNOWN AS  
"HUMANITUDE"

The Gineste-Marescotti care methodology known as "Humanitude" repositions geriatric care in its own dimension of caring. Care techniques based on sensory capture and mastered by nursing staff prevent passive maltreatment related to the act of caring and give back meaning to carers' actions through the acquisition of specific competence. Setting up this methodology within a specific Alzheimer unit of a geriatric hospital has allowed the conception of a service project based on the ethical values of care. It considers that vulnerable Alzheimer patients have a role to play in their own treatment.

Cet article est dédié à l'équipe soignante de l'USA de l'HPGM, qui accompagne au quotidien avec la plus grande empathie, les malades Alzheimer.

## QU'EST-CE QUE LE SOIN GÉRIATRIQUE?

---

Le soin du patient gériatrique en institution est difficile et complexe, du fait de l'intrication de la polypathologie, de la perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, des comportements d'agitation pathologique, de la grabatisation et de l'approche de la mort.

La souffrance des patients, des familles et des soignants doit être prise en compte pour promouvoir un accompagnement de qualité. La stratégie exclusive d'approche par pathologie médicale chez une personne âgée présentant une fragilité multidimensionnelle (émotionnelle, cognitive, motrice et environnementale) ne répond pas au projet de soins gérontologique dont l'objectif principal est de ne pas aggraver la perte d'autonomie. On peut postuler qu'opposer soin curatif et soin d'accompagnement n'a pas grand sens. Tout soin doit comporter la double préoccupation : peut-on guérir le malade ? Et en attendant peut-on le soulager ? Ce qui après tout ne devrait être qu'une banalité... Or les structures de soins gériatriques produisent des grabataires...

Dans la culture anglo-saxonne, soigner a deux sens : *cure* et *care* pour introduire l'éthique dans le soin. *Cure* (de l'anglais *to cure* : soigner, dans le sens donner des soins) correspond aux soins curatifs avec un objectif de guérison et *care* (de l'anglais *to take care of* : s'occuper de) désigne toutes les interventions de support visant à assurer le confort du malade. La première démarche a pour objet la maladie, la seconde pour objet le sujet. Dans le contexte du vieillissement et du très grand âge, le *care* est destiné à optimiser la réponse à des besoins ou à une demande de soin et vise à améliorer la qualité de vie. Il s'agit d'une démarche de soins globale centrée sur la personne sujet et non objet de soin. La finalité des soins est adaptative, donnant lieu à une culture soignante se traduisant sur le plan organisationnel par une dynamique de travail défendant l'approche globale. La finalité de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® est de mettre en place les pratiques du *care* respectant la personne soignée et valorisant le travail des soignants.

L'objectif de cet article est de présenter la philosophie de « l'Humanitude », concept développé par Yves Gineste et Rosette Marescotti et son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer (USA)

---

de soins de longue durée accueillant des patients Alzheimer à un stade sévère de la maladie.

## **LA PHILOSOPHIE DE «L'HUMANITUDE» AU SERVICE DU SOIN BIEN TRAITANT EN INSTITUTION GÉRIATRIQUE**

---

La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® repose sur des techniques de communication permettant de prévenir, lors des soins chez les personnes atteintes de syndromes démentiels, certains troubles du comportement dénommés Comportements d'Agitation Pathologique (CAP) par les auteurs. Les CAP consistent en une agitation verbale (cris, insultes...) ou/et une opposition physique (coups, morsures, griffures). Ces comportements, interprétés comme agressifs par les professionnels ou l'entourage familial, sont le plus souvent défensifs: la personne dont les facultés cognitives sont altérées ne parvient plus à comprendre la situation de soin, à reconnaître le soignant et à supporter ce qu'elle vit mentalement. Les patients Alzheimer, en situation de vulnérabilité, sont émotionnellement et relationnellement «hyper-réactifs» avec l'environnement. Les actes de soin seront perçus comme des agressions: la saisie «en pince», par exemple, consistant à prendre la personne par le bras, en entourant le poignet par notre main; rester debout quand la personne est assise, donc la regarder de «haut»; les actes techniques infirmiers et la toilette au lit. Les outils et les techniques développées dans la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® reposent sur une prise en soin fondée sur le concept «d'Humanitude» (Gineste, 2008).

«L'Humanitude» se définit par *«l'ensemble des éléments qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine et qui font qu'on reconnaît un autre humain comme appartenant à la même espèce que nous»* (Gineste, 2007).

La personne est en humanité grâce aux trois canaux sensoriels que sont le regard, la parole et le toucher. La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® utilise ces canaux, **pilliers de la communication**, pour gérer les périodes d'agitation et d'opposition du patient dans le respect de l'individu.

...

...

## LE REGARD

Quatre caractéristiques de regards permettent de déclencher des ressentis émotionnels positifs : **regard axial, horizontal, long et proche**. A l'inverse, les regards *verticaux, de travers, fuyants et distants* sont très mal vécus par la personne soignée. Si un soignant rentrant dans une chambre pour faire une toilette, arrive par le côté du lit où le patient est allongé, son regard risque d'être vertical, de travers, rapide, voire totalement absent, car le syndrome démentiel à un stade évolué génère une vision en tunnel (les informations visuelles provenant de la périphérie ne sont plus traitées). Professionnaliser le regard consiste donc à repenser les situations habituelles de prendre soin pour multiplier les regards et favoriser des regards axiaux, horizontaux, longs et proches : par exemple, arriver face au regard en général par le pied de lit et non du côté des barrières de lit ; se mettre très rapidement à la hauteur de la personne, et le plus en face possible, pour l'aide au repas. Selon les auteurs, les techniques du « savoir regarder » sont acquises par les soignants en un mois de pratique.

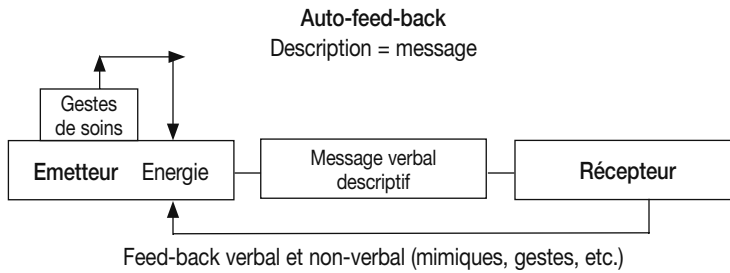
## LA PAROLE

La communication humaine obéit à certaines règles, parmi lesquelles celle du *feed-back*. Lorsqu'un émetteur (un soignant) envoie un message verbal (par exemple « bonjour »), vers un récepteur (le patient), il reçoit une réponse verbale ou non verbale en retour (le *feed-back*), cet échange permettant de continuer à communiquer. En l'absence de *feed-back*, l'émetteur devient silencieux et le silence du soignant risque d'être interprété par le patient comme un signe d'indifférence, voire de malveillance. Une étude de terrain réalisé par Yves Gineste a permis de calculer que le temps consacré à la communication verbale par les soignants en direction d'un patient grabataire n'excédait pas 120 secondes par 24 heures (Azema, 2006). Le concept « d'Humanitude » est basé sur la méthode de l'*auto-feed-back*. L'absence de *feed-back* verbal impose au soignant d'annoncer et de décrire tous les gestes de soin : expliquer avant de faire, expliquer en le faisant. Les auteurs de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® recommandent les préliminaires suivants lors de la toilette : « *Madame, je vous lave le bras* (prédicatif). *Je vous soulève le bras, c'est le bras gauche. Je vous savonne le dessus de la main, la paume, je vous lave l'avant-bras, je vous le lève* (descriptif)... La technique du « savoir parler » demande un apprentissage de trois mois.

---

## Schéma de communication «Auto-feed-back»

---



Communications et études corporelles (CEC, 2005).

---

## LE TOUCHER

Après avoir regardé et parlé, le toucher vient conclure la mise en relation. Le toucher de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® repose sur quatre grands aspects associés à des techniques de manutention et de mobilisation :

- le toucher professionnel (saisie en berceau permettant d'éviter la saisie en pince; techniques de manutention permettant de mieux répartir la pression exercée sur la personne...);
- le toucher progressif (travail sur la progressivité du toucher, sur les schémas corporels, afin de ne pas toucher d'abord les zones sensibles, intimes, douloureuses...);
- le toucher permanent (travail sur la permanence du toucher durant la totalité du temps du soin);
- le toucher pacifiant (utilisation de manières spécifiques du toucher: en particulier, un toucher doux et vaste, c'est-à-dire avec des gestes parcourant de grandes parties du corps de la personne d'un seul mouvement).
- l'apprentissage du toucher professionnel demande un an pour arrêter de se servir de son pouce comme d'une pince.

Le temps du soin, pendant lequel ces techniques sont utilisées, peut être divisé en trois parties :

● **Les préliminaires au soin**: d'une durée de 20 secondes à 2 minutes, ils permettent d'obtenir le consentement ou l'assentiment au soin, sous forme verbale ou non verbale. Si après 2 minutes, le soin n'est pas consenti, il est simplement reporté. Techniquement, les préliminaires sont composés d'une approche «en tunnel», regard dans les yeux, proche, long, axial et horizontal. Dans les secondes suivant l'accroche du regard, la parole

permet de pacifier le contact : voix douce, mots positifs. Le toucher est alors proposé mais non imposé s'il est refusé.

● **Le rebouclage sensoriel** : il caractérise les techniques et le déroulement du soin et décrit l'état de relâchement tonique obtenu par le fait qu'au moins deux entrées sensorielles (regard-toucher, regard-parole, parole-toucher; l'idéal étant de maintenir en permanence les trois) portent le même message : calme et douceur.

● **La consolidation émotionnelle** : elle termine le soin et le soignant exprime explicitement que le soin s'est bien passé. L'objectif est de profiter de la mémoire émotionnelle, que les syndromes démentiels n'altèrent pas comme d'autres mémoires, pour effectuer un marquage de reconnaissance en *feeling* positif (Gineste, 2008).

La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® remet en cause la culture soignante avec la prédominance du *cure* sur le *care*. Ce premier changement de regard est essentiel. Il modifie en profondeur l'approche soignante et ouvre le champ à une nouvelle manière de concevoir et d'ajuster les soins. Pour la plupart des patients considérés auparavant comme grabataires et soignés couchés, il permet de proposer des soins debout, avec ou sans aide d'appareils, contribuant ainsi à ce que la personne, en utilisant ses capacités restantes, retrouve sa dignité. La verticalité du patient lors de la toilette ou «le prendre-soin debout» permet de prévenir le syndrome de régression psychomotrice. La très grande majorité des résidents peut être accompagnée debout, au moins 20 minutes par jour, durée minimale, hors pathologies spécifiques, pour prévenir la grabatisation (Gineste, 2007). La finalité des soins est adaptative, se traduisant par une dynamique et une organisation de travail fondées sur une approche globale. Les interventions ont pour objectif d'améliorer les capacités restantes des patients, le comportement et l'affect et d'ajuster l'environnement. La souffrance des patients, des familles et des soignants est ainsi reconnue et accompagnée.

Les techniques de la méthodologie redonnent du sens à l'action du soignant par l'acquisition de compétence spécifique non acquise lors de la formation professionnelle initiale. Cette approche vise également à la valorisation du travail du soignant, elle modifie ses attitudes afin de s'inscrire dans une éthique de la relation. Appliquée au Québec dans l'ensemble des institutions accueillant

---

des personnes âgées dans le cadre d'un programme ministériel de formation, la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® a permis une diminution de 90% des troubles du comportement, de 60% des grabatisations, et de 50% des arrêts maladies des personnels travaillant auprès de ces patients. Une étude réalisée chez 111 patientes Alzheimer vivant en institution, a montré que 83% des soins habituellement difficiles lors de la réalisation de toilette, sont améliorés de façon importante ou très importante par la formation à la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® (Successful Aging Database, 2008).

## **L'UNITÉ SPÉCIFIQUE ALZHEIMER (USA) DE L'HPGM : UN PROJET DE VIE HUMANISTE SOUS-TENDU PAR LA MISE EN PLACE DE LA MÉTHODOLOGIE GINESTE-MARESCOTTI®**

---

L'Unité spécifique Alzheimer de l'HPGM est une unité de soins longue durée, dédiée à 22 patients Alzheimer ou maladies apparentées dépassant les capacités des structures d'hébergement «classiques» du fait de troubles de comportements productifs (agitation motrice et verbale, délire, hallucinations, conduites hétéro ou auto-agressives...). Ces troubles nécessitent un projet de service adapté en termes architectural basé sur la sécurisation de l'environnement et en termes d'organisation des soins. Ce projet a été progressivement mis en place, à partir de 2005, porté par le binôme médecin-cadre, partageant une éthique des soins positionnant le patient âgé comme acteur de sa prise en charge.

### **LA COMPLEXITÉ DU SOIN ALZHEIMER**

La justification de la démarche d'amélioration des pratiques de soins était justifiée pour lever les difficultés inhérentes à la spécificité du soin Alzheimer en institution.

### **LES SITUATIONS DE CRISE ET LEUR GESTION**

Les situations de crise peuvent être dues à l'évolution de la maladie, à l'incompréhension des soignants ou de la famille ou à la compétence insuffisante dans la spécificité du soin Alzheimer des intervenants. Elles se manifestent par des troubles du comportement difficilement gérables et souvent incompatibles avec la vie en collectivité. En effet, la crise se répercute sur les autres résidents et augmente le fardeau des soignants.

## **LA CONSTRUCTION D'UN CONTRAT DE SOIN AVEC UN PATIENT AYANT UNE COMMUNICATION VERBALE LIMITÉE**

Comme toute unité de soins de longue durée, l'USA avait tenté de mettre en place un projet de service. L'équipe s'était alors heurtée à la difficulté d'analyse des besoins et souhaits des patients, ayant une communication verbale limitée.

La mise en place du contrat de soins passé entre le médecin et le patient est inapplicable en raison de l'atteinte cognitive. Le contrat doit être élargi, devenant un contrat de confiance, non plus entre deux personnes uniquement, mais entre un patient entouré de sa famille et le médecin entouré de l'équipe soignante.

Le projet de soin s'adressant à une personne particulièrement vulnérable, s'appuie sur une réflexion éthique notamment dans les décisions difficiles comme le consentement aux soins, le juste soin par opposition à l'obstination déraisonnable, les contentions physiques ou chimiques, l'institution en milieu fermé pour limiter le risque d'errance, la fin de vie. Il doit préserver au maximum l'autonomie de décision de la personne recevant les soins, et les acteurs impliqués ou affectés par ces choix qui comportent des risques avec incertitude sur les résultats des actions entreprises. Le projet de soins doit être le garant non seulement du droit de vivre, mais aussi de celui de «vivre avec les autres». Même s'il est difficile de définir la qualité de vie pour quelqu'un d'autre, il est fondamental de repérer et d'identifier les réactions émotionnelles du patient, qui guident l'évaluation de la qualité des conditions de vie qui lui sont proposées.

## **LA COEXISTENCE DE DEUX LOGIQUES CONFLICTUELLES : SINGULARITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET VIE EN COLLECTIVITÉ**

L'organisation de l'USA était fortement inspirée de l'organisation des soins prévalant en unité d'hospitalisation classique. Les horaires des actes de la vie quotidienne (lever, repas, toilette, coucher...) et les soins ne tenaient pas compte du consentement du patient.

En effet, le patient Alzheimer peut, en fonction de l'attitude des soignants, vivre ses actes de la vie quotidienne comme des agressions alors même que, différés dans le temps, le consentement du patient pourrait être recueilli. Pour résoudre ce type de conflit, des

---

solutions pharmacologiques avaient été trouvées engendrant plus de risques que de bénéfices pour le patient.

### **L'USURE PROFESSIONNELLE DES SOIGNANTS**

L'exercice soignant en USA est un secteur d'activité peu valorisé et le syndrome d'épuisement professionnel y est fréquent. Le « burn-out » comporte trois dimensions fondamentales : l'épuisement professionnel physique et psychique, la déshumanisation de la relation à l'autre et la diminution de l'accomplissement personnel. Les soignants ont parfois le sentiment de faire des choses qu'ils ne devraient pas faire, par manque de temps et surtout de connaissance de la maladie et de techniques adaptées à la gestion des états de crise. Face à ces difficultés, l'absentéisme et le *turn-over* de l'équipe soignante étaient importants (17 départs de l'USA entre 2000 et 2004 pour un effectif de 14 soignants).

### **LES CONFLITS AVEC LES FAMILLES**

L'entrée à l'USA est souvent vécue comme un échec par les familles qui laissent leurs proches dans cette unité fermée suite à l'impossibilité de poursuivre le maintien à domicile. La souffrance des familles est souvent vécue par les soignants comme une intrusion dans le soin et les familles étaient considérées par les soignants comme difficiles et insatisfaites, en remettant leur savoir-faire.

### **STRATÉGIES DE MISE EN PLACE DE LA MÉTHODOLOGIE DE SOIN GINESTE-MARESCOTTI® À L'USA**

La mise en place de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® et de la philosophie dite « Humanitude » au sein de l'USA a été un des axes forts du projet de service pour améliorer les conditions de vie des patients et de leur famille et le travail des soignants. Le management participatif est le pré-requis à l'implantation de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®. Ce mode d'animation et de conduite des individus et des équipes suscite leur engagement et leur contribution à l'innovation permanente.

En cohérence avec les objectifs de l'institution, il s'appuie sur la prise en compte des attentes et des aspirations des membres du personnel. La communication, le dialogue et la délégation font partie intégrante de ce mode de management. Il permet de fédérer l'équipe autour de l'objectif du prendre soin, fil conducteur de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.

Entre 2005 et 2007, l'ensemble de l'équipe soignante été formée à la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® avec identification de référent « Humanitude » garant de la pérennisation de l'implantation de la méthode et de la maîtrise des techniques de capture sensorielle. La philosophie « Humanitude » a radicalement modifié la culture soignante en privilégiant le soin « adaptatif » respectant la singularité du patient soigné sur le soin curatif. Le projet de service est sous-tendu par l'éthique du care, définie comme « *l'aptitude à se soucier des autres, dans l'expérience concrète des activités de service en rapport avec le soin des autres* » (Molinier, 2006)

La diffusion de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® a permis l'élaboration d'un projet de vie individualisé construit, partagé et porté par les acteurs du care. Le soin ne peut reposer uniquement sur les réponses aux besoins fondamentaux, la dimension relation est prise en compte pour s'inscrire dans un véritable accompagnement. L'intégration des familles passe par la validation des projets individualisés.

## **ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA MÉTHODOLOGIE DE SOIN GINESTE-MARESCOTTI® AU SEIN DE L'USA**

Les améliorations observées concernent les patients, leur famille et les soignants.

### **LES PATIENTS**

On constate une amélioration de la qualité de vie des patients par une diminution visible des troubles du comportement et une meilleure participation aux activités de la vie quotidienne comme le montre le témoignage de Mme G., fille de R., hospitalisée dans l'unité depuis janvier 2007.

*« Ma mère est entrée dans l'unité en janvier. C'est un changement complet de vie. Chez elle, elle était très désorientée au niveau spatio-temporel, très angoissée, elle avait une déambulation pathologique très importante le jour et la nuit. Elle était très triste et très agressive. Elle avait de très gros troubles du comportement. Depuis qu'elle est là, elle a retrouvé des repères, elle est plus gaie, plus souriante et beaucoup moins angoissée. Elle participe à de nombreuses activités thérapeutiques, elle fait beaucoup de sorties. Le bénéfice qu'elle en tire est tellement grand qu'on ne sait même pas comment le décrire ».*

...

...

---

Autre évolution notable, la consommation en psychotropes est passée de 6 médicaments/patient/jour en 2004 à 2,5 en 2007. La gestion des crises passe prioritairement par l'analyse des circonstances d'apparition, objectivant un éventuel dysfonctionnement (problèmes intrinsèques au patient ou extrinsèques au personnel). Le recours à la contention chimique est vécu par les soignants comme un échec de soins. Enfin, le recours à la contention physique est exceptionnel, l'équipe privilégiant l'adaptation de l'environnement.

### **LES FAMILLES**

L'hospitalisation dans l'USA souvent culpabilisante dans un premier temps, permet progressivement aux familles de renouer avec leurs proches et de délier des situations difficiles. La famille est intégrée dans le projet de vie et de soin, sans s'immiscer dans la relation soignant soigné, en conservant son rôle affectif d'accompagnant naturel. La relation d'aide et l'écoute empathique dispensées par les soignants contribuent à la diminution du fardeau de l'aidant naturel.

*« Depuis qu'elle est là, elle est en sécurité et au-delà de cet aspect, elle a moins de troubles du comportement, elle est plus détendue. Elle est très heureuse ici. C'est une unité très agréable avec un personnel à l'écoute tant pour les personnes que pour leur famille. On sent une « osmose » dans l'unité, le médecin est à l'écoute et il n'y a pas de sur-médicalisation. Je n'ai que des bonnes choses à dire, je ne pouvais pas mieux tomber. Les aides soignantes sont attentives, toujours à l'écoute, ma sœur est heureuse et a retrouvé ici une bonne qualité de vie ». (Extrait du témoignage de Mme T., sœur de Mme T., hospitalisée depuis août 2005).*

### **LES SOIGNANTS**

La mise en place du projet « Humanitude » a conduit à éradiquer le *turn-over* de l'équipe qui était beaucoup plus important que dans les autres unités de soin de l'établissement. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, aucune demande de changement de service n'a été formalisée. Les accidents de travail liés à la manutention des patients sont au nombre de 2 depuis l'implantation de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®.

Les témoignages des soignants illustrent leur autonomie et leur satisfaction professionnelle.

*«Je suis très contente de travailler dans ce service et je ne m’imagine pas ailleurs. Grâce à la prise en charge, les troubles du comportement des personnes diminuent, les familles sont contentes et on a créé un lieu de convivialité. C’est un vrai lieu de vie qui s’adapte aux personnes accueillies. On leur propose de nombreuses activités, des animations qui rythment la journée. On essaie de respecter leurs libertés et leur dignité. On a une véritable relation de confiance avec les familles qui viennent très souvent et qui apprécient le fait d’être avec nous. On déjeune aussi avec les personnes, on sort au parc ou on va faire les courses. C’est un véritable substitut de domicile pour eux. L’écoute a une grande place dans notre prise en charge et les décisions sont toujours prises en équipe et avec la famille; il y a une grande collaboration entre nous. L’encadrement nous permet de nous adapter complètement à la personne et de faire preuve de flexibilité dans notre travail», (Mme B., aide-soignante à l’USA depuis décembre 2004).*

*«Ce qui a beaucoup changé depuis, c’est la prise en charge des personnes qui est plus basée sur l’écoute et moins sur les médicaments. On a reçu de nombreuses formations (Formation Gineste) qui donnent du sens à notre travail. L’encadrement permet aussi de pouvoir s’adapter à la personne, au jour le jour et à ses habitudes de vie. Cela nous aide beaucoup dans la prise en charge. Nous avons un véritable travail d’équipe avec une grande collaboration entre nous tous, quel que soit le rôle hiérarchique. Les familles sont très contentes; la première approche est très importante car c’est lors de l’accueil que beaucoup de choses se passent. Les familles participent à la vie du service; elles prennent leurs parents le week-end et en vacances ce qui n’était pas le cas avant. On a des familles qui viennent encore pour des occasions nous voir alors que leur parent est décédé. On a créé un vrai lieu de vie où les gens sont contents de venir. Certaines familles se retrouvent parfois, même pour manger dans la salle à manger avec leurs parents» (Mme F., aide-soignante à l’USA depuis 2000).*

---

La mise en place de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® dans les institutions gériatriques permet d’améliorer le prendre soin et la qualité de vie du malade Alzheimer. Communément le malade Alzheimer est perçu comme un sujet vulnérable voire incapable, son avis n’est ni demandé ni recherché. L’objectif de la

---

philosophie «Humanitude» est de le considérer comme un être humain à part entière avec des valeurs, des choix de vie, des désirs, des envies s'exprimant au travers de ses propos ou de ses comportements non verbaux. Les techniques de soins basées sur la capture sensorielle maîtrisées par les soignants préviennent la maltraitance passive liée aux actes de soin et redonnent du sens à l'action du soignant par l'acquisition de compétence spécifique. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

**AZEMA J. (2006).** *Méthodologie de soin Gineste- Marescotti. La révolution des soins est-elle en marche? Le journal du médecin coordonnateur, avril, 6-9.*

**GINESTE Y., MARESCOTTI R. & PELISSIER J. (2007).** *Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soins des Hommes vieux. Paris: Armand Colin, 320 p.*

**GINESTE Y., MARESCOTTI R. & PELISSIER J. (2008).** *Méthodologie de soin Gineste-Marescotti<sup>®</sup>, dite «Humanitude», et pacification des comportements d'agitation pathologique (CAP). La revue de Gériatrie, tome 33 - supplément A au n° 6, 2-4.*

**MOLINIER P. (2006).** *Le care: ambivalences et indécences. Sciences Humaines, n° 177, 36-39.*

**SUCCESSFUL AGING DATABASE à la demande de IPRIM. Evaluation de la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti<sup>®</sup>, dite «Humanitude», lors de formation in situ. La revue de Gériatrie, tome 33 - supplément A au n° 6, 5-8.**