



**Accompagnement des personnes âgées atteintes de la  
maladie d'Alzheimer ou apparentées : entre adaptation de  
l'offre existante et innovation.**

***Éloïse BIGOURIE***

2023

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Ces deux années ont été riches tant sur le plan professionnel qu'humain. J'ai beaucoup appris auprès des formateurs et des intervenants. J'ai également fait de belles rencontres parmi mes camarades de promotion, nous avons su nous serrer les coudes et avancer malgré des moments difficiles.

Je remercie mes collègues de travail qui ont cru en moi et m'ont toujours soutenu pendant ces deux années. Elles ont été d'un soutien précieux.

Merci à mes deux relectrices de mémoire, Claire et Alexandra, pour leur temps et leurs conseils avisés et salvateurs.

Merci à ma Directrice de mémoire, Mme Montagnier, qui a toujours été disponible et présente. Sa patience et sa bienveillance ont été très précieuses. Elle m'a permis de prendre de la hauteur et de gagner en maturité professionnelle. Merci pour vos conseils.

Merci à mes enfants qui ont eu une maman très absente pendant deux ans mais qui ont toujours fait preuve de patience et de tolérance. Je suis fière de vous.

Et surtout un grand merci à mon mari car, sans son soutien, je ne serais jamais arrivée au bout de cette formation.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
<b>1 Un contexte de développement des politiques publiques .....</b>	<b>5</b>
1.1 La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale .....	5
1.2 La loi du 1er juillet 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.....	6
1.3 La loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, Patient, Santé, territoire (HPST).....	6
1.4 La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) .....	7
1.5 Les différents Plan Alzheimer .....	7
<b>2 Tour du monde en matière d'accompagnement de personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs .....</b>	<b>9</b>
2.1 Dans la province de Québec.....	9
2.2 En Europe .....	10
2.3 Dans les pays nordiques (Suède, Norvège, Finlande, Danemark).....	11
2.4 Au Japon.....	12
2.5 En France.....	13
2.6 Connaissances actuelles sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD .....	14
<b>3 L'EHPAD Les Bruyères, un EHPAD en pleine transformation .....</b>	<b>17</b>
3.1 L'EHPAD Les Bruyères et la naissance d'une unité protégée .....	17
3.2 Le territoire de l'EHPAD .....	18
3.3 La population du territoire .....	20
3.4 L'architecture de l'EHPAD Les Bruyères.....	21
3.5 Les résidents de l'EHPAD Les Bruyères .....	22
3.6 Les ressources humaines de l'EHPAD Les Bruyères.....	24
3.7 Un indicateur pour le développement de notre accompagnement : le schéma départemental du Puy-de-Dôme et le schéma régional de santé	29
3.8 Une problématique à solutionner : les pistes à suivre .....	31

<b>4</b>	<b>L'ouverture d'une nouvelle unité protégée en développant un accompagnement innovant.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Une spécificité à construire .....</b>	<b>40</b>
4.1.1	Une philosophie commune.....	40
4.1.2	L'aide des nouvelles technologies.....	41
4.1.3	Un jardin qui fait sens .....	43
<b>4.2</b>	<b>Les outils et les moyens à mettre en place.....</b>	<b>45</b>
4.2.1	Développer le « care » .....	45
4.2.2	Le phoque Paro et la Tovertafel® .....	48
4.2.3	Un jardin musical .....	50
4.2.4	Le projet de service comme levier.....	52
4.2.5	Développer mon management : du manager à l'humanager .....	55
<b>4.3</b>	<b>L'impact attendu de cette unité spécifique .....</b>	<b>62</b>
4.3.1	Une approche systémique développée grâce au « care ».....	62
4.3.2	Des nouvelles technologies qui diminuent les troubles .....	63
4.3.3	Un lien de confiance restauré .....	63
4.3.4	Un savoir à faire reconnaître .....	65
<b>4.4</b>	<b>L'évaluation du projet.....</b>	<b>65</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>71</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>73</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADSP : Actualité et Dossier en Santé Publique

APP : Analyse de la Pratique Professionnelle

ARS : Agence Régionale de Santé

COGERT : Coordination Gérontologique aidé par Télémédecine

CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale

CNR : Crédit Non Reconductible

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DAC 63 : Dispositif d'Appui à la Coordination du Puy-de-Dôme

DESC : Décrire les faits · Exprimer ses émotions · Spécifier les solutions · Conclure avec les conséquences

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GMP : Groupe iso-ressource Moyen Pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

IDEC : Infirmière coordinatrice

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INM : Intervention Non Médicamenteuse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPCO : Opérateur de Compétences

PAIQ : Plan D'aide à l'Investissement du Quotidien

PAQ : Plan Alzheimer Québécois

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PS : Projet de Service

SMAD : Syndicat Mixte pour l'Aménagement et le Développement des Combrailles

SMART : Spécifique, Mesurable, Atteignable et Réaliste

SYNERPA : Syndicat National des Établissements, Résidence et service d'aide à domicile privé pour Personnes Âgées

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée





## Introduction

Selon le rapport mondial de situation sur l'action de santé publique contre la démence, la maladie d'Alzheimer et apparentées est l'une des principales causes de dépendance et de handicap dans le monde. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé estime que 50 millions de personnes sont touchées dans le monde avec près de 10 millions de nouveaux cas par an.

En France, nous n'échappons pas à cette règle. La modification de nos habitudes de vie, les progrès de la médecine et les connaissances de chacun en matière de prévention en santé font que nous vivons de plus en plus âgés. La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (2022) indique que le vieillissement de la population en France passera à 16% pour la tranche de 75 ans et plus d'ici 30 ans contre 9% aujourd'hui. Cette augmentation de l'espérance de vie n'est pas sans effet sur l'impact du nombre de personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives. En effet, la prévalence de la maladie d'Alzheimer ou apparentées augmentent avec l'âge. À ce jour, selon les données de Santé Publique France (2022), le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées est d'un million. Ce chiffre atteindra deux millions en 2040.

En tant que Directrice d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, ce sujet m'interpelle car, bien que cette maladie touche des millions de personnes, nous sommes aujourd'hui dans l'incapacité de la comprendre totalement, de comprendre ses mécanismes de développement et surtout de la soigner. Il est à ce titre impossible, en tant qu'établissement médico-social, de pouvoir guérir ou de savoir exactement quel est l'accompagnement est le plus efficient à mettre en place. Un sentiment d'échec peut donc vite devenir prégnant au sein de l'équipe soignante, ainsi qu'un accompagnement pouvant être inadapté voire délétère s'il majore les troubles du comportement de ces personnes ou s'il provoque des angoisses.

Actuellement, nous pouvons seulement accompagner les personnes souffrant de troubles neuro-dégénératifs de la manière la plus digne possible en essayant de diminuer les impacts de leurs troubles sur le quotidien. Mais cet accompagnement, où le corps scientifique et médical s'intéressent depuis peu, fait état d'avancées et de prises en charges diverses et nombreuses. De nombreux courants de pensées ont émergé laissant les professionnels dans l'expectative et l'expérimentation.

Depuis trois ans, l'EHPAD que je dirige fait face à une diminution importante de ses demandes d'admission. Les demandes qui augmentent et qui deviennent urgentes sont celles des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives. Pourquoi ? J'ai identifié plusieurs causes.

En parallèle de la crise sanitaire, l'image des EHPAD auprès du grand public s'est ternie. Après la crise liée à la Covid-19 pendant laquelle les familles n'ont pas pu visiter leurs proches, dans des conditions d'intimité correctes, et où certains droits dits constitutionnels ont semblé être remis en cause de manière plus rigide que dans la population, la défiance s'est installée. Au milieu de cette crise, le scandale des EHPAD privés a éclaté au grand jour avec les révélations chocs du livre « *Les Fossoyeurs* » de Victor Castanet (2022). A la suite de cette parution, le baromètre IFOP / SYNERPA indique que 84% des français estiment que ce livre a dégradé l'image qu'ils avaient des EHPAD. En ajoutant un manque de personnel, qui était déjà connu mais souvent passé sous silence malgré des grèves fin 2019, le rationnement sur les protections contre l'incontinence, ou la dégradation de la qualité des repas, tout ceci n'a fait qu'obscurcir les nuages noirs planants déjà au-dessus de l'image des EHPAD.

Le recours aux EHPAD est donc de moins en moins fréquent. Cependant, pour les personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs, les solutions alternatives existent peu et le secteur de l'aide à domicile atteint ici les limites de son accompagnement. Les demandes d'admission sont faites quand la personne présente des troubles cognitifs trop évolués et qu'elle a besoin que l'on assure ses soins avec une surveillance constante mais surtout, pour soulager les familles quand la charge mentale et physique des aidants devient trop lourde à supporter. Ces familles se voient dans l'obligation de placer leurs parents dans des EHPAD en dépit de leur souhait de rester à leur domicile jusqu'à la fin de leur vie. C'est donc souvent un choix cornélien qui s'opère quand toutes les possibilités du maintien à domicile ont été épuisées. Dans ce placement, les attentes des familles sur la qualité des soins sont nombreuses. Le magazine soins gérontologiques, dans son dossier « *les attentes des familles en EHPAD* » de juillet/août 2022, met en avant différents points prévisibles des attentes des familles dont les proches rentrent en EHPAD. La famille peut donc se sentir en concurrence avec les équipes soignantes et pourrait attendre une prise en charge maximale de leurs proches, comme eux-mêmes se l'imposaient. Cela pourrait engendrer de l'insatisfaction de la part des familles comme de la personne accompagnée car les demandes seraient inadaptées à la vie en collectivité.

Au-delà de ce manque de confiance, je suis donc confrontée au quotidien à la souffrance des familles qui, après des années d'accompagnement, de soutien et d'aide, doivent renoncer. Ce renoncement et cette souffrance, liés à un sentiment d'échec dans leur mission et un sentiment d'abandonner leur proche, se caractérisent par une grande tristesse voire de la détresse. Ils ont besoin d'être rassurés et de s'assurer que leurs proches auront des soins de qualités et pourront garder leur dignité.

Cependant, la dignité n'est pas une notion figée. En effet, il n'existe pas de définition formalisée, reconnue, explicite et faisant consensus. La dignité renvoie à un ensemble de valeurs qui se transforment et évoluent selon les sociétés, les époques et les territoires. Cependant, leurs visions se rejoignent pour dire qu'elle interdit tout comportement dégradant et humiliant.

La dignité sera préservée en étant vigilant sur l'accompagnement du parcours de vie, sur les besoins de la personne et en s'adaptant au mieux aux troubles engendrés par la maladie. Avant leur entrée en institution, les personnes ont eu une vie riche de partage, de valeur et de liberté. Il convient donc de garder en tête qu'à leur arrivée, elles sont encore aptes à maintenir certaines capacités, et que les soignants ne les réduisent pas à leur condition de personnes dépendantes.

En tant que directrice de l'EHPAD Les Bruyères, je me dois d'assurer le meilleur accompagnement pour les personnes que nous accueillons. Aujourd'hui, pour l'accompagnement des personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs, les EHPAD disposent d'unités dites protégées. Ce sont des unités fermées avec des digicodes, dont les personnes ne peuvent pas sortir sans être accompagnées. Certaines disposent d'un jardin attenant. Leur architecture est conçue de sorte qu'elles laissent libre cours à la déambulation des personnes, un des symptômes les plus prégnant de la maladie.

Aujourd'hui et avec la présence d'une unité protégée de 14 lits dans l'EHPAD que je dirige, la majorité des demandes d'admission sont faites pour cette unité protégée. Dans le secteur rural où est implanté l'EHPAD les Bruyères, l'enjeu de pérennité pour l'établissement, ainsi que la qualité des soins que je souhaite développer, m'amènent à me poser la question suivante :

**Au-delà de la sécurité physique, comment peut-on accompagner spécifiquement les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées ?**

Dans le cadre de ce mémoire, nous verrons dans un premier temps, le champs des politiques publiques. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux troubles neuro-dégénératifs et à la façon dont ils sont accompagnés dans le monde pour ensuite nous recentrer sur l'EHPAD Les Bruyères et voir comment mettre en place un accompagnement innovant.



# **1 Un contexte de développement des politiques publiques**

De nombreuses politiques publiques ont vu le jour depuis un siècle. Les politiques publiques concernant les personnes âgées ont pour objectif de leur garantir une qualité de vie optimale, de préserver leur autonomie et leur dignité, ainsi que de répondre à leurs besoins spécifiques. Elles sont également destinées à leur garantir un accès aux soins et à un accompagnement adapté ainsi qu'à lutter contre les discriminations et les stéréotypes liés à l'âge.

Les politiques publiques concernant les personnes âgées sont donc importantes et nécessaires afin d'assurer une prise en charge adaptée et efficace des besoins de cette population croissante. En effet, selon l'INSEE, entre 2000 et 2020, le nombre de personnes de plus de 75 ans a augmenté de 2.4 points soit presque un habitant sur 10, alors que celle des moins de 20 ans a baissé de 1.9 points.

Je vais vous présenter les principales lois ayant déjà permis des améliorations de l'accompagnement des personnes âgées dans notre pays.

## **1.1 La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est une loi qui a pour objectif de moderniser le secteur de l'action sociale et médico-sociale en France.

Cette loi a marqué une avancée importante dans la professionnalisation du secteur de l'action sociale et médico-sociale, en instaurant des mesures visant à mieux répondre aux besoins des personnes en situation de dépendance, et à garantir la qualité des prestations fournies par les établissements sociaux et médico-sociaux.

Tout d'abord, elle a introduit l'obligation pour les EHPAD de rédiger un projet d'établissement qui doit définir les objectifs et les moyens pour répondre aux besoins des résidents, et donc aussi répondre aux besoins des personnes ayant des troubles neuro dégénératifs.

Ensuite, elle a mis en place une procédure de certification pour les EHPAD, qui vise à évaluer la qualité des prestations fournies et à favoriser l'amélioration continue des pratiques.

Enfin, cette loi a renforcé les droits des résidents en EHPAD, en reconnaissant notamment le droit à l'information tant sur leurs droits que sur leurs prestations, et les procédures d'évaluation. Elle a également reconnu la place des proches et des aidants dans la prise

en charge des résidents en EHPAD, permettant ainsi aux familles de garder une place privilégiée auprès de leurs proches.

## **1.2 La loi du 1er juillet 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées**

La loi du 1er juillet 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est une loi qui vise à renforcer la prise en charge des personnes âgées et handicapées, et à favoriser leur autonomie. Cette loi a permis de renforcer la coordination des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients. La mise en place de plans gérontologiques et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale départementaux a fait évoluer les professionnels.

Cette loi a donc marqué une avancée importante dans la prise en charge des personnes âgées en France, en reconnaissant leur droit à une autonomie et à une prise en charge adaptée à leurs besoins spécifiques.

## **1.3 La loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, Patient, Santé, territoire (HPST)**

La loi du 21 juillet 2009, dite « Loi HPST », a introduit plusieurs mesures pour améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence.

En particulier, cette loi a créé une filière de soins spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Cette filière de soins est destinée à spécialiser la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en proposant une offre de soins coordonnée, adaptée aux besoins spécifiques des patients. Elle prévoit notamment, la mise en place d'équipes de soins spécifiques, la formation des professionnels de santé à la prise en charge des troubles cognitifs, ou encore la création de consultations mémoire.

La loi HPST a également renforcé les droits des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en instaurant le droit à la désignation d'une personne de confiance pour les accompagner dans leur parcours de soins, et en reconnaissant le droit des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à participer aux décisions les concernant, dans la mesure de leurs capacités. Cette mesure est très importante car elle permet à la personne malade de garder sa considération et d'être reconnue en tant que personne capable de pouvoir prendre des décisions la concernant.

Enfin, cette loi a mis en place des mesures visant à favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées, en encourageant le développement de structures de proximité adaptées aux besoins des patients, telles que les accueils de jour.

#### **1.4 La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)**

La loi ASV du 28 décembre 2015 modifie plusieurs aspects de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD. Voici les principales modifications :

- Le renforcement des droits des résidents en garantissant notamment leur participation à la vie sociale et citoyenne, en renforçant leur droit à l'information et à la participation aux décisions qui les concernent.
- L'amélioration de la qualité de vie en renforçant l'accompagnement médical et paramédical, en améliorant la qualité de la vie quotidienne des résidents et en garantissant l'accès à des activités adaptées à leur autonomie.
- La prévention de la perte d'autonomie en prévenant la perte d'autonomie des personnes âgées, en encourageant notamment les actions de prévention et de sensibilisation.

Parallèlement à ces lois qui ont permis des avancées importantes sur ces 20 dernières années pour améliorer l'accompagnement prodigué en EHPAD, des plans spécifiques pour la maladie d'Alzheimer ont aussi été développés.

#### **1.5 Les différents Plan Alzheimer**

En France, la maladie d'Alzheimer a commencé à être prise en compte dans les années 1970. Les premières structures d'accueil ont été créées dans les années 1980. Depuis, la prise en charge dans la maladie n'a fait qu'évoluer et plusieurs plans Alzheimer ont été mis en place depuis 2001, pour améliorer l'accompagnement de ces personnes et de leurs proches aidants. Voici une synthèse des principaux plans :

- Plan Alzheimer 2001-2005 : l'objectif de ce premier plan est de sensibiliser l'opinion publique et les professionnels de santé à la maladie, de développer la recherche et de soutenir les aidants familiaux.

- Plan Alzheimer 2008-2012 : ce plan a mis l'accent sur la recherche, avec la création de nouveaux centres de référence, de plateformes technologiques et de réseaux de recherche clinique. Il a également permis la mise en place de nouvelles aides pour les aidants, comme les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, et les plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants.
- Plan Alzheimer 2013-2017 : le troisième plan Alzheimer a été axé sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants, avec notamment la mise en place de nouveaux outils de dépistage et de diagnostic précoce, la généralisation de l'approche non médicamenteuse, et la création de nouvelles unités de vie protégées. Il a également encouragé la formation des professionnels de santé et la mise en place de nouvelles coopérations entre les différents acteurs de la prise en charge. Les professionnels de santé ont donc commencé à se former à l'accompagnement singulier de ce public.

Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019 : ce plan avait lui aussi pour objectif de renforcer la recherche et l'innovation en matière de maladies neuro-dégénératives, dont la maladie d'Alzheimer. Il doit permettre d'améliorer la qualité de vie en établissement pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives en proposant des activités adaptées et en favorisant la participation sociale des résidents. Cela passe notamment par une meilleure prise en compte des besoins spécifiques de ces résidents, et le développement de solutions d'aide et de soins adaptés.



## **2 Tour du monde en matière d'accompagnement de personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs**

Avec l'augmentation de l'incidence de ces maladies, et grâce au rapport de l'OMS sur la situation mondiale liée à leur impact, de nombreux pays ont mis en place des politiques publiques pour lutter contre leurs effets, afin de redonner une valeur sociale à ces personnes ainsi qu'un accompagnement digne dans la maladie. Cependant, la maladie et ses symptômes étant tellement complexes, il est difficile de désigner un pays leader qui aurait la meilleure prise en charge pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, car cela dépend de nombreux facteurs tels que la disponibilité des ressources, la culture et les politiques de santé locales.

Cependant, certains pays sont considérés comme des précurseurs en matière d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer et apparentés. Je vous propose un petit tour d'horizon afin d'identifier de ce dont l'EHPAD Les Bruyères et la France pourraient s'inspirer.

### **2.1 Dans la province de Québec**

L'article « *Le plan Alzheimer québécois, un plan basé sur les soins primaires* » de la revue Santé Publique (2020), présente le Plan Alzheimer Québécois (PAQ) et son approche basée sur les soins primaires.

Le PAQ a été lancé en 2007 pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches. L'approche du plan est basée sur les soins primaires, ce qui signifie que les soins de santé sont fournis en première ligne par des professionnels de la santé comme les médecins de famille, les infirmières, les pharmaciens et les travailleurs sociaux et non des équipes spécialisées.

Le plan comprend des programmes tels que la formation de professionnels de la santé pour mieux diagnostiquer et gérer la maladie d'Alzheimer, le développement de services de soutien pour les aidants familiaux, ainsi que des interventions pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de la maladie. En effet, le nombre de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives étant grandissant, il faut former tous les professionnels car le nombre de spécialistes ne sera pas suffisant pour un accompagnement global satisfaisant.

L'article souligne que l'approche basée sur les soins primaires du PAQ est innovante et efficace, car elle implique une coordination étroite entre les différents professionnels de la santé et les services sociaux. Elle permet également une intervention précoce pour les personnes atteintes de la maladie, ce qui peut améliorer leur qualité de vie et réduire les coûts associés aux soins de longue durée.

L'article souligne que le PAQ, fondé sur une approche holistique, est un exemple d'approche innovante et efficace pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, en particulier en mettant l'accent sur les soins primaires.

Je peux identifier des différences entre le PAQ et les Plans Alzheimer en France :

<b>Différences entre Pays</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>APPROCHE</b>
Plan Alzheimer Québécois (PAQ)	Développer et de promouvoir une approche intégrée et globale de la maladie d'Alzheimer.	Repose sur un recentrage sur les soins primaires et la prévention globale du corps médical
Plans Alzheimer en France	Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage	Met l'accent sur la recherche, la formation et la coordination des acteurs de la prise en charge
Les différences entre les deux régimes résident dans leur approche de la prise en charge : soins primaires versus soins spécialisés.		

## 2.2 En Europe

L'article « *La prise en charge en Europe* » de la revue ADSP (2008) présente une analyse de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer dans six pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie et Pays-Bas), basée sur une enquête auprès des experts de chaque pays et des données de la littérature.

L'étude révèle que la prise en charge de la maladie d'Alzheimer varie selon les pays, avec des différences notables en termes d'accès aux soins et de qualité des soins. Les pays ont des approches différentes en matière de financement des soins, de rôle des aidants,

d'organisation des services et de formation des professionnels de santé. Pour cette enquête, ils se basent sur une cohorte ictus de 1380 patients suivis dans 12 pays d'Europe.

Cet article montre que la prise en charge de la maladie d'Alzheimer est un défi majeur pour les systèmes de santé européens, nécessitant une coordination intersectorielle et une collaboration internationale pour améliorer l'accès et la qualité des soins. En effet, le nombre d'aidants familiaux devraient baisser alors que le taux d'incidence des maladies d'Alzheimer et apparentées augmenteront avec le constat parallèle d'une entrée de plus en plus tardive en institution. La France pourrait donc mettre en avant le besoin d'un accompagnement spécifique et adapté pour les EHPAD en se concentrant sur les symptômes les plus avancés de la maladie.

### **2.3 Dans les pays nordiques (Suède, Norvège, Finlande, Danemark)**

La prise en charge des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives en Suède et dans les pays nordiques est reconnue pour être de haute qualité, avec une forte implication des familles et des aidants. Ils mettent en avant les points suivants :

- La philosophie du « person-centred care » de Carl Rogers (1986). Cette approche met la personne au centre de toutes les décisions concernant sa prise en charge, en tenant compte de ses préférences, de ses besoins et de ses valeurs. Les soins sont adaptés à la personne, plutôt que la personne s'adapte aux soins.
- En Suède et dans les pays nordiques, les professionnels de santé ont une formation approfondie sur les maladies neuro-dégénératives, qui inclut une approche interdisciplinaire. Ils sont formés à travailler en équipe avec les aidants et les familles, à communiquer efficacement avec les personnes malades, et à utiliser des approches non pharmacologiques pour l'accompagnement quotidien des personnes. En France, il y a peu d'heures de cours (entre 20 et 30 heures en Institut de Formation en Soins Infirmiers) dédiées à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives. Les soignants ne suivent pas un cursus approfondi sur les problématiques auxquelles ils seront confrontés dans leur quotidien professionnel. Je peux donc constater un niveau de formation moins important des professionnels en France.
- Les établissements et donc, les environnements de soins pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives en Suède et dans les pays nordiques

sont souvent conçus comme des maisons ordinaires, plutôt que comme des hôpitaux.

- Les établissements sont équipés de technologies de pointe pour aider les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives à rester autonomes et en sécurité. Les systèmes de géolocalisation, via des dispositifs de suivi par GPS sont utilisés pour permettre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de se déplacer librement tout en étant localisées en temps réel. Des applications de communication et de partage de photos sont utilisées pour aider les résidents à communiquer avec leur famille et leurs amis. Les robots de compagnie interactifs sont aussi utilisés pour apporter un sentiment de confort et de sécurité.

## 2.4 Au Japon

Au Japon, l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a été largement renseigné par les principes culturels et les valeurs sociales japonaises telles que le respect pour les personnes âgées, l'importance de la famille et de la communauté, ainsi que la préférence pour les soins à domicile.

La plupart des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au Japon sont prises en charge à domicile par leur famille, avec l'aide de bénévoles et de professionnels de la santé tels que les infirmières et les aides-soignants. Le gouvernement japonais a mis en place un système de soins à domicile pour les personnes âgées qui comprend des services d'assistance aux activités de la vie quotidienne, des soins infirmiers et médicaux, ainsi que des programmes de soutien pour les aidants familiaux.

Les établissements de soins pour personnes âgées, y compris les EHPAD, sont également disponibles au Japon. Cependant, ils sont souvent considérés comme une option de dernier recours, car la plupart des familles préfèrent prendre soin de leurs proches à domicile. Les EHPAD au Japon ont des caractéristiques uniques avec notamment, une forte participation de la communauté et des familles, ainsi que des activités culturelles et récréatives pour les résidents.

Dans ce pays, les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives bénéficient également d'un accompagnement personnalisé dans les établissements de type EHPAD. Les soins sont basés sur une approche globale et pluridisciplinaire, qui prend en compte non seulement les besoins physiques, mais également les besoins psychologiques et sociaux des résidents.

Les établissements ont des équipes de soins spécialisés, avec des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. Les soins sont centrés sur le bien-être de la personne, avec des activités cognitives et physiques adaptées, de la stimulation sensorielle, et des interactions sociales.

Les EHPAD y sont souvent conçus pour offrir un environnement confortable et apaisant aux résidents, avec des jardins, des salles de bains thérapeutiques et des espaces de vie adaptés. Les soins palliatifs sont également intégrés dans la prise en charge avec un accompagnement adapté pour les résidents en fin de vie.

Au Japon, il y a une approche plus holistique et individualisée dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives en EHPAD. De plus, la formation du personnel soignant est plus axée sur les compétences relationnelles, l'empathie et la communication pour mieux comprendre et répondre aux besoins des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées.

Toutes ces approches multiculturelles montrent bien la complexité et la difficulté à proposer, trouver un accompagnement que l'on pourrait qualifier si ce n'est d'idéal, pour le moins d'efficace. Le parcours de vie, les croyances et les ressources de la personne sont autant de variables qui peuvent entrer en jeu dans l'accompagnement. Il convient de souligner que la prise en charge de la maladie d'Alzheimer reste un défi majeur dans le monde entier, et que des efforts sont nécessaires pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie.

Nous avons vu comment d'autres pays mettaient en place un accompagnement pour les personnes âgées présentant des troubles neuro-dégénératifs. Je vais maintenant vous présenter l'histoire de l'évolution de l'offre de service pour les personnes âgées en France, et comment nous pourrions améliorer cet accompagnement en EHPAD.

## **2.5 En France**

Les EHPAD tels qu'ils existent aujourd'hui n'ont pas toujours eu cette appellation ni ce statut. Les premiers hospices, créés au 17<sup>ème</sup> siècle étaient des établissements religieux, à vocation sociale, qui recevaient les publics nécessiteux : vieillards, infirmes, personnes démunies. Les hospices se sont fortement développés au 19<sup>ème</sup> siècle notamment du fait de l'exode rural qui ne permettait plus aux enfants d'accueillir leurs aînés chez eux. Cette époque marque, en parallèle, un tournant avec la création, au sein de ces hospices, d'une infirmerie permettant l'accueil des personnes en fin de vie mélangeant ainsi le social, et le médical. Les prémices des établissements médico-sociaux voyaient ainsi le jour.

Une première avancée naît avec la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Les hospices font ainsi place aux maisons de retraite. Celles-ci sont alors exclusivement dédiées aux personnes âgées à la retraite, et peuvent être entièrement médicalisées. La fin de l'époque des hospices, synonyme de mouroir et à connotation péjorative, a alors sonné. Cependant, il faudra encore attendre 27 ans pour que la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale marque un tournant décisif dans la prise en charge de nos aînés, avec un changement de statut et de nom. Les maisons de retraite deviennent des EHPAD avec un cahier des charges légalement bien défini.

Hormis certaines grandes chaînes d'établissements privés, les EHPAD ne sont pas structurés en réseau. En zone rurale notamment, nombreuses sont les communes ayant un EHPAD, et chacun est géré de manière autonome, même s'ils restent sous la tutelle du Conseil Départemental et de l'Agence Régionale de Santé.

Puis, les EHPAD continuent leur transition en réfléchissant à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer. La première unité protégée, appelée « Cantou », voit le jour en 1975 à Rueil-Malmaison grâce à Georges Caussanel (2017). Ces petites unités de maximum 18 chambres, développées grâce à l'implication d'associations, de professionnels de santé et de collectivités territoriales, apportent un environnement plus contenant et plus sécurisé permettant ainsi une meilleure surveillance et un espace laissant libre cours à la déambulation dans un univers familial et chaleureux.

## **2.6 Connaissances actuelles sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD**

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative qui entraîne une perte progressive des fonctions cognitives, telles que la mémoire, le langage, la perception, l'attention et le raisonnement. Elle touche principalement les personnes âgées, et constitue un enjeu majeur de santé publique dans de nombreux pays, notamment en France où elle est la première cause de dépendance chez les personnes âgées.

En EHPAD, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont besoin d'une prise en charge qui soit adaptée à leurs besoins spécifiques. Cet accompagnement doit prendre en compte les dimensions médicales, psychologiques, sociales et environnementales de la maladie, et doit viser à maintenir la qualité de vie des résidents tout en assurant leur sécurité et leur bien-être.

Les connaissances actuelles sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD mettent en évidence l'importance de plusieurs éléments clés :

- Une approche personnalisée doit être faite. Chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est unique, avec des besoins et des préférences spécifiques. Une approche personnalisée de l'accompagnement permet de mieux répondre à ses besoins et à favoriser l'autonomie et le bien-être.
- Une prise en charge globale doit être pensée. La maladie d'Alzheimer ne se limite pas aux troubles de la mémoire. Elle affecte également d'autres fonctions cognitives et peut entraîner des troubles du comportement, de l'humeur, de l'alimentation, de la motricité. Une prise en charge globale de la maladie doit donc prendre en compte ces différentes dimensions et s'adapter aux évolutions de la maladie.
- Une approche pluridisciplinaire doit être mise en place. L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD nécessite une coordination étroite entre les différents professionnels (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologue, ergothérapeute et animateur). Cette approche pluridisciplinaire permet de mieux répondre aux besoins des résidents et de favoriser leur bien-être.
- Une attention particulière à l'environnement doit être apportée. L'environnement dans lequel vivent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD peut avoir un impact important sur leur bien-être. Un environnement adapté et sécurisé, avec des repères visuels et temporels clairs, peut contribuer à réduire les troubles du comportement, et à améliorer la qualité de vie des résidents.
- Une implication des proches aidants doit être recherchée. Les proches aidants jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. Leur implication dans le projet de vie du résident et dans la prise de décision peut favoriser leur bien-être et leur qualité de vie.

En somme, l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD doit être personnalisé, global, pluridisciplinaire, adapté à l'environnement et impliquer les proches aidants pour assurer une qualité de vie optimale.





### **3 L'EHPAD Les Bruyères, un EHPAD en pleine transformation**

#### **3.1 L'EHPAD Les Bruyères et la naissance d'une unité protégée**

Situé dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, dans le département du Puy-de-Dôme, l'EHPAD Les Bruyères est un établissement public territorial géré par le CCAS de la commune de Bourg-Lastic dont le Président est le Maire.

L'EHPAD Les Bruyères a lui aussi dû s'adapter aux besoins d'accompagnement de son territoire. Devenu EHPAD en 2004, il a ouvert une unité protégée en décembre 2021 sans avoir préalablement construit de projet de service et sans avoir jamais formalisé un projet d'établissement. L'ouverture de l'unité ne s'appuie donc pas sur les conclusions d'un diagnostic préalablement établis, mais via l'opportunité architecturale générée par les travaux d'extension-rénovation d'ouvrir une unité protégée. Un simple constat des difficultés comportementales des personnes ayant des troubles cognitifs au sein de l'établissement avait permis d'identifier la problématique architecturale des anciens locaux qui majorait les troubles liés aux maladies neuro-dégénératives. Je note également une absence d'orientation politique claire de la part du CCAS, le projet pour l'établissement à ce jour étant de finir les travaux d'extension-rénovation afin d'être en règle en matière de sécurité.

Historiquement, notre établissement, construit en 1987, est un ancien foyer logement. Des travaux sont en cours de réalisation avec, pour finalité, des locaux adaptés et en adéquation avec les normes actuelles pour l'accueil d'une population dépendante. Ces travaux, débutés en 2019, étaient indispensable au maintien de l'activité. En effet, un avis défavorable de la commission de sécurité depuis 2010 nous empêchait d'accueillir des personnes se déplaçant en fauteuil roulant, ainsi que des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

Avec la fin de la première phase des travaux, une unité spécialisée de 14 lits pour l'accueil de résidents ayant des troubles neuro-dégénératifs a été ouverte le 1er décembre 2021. L'autorisation d'ouverture de cette unité par nos tutelles a été acceptée mais à moyens constants. Nous n'avons pas d'accueil de jour, ni d'hébergement temporaire ni de Pôle d'Activité et de Soins Adaptés. Aucun CPOM n'a été signé, celui-ci est prévu pour 2025, la dernière convention tripartite a été signée en 2017.

En tant que Directrice, je me suis déjà interrogée sur l'avenir et les prestations offertes dans notre établissement. En effet, à la suite de la crise sanitaire de la Covid-19, aux différents

scandales de notre milieu, le tout couplé à une phase de travaux, l'EHPAD de Bourg-Lastic peine à assurer le taux d'occupation demandé par les autorités de tutelles. A l'époque, nous n'avions pas encore ouvert notre unité protégée et je m'étais donc concentrée sur la diversification de notre accueil. Ma Notice d'Aide à la Décision, que j'ai réalisé lors de ma formation CAFDES, m'avait amenée à choisir de spécialiser une unité dans l'accueil de personnes vieillissantes présentant un handicap psychique. Cependant, et avec l'ouverture de notre unité protégée, je vois de plus en plus de demandes pour des personnes présentant des troubles cognitifs à type de démence. La tension qu'il existe sur les demandes d'entrée dans l'unité protégée indique que c'est un vrai besoin pour la population locale. Cette ouverture a donc été pertinente, et elle devrait donner lieu à une évaluation de cette première unité afin de capitaliser l'expérience acquise, et ainsi aboutir à un véritable projet de service.

### 3.2 Le territoire de l'EHPAD

Bourg-Lastic est un village situé au centre de la France, à l'ouest du département du Puy-de-Dôme. Il compte environ 870 habitants et se trouve à 50 minutes de route de Clermont-Ferrand, capitale historique de l'Auvergne. Bourg-Lastic fait partie du bassin de santé intermédiaire du Mont-Dore : c'est un secteur géographique rural, pauvre<sup>1</sup> et de faible densité, A.R.S. Auvergne Rhône Alpes (2018). Le revenu fiscal médian est inférieur à la moyenne nationale sur toute la communauté de commune, INSEE (2019).



*Localisation de Bourg-Lastic en France. Source de la carte [www.francegeo.fr](http://www.francegeo.fr)*

---

<sup>1</sup> Voir annexe 7

La ruralité est pour moi une notion importante à prendre en compte. La vie de la population est organisée selon des codes précis, parfois ancestraux. Malgré un éloignement géographique plus important qu'en ville, où les maisons sont souvent mitoyennes, les habitants se connaissent souvent depuis plusieurs décennies. La vie s'organise selon des traditions qui se transmettent de générations en générations. Le soutien et l'entre-aide revêtent une grande importance. Un sentiment de communauté fort est identifié. En contrepartie de cette proximité assurant un soutien mutuel, nous sommes éloignés et isolés avec des accès limités aux services de base et une vie plus difficile, notamment économiquement, avec une population vivant majoritairement de l'agriculture.

Loin d'être un frein, la ruralité est pour moi un mode de vie à prendre en compte et qui est très intéressant pour les personnes présentant des troubles neuro-dégénératifs. La communauté rurale s'adapte ainsi parfaitement avec les petites unités de vie familiale qui permettent une agilité de l'accompagnement, et qui se superposent avec les habitudes de vie locales. Le concept des « Cantous », petites unités de vie chaleureuses, prend ici tout son sens.

Notre établissement peut également s'appuyer sur des partenariats solides avec :

- Le Centre Hospitalier du Mont Dore
- Le Syndicat Mixte pour l'Aménagement et le Développement des Combrailles
- L'équipe mobile de soins palliatifs
- Le DAC 63
- Les médecins généralistes locaux
- L'Equipe Mobile d'Hygiène du CHU de Clermont-Ferrand
- Le COGERT : Coordination Gérontologique aidé par Télémédecine
- L'équipe mobile de psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand
- Les autorités de tutelles

Ces partenariats peuvent être professionnels, ou financiers avec la CNSA qui propose plusieurs Plans d'Aide à l'Investissement du Quotidien pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Ces PAIQ nous permettent de pouvoir acquérir des dispositifs coûteux permettant des améliorations concrètes et rapides au bénéfice des professionnels mais surtout des résidents.

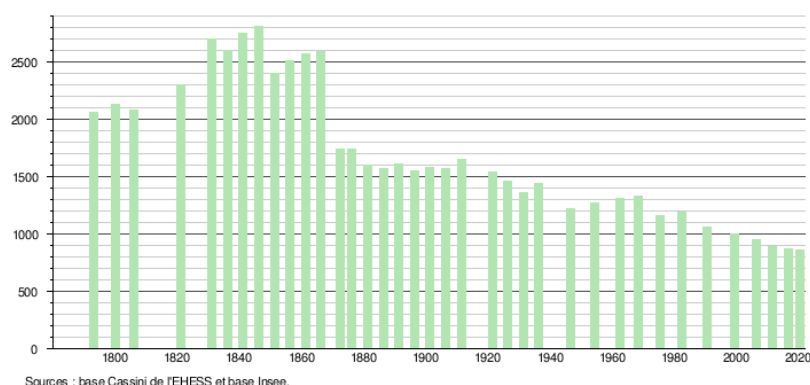
L'ARS est un organisme public chargé de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau régional. Dans le cadre de ses missions, l'ARS peut allouer des Crédits Non Reconductibles pour des projets de santé. Ces CNR sont des financements qui ne sont pas

reconduits d'année en année, ils sont accordés à titre exceptionnel. Ils peuvent être attribués pour des projets innovants, des actions de prévention, des investissements en équipement ou en infrastructure. Ils peuvent être sollicités dans le cadre d'appels à projets, ou de demandes spécifiques en fonction des priorités de santé publique définies par l'ARS. Les projets financés doivent répondre à des critères de pertinence, d'efficacité et de qualité pour être retenus.

Tous ces partenariats permettent aussi de créer une fluidité dans les parcours de vie en préparant les entrées en établissement qui sont souvent mal vécues par les personnes et leurs familles. Ainsi, via nos relations avec le SMAD, les CH et les médecins libéraux, notre qualité d'accompagnement peut être mis en avant dans la population locale.

### 3.3 La population du territoire

Même si la population de Bourg-Lastic est vieillissante, et que ce facteur tendra à s'accroître dans les années à venir, le nombre de personnes âgées reste faible en effectif par rapport à la métropole clermontoise, et sa démographie continue de diminuer.



*Histogramme de l'évolution démographique de Bourg-Lastic : source École des Hautes Études en Sciences Sociales et INSEE*

Cette réalité se superpose à une autre : le territoire des Combrailles et du Bassin de Santé Intermédiaire du Mont Dore sont dotés de plusieurs EHPAD qui créent un maillage efficace pour répondre à la perte d'autonomie de la population. De plus, il me semble nécessaire de prendre en compte le faible revenu des retraités présents sur notre territoire, la majorité étant issu du secteur agricole. Parallèlement à la paupérisation d'une partie de la

population, il est à noter que le nombre des plus de 75 ans a baissé<sup>2</sup> même si l'indice de vieillissement<sup>3</sup> est en augmentation.

Malgré une faible densité de population avec des moyens très modestes pour la majorité, il existe, selon l'observatoire des inégalités, une corrélation entre revenus modestes et maladies chroniques. Les agriculteurs ont ainsi deux fois plus de risques de souffrir de maladies neuro-dégénératives que les cadres supérieurs. Il convient donc de pouvoir adapter notre accompagnement pour les années à venir, afin de nous adapter à notre population qui devrait développer plus de maladies d'Alzheimer ou apparentées que la population générale, et notamment la population urbaine. Du fait de notre isolement géographique, proposer un accompagnement adapté et innovant nous permettra également de faire venir des personnes plus éloignées géographiquement à la recherche d'une qualité de soins efficace et bienveillante.

En conclusion, notre population va vieillir, elle sera plus fortement touchée par les maladies neuro-dégénératives que la population urbaine mais son nombre va diminuer.

### **3.4 L'architecture de l'EHPAD Les Bruyères**

Actuellement, l'EHPAD se compose de différents secteurs :

- Une unité de 14 lits ouverte en décembre 2021 accueillant les personnes présentant des troubles neuro-dégénératifs
- Une seconde unité de 14 lits, également ouverte en décembre 2021, réservée actuellement à l'accueil de personnes présentant une dépendance élevée nécessitant un accompagnement important pour tous les actes de la vie quotidienne.
- Entre les deux précédentes unités, un jardin thérapeutique aménagé avec des agrès adaptés pour la rééducation et la motricité des personnes âgées dépendantes en perte d'autonomie

---

<sup>2</sup> voir annexe 2

<sup>3</sup> voir annexe 4

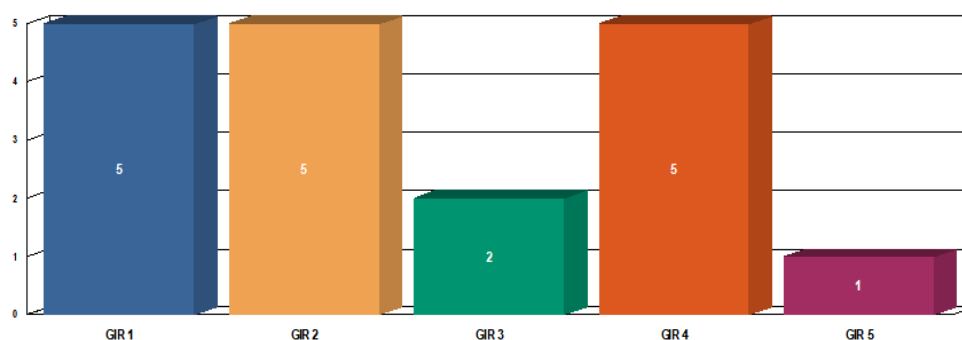
Le bâtiment historique, en cours de rénovation, dispose de 20 lits avec des chambres spacieuses entièrement rénovées. Il accueille aussi les locaux suivants :

- Au rez-de-chaussée : les bureaux administratifs, la salle à manger commune, une salle snoezelen aménagée d'un lit de flottaison, le salon de coiffure et la salle d'activité de l'animatrice ouverte sur le hall d'accueil.
- Au 1er étage : une salle de bain commune avec une balnéothérapie, une salle spacieuse isolée permettant diverses activités accolées à une pièce pouvant être aménagée comme une cuisine thérapeutique et un petit salon de vie pour les résidents.
- Au 2ème étage : un petit salon de vie pour les résidents.

L'architecture de l'EHPAD, de par sa rénovation, est donc propice à la création de petites unités de vie. D'autres projets peuvent aussi être réfléchis, des locaux étant maintenant disponibles pour réaliser des activités.

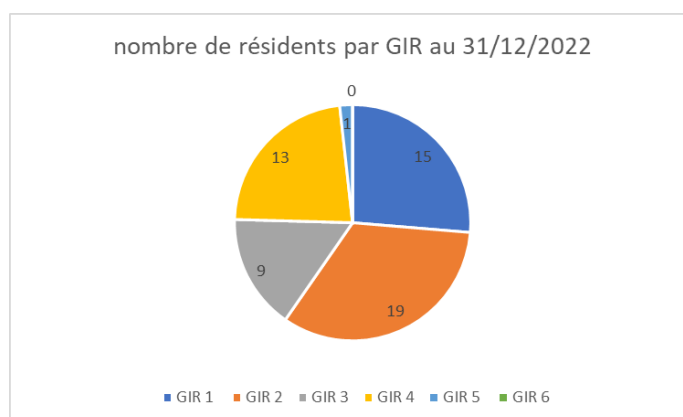
### 3.5 Les résidents de l'EHPAD Les Bruyères

95 % des résidents accueillis au sein de l'EHPAD viennent d'un territoire rural proche, et 41% arrivent de leur domicile. Je constate que cette population est de plus en plus dépendante. Notre dernier Gir Moyen Pondéré, validé en juillet 2020 est de 861. Notre Pathos Moyen Pondéré est de 234.



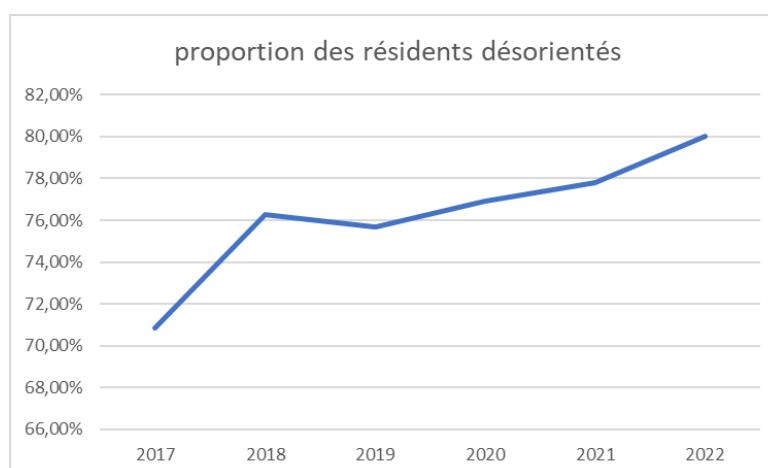
Répartition en GIR des nouveaux résidents accueillis à l'EHPAD : graphique issu de données internes

Sur 18 personnes ayant intégré notre établissement, 10 dépendent d'un GIR 1 / 2. Cela met en évidence un niveau de dépendance de plus en plus élevé des personnes accueillies



*Répartition en GIR des résidents accueillis à l'EHPAD : graphique issu de données internes*

En parallèle d'une dépendance de plus en plus marquée, les troubles cognitifs sont eux aussi de plus en plus prégnants, comme le souligne le tableau ci-dessous.



*Graphique issu de données internes*

Je peux observer que, suite au dernier déménagement qui a eu lieu en mars 2023, une transformation dans le comportement des résidents s'est produite. Avoir à nouveau des lieux de rencontre et d'échange leur a permis de s'ouvrir, de s'appropriier les locaux, et de retrouver le sourire et la convivialité qu'ils avaient perdu durant la 2ème phase des travaux.

Au sein de l'unité protégée, la métamorphose des résidents est aussi flagrante : baisse de la déambulation, des chutes, des angoisses et comportements violents envers le personnel. Le recours aux anxiolytiques a aussi fortement diminué. Nos contacts avec les familles se sont améliorés, et une relation de partage et de confiance est en train de naître. La création de lien est effective et se traduit par les mots des familles qui nous qualifient comme « *une deuxième famille* » pour leur proche.

Malgré cette similitude, je peux comparer l'unité protégée et l'EHPAD « classique » et constater des différences. La place des familles est plus prégnante en unité protégée : les visites sont plus fréquentes, le nombre de visiteurs est aussi plus important. Leur implication est également plus forte au sein de la vie de l'établissement avec, au Conseil de la Vie Sociale, quatre familles sur cinq qui ont leur proche dans l'unité protégée. Cette implication se voit également lors de l'admission, où les visites de préadmission sont les plus fréquentes avec des questions pointues sur l'accompagnement, l'organisation, ou encore la formation du personnel.

Pour quelles raisons les familles se sentent plus investies et concernées dans la vie de l'EHPAD, quand leur proche est accueilli au sein de l'unité protégée ?

Afin d'étayer le diagnostic de l'EHPAD Les Bruyères, j'ai soumis un questionnaire aux familles et je suis allée régulièrement à la rencontre des résidents de l'unité protégée afin de pouvoir mettre en exergue les points forts de l'unité, mais aussi les points à améliorer. Pour les familles, l'impression que donne l'unité protégée est bonne avec une convivialité et un esprit accueillant, aussi bien de la part du personnel que des résidents. Tous disent à l'unanimité que cette unité est adaptée aux troubles de leurs parents en mettant l'accent sur le côté familial et rassurant de cette petite unité (la plupart ont connu l'EHPAD dans le grand bâtiment avant la rénovation), la bienveillance entre résidents, l'absence de jugement sur la pathologie. La qualité de vie de leurs proches est aussi mise en avant à l'unanimité : la propreté des locaux, la bienveillance du personnel, mais aussi des résidents, la présence de chats et d'activités participent à la qualité de cette unité.

Un esprit centré sur la convivialité, la bienveillance et le respect semble donc adapté à la population de notre territoire, en corrélation avec l'esprit rural de notre secteur. Les familles sont plus investies car elles ont accompagné leur proche à domicile pendant de nombreuses années avant de devoir se résoudre à une entrée en EHPAD.

### **3.6 Les ressources humaines de l'EHPAD Les Bruyères**

Afin d'offrir le meilleur accompagnement aux résidents, l'EHPAD dispose de ressources humaines variées :

- Un pôle accueil et administration composé de 3.5 ETP
- 1 ETP d'infirmière coordinatrice
- 5 ETP d'infirmières



- 17 ETP d'aide-soignant dont trois personnes ayant une formation d'assistante de soin en gérontologie et une personne ayant un DU en soins palliatifs
- 13 ETP d'agents sociaux qui s'occupent de l'entretien des locaux et du service de restauration ainsi que l'entretien du linge des résidents, des tenues professionnelles et du linge de toilette.
- 2 ETP de cuisinier et 1 ETP d'aide de cuisine
- 1 ETP d'agent de maintenance du bâtiment
- 1 ETP d'ergothérapeute
- 1 ETP de psychologue
- 1 ETP d'animatrice
- 1 pool de remplacement, composé d'une dizaine d'agents.

L'équipe soignante, composée des infirmières et des aides-soignantes, est l'équipe la plus nombreuse de l'établissement. Elle est présente 24h/24, 7j/7. Elle a un rôle essentiel dans l'accompagnement des résidents. Elle a pour objectif principal de prendre en charge les résidents dans leur globalité, en veillant à leur santé, leur bien-être et leur sécurité. Pour cela, elle les accompagne dans tous les actes de la vie quotidienne (hygiène corporelle, repas, déplacements, etc.) en dispensant des soins personnalisés et adaptés à leur autonomie. Elle réalise des soins préventifs (prévention d'escarres, de la dénutrition, de la déshydratation, campagne de vaccination, etc.), et des soins curatifs (pansements, traitements médicamenteux oraux, traitements injectables, etc.) avec une attention particulière sur la gestion des risques. Avec bienveillance et empathie, l'équipe soignante apporte soutien et réconfort aux résidents et à leurs proches tout au long de leur séjour.

En plus de cet accompagnement, l'équipe soignante anime des ateliers ou des activités, afin de stimuler les résidents en fonction de leurs capacités et de leurs envies (jeux de société, jeux de ballon, manucure, dessin, quizz musical, promenade, etc.). Elle se trouve donc au cœur de l'accompagnement des résidents. Elle les accompagne tout au long de la journée et de la nuit et ce, dès leur admission.

L'équipe soignante est aussi amenée à gérer les périodes difficiles : il arrive que des résidents présentent certains troubles du comportement (opposition, agitation, agressivité, violence, déambulation, etc.). Elle met en place des techniques de soins et d'accompagnement afin de juguler leur intensité, et permettre malgré tout la prise en soins.

Le psychologue en EHPAD a pour mission de favoriser le bien-être psychologique et émotionnel des résidents, de les accompagner dans leur vie quotidienne, et de proposer

des prises en charge adaptées en fonction de leurs besoins. Il travaille en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et les familles pour élaborer un projet individualisé et organiser des activités thérapeutiques.

Les activités de la psychologue se font auprès du résident avec des prises en soin individuelles. Les INM en individuel sont un ensemble de techniques de soins, d'approches environnementales et humaines. Elles ont pour objectifs le traitement et/ou le soulagement de certains symptômes, et l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien être, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. En voici quelques exemples :

- Un entretien d'accueil systématique
- Le recueil de l'histoire de vie et du parcours de soin.
- Un soutien psychologique destiné à accompagner et faciliter certaines étapes douloureuses auxquelles le résident serait confronté.
- Un suivi psychothérapeutique destiné à accompagner une démarche volontaire de travail psychique autour de problématiques liées au vieillissement, à la perte d'autonomie, au sens de la vie à un âge avancé.
- Une évaluation clinique et des passations d'échelles : humeur, risque suicidaire, cognition, comportement, douleur.
- Des séances de relaxation

Ses missions et ses compétences lui permettent aussi un suivi en groupe grâce à :

- L'utilisation du jardin thérapeutique avec de la réhabilitation physique globale, des entretiens cognitifs
- L'animation d'ateliers mémoire

La psychologue de l'EHPAD Les Bruyères a également suivi une formation en hypnose Ericksonienne. Cette technique, inventée par Milton Erickson, est une branche de l'hypnose qui permet de modifier l'état de conscience et de resituer, ou de restituer la réalité propre de la personne. L'hypnose Ericksonienne peut être bénéfique pour les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer, en raison de sa capacité à améliorer la qualité de vie de la personne souffrant de symptômes tels que l'anxiété, la dépression et l'agitation. Elle ne permet pas de récupérer ce que la pathologie neurocognitive a fait perdre, elle vise à libérer les capacités restantes, et à les valoriser pour le résident et son entourage. L'hypnose peut également aider à stimuler la mémoire et la communication verbale, ce qui peut être bénéfique pour les personnes atteintes de démence. En outre, l'hypnose peut aider à réduire la douleur et à améliorer le sommeil, ce qui peut optimiser la qualité de vie globale de la personne atteinte de démence.

Selon Bernard Hervy (2012), pour les EHPAD, « *la finalité de l'animation est de maintenir la personne âgée dans sa réalité relationnelle sociale et quotidienne en lui donnant une image positive de soi* ».

L'animatrice propose des activités dans chaque étage, et dans chaque unité de l'établissement. Le but étant que l'animation se rende au plus près du résident, et ainsi que ces derniers participent au plus grand nombre d'activités. L'année 2022 a permis la réalisation d'une nouvelle activité en lien avec les familles en instaurant l'après-midi jeux et convivialité.

L'animatrice a également suivi des formations en lien avec la prise en charge non médicamenteuse, notamment pour les personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs :

- Le massage crânien par micro-pression est une technique de relaxation qui permet de réduire le stress et l'anxiété chez les résidents, d'améliorer le sommeil (utile en cas d'inversion du rythme nyctéméral), réduire les douleurs et renforcer la relation soignant-soigné.
- Le cadre ludique vise à stimuler les fonctions cognitives, motrices et sociales tout en étant agréable et divertissant. Le cadre ludique dans les jeux permet aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de maintenir et de développer leurs capacités cognitives et sociales, tout en s'amusant.
- Le massage relationnel permet d'utiliser le toucher comme source de communication et de détente. Les effets varient selon les résidents et leur sensibilité au toucher.
- L'espace Snoezelen permet d'apaiser, gérer les troubles du comportement, de favoriser la communication et de stimuler les personnes. Cette démarche vise à prendre en charge le résident dans sa globalité et favorise une démarche humaine. La notion de liberté est mise en avant dans cette démarche.
- Le lit de flottaison a des effets positifs sur les douleurs physiques mais également sur le bien-être et la détente. Le lit de flottaison renvoie à un moment de pause dans la vie institutionnelle de l'établissement où le résident est pris en charge individuellement et surtout dans son individualité. Les séances durent entre 15 et 30 min.

- Les poupées d'empathies, même si des effets positifs ont été observés pour certains résidents souffrant de troubles productifs, leur utilisation au sein de la structure reste controversée. Jugé positif par certains membres de l'équipe, infantilisants par d'autres, ce projet rencontre des difficultés et l'utilisation à ce jour n'est pas optimale.
- Le sac d'Augustine est composé de plusieurs morceaux de tissus cousus l'un avec les autres. Il permet de manipuler et explorer différents tissus et d'apporter un effet calmant ou stimulant.

Toutes les thérapies non médicamenteuses ont des objectifs communs mais aucune technique n'est supérieure à une autre. Les besoins et la sensorialité étant différents pour chaque personne, ces dernières répondent à la pluralité des histoires de vie des résidents.

L'ergothérapeute en EHPAD a pour mission de maintenir l'autonomie et la qualité de vie des résidents en prenant en compte leur état de santé et leur environnement. Il travaille en collaboration avec l'équipe soignante et les familles pour proposer des solutions personnalisées adaptées à chaque résident.

A l'EHPAD Les Bruyères, l'ergothérapeute assure toutes ces missions :

- Évaluation de l'autonomie et des besoins spécifiques de chaque résident.
- Mise en place de programmes d'exercices et d'activités pour améliorer la motricité fine, la coordination, la mémoire, l'attention et la concentration.
- Amélioration de l'environnement pour faciliter la vie quotidienne des résidents, tels que l'aménagement des espaces, et la mise en place d'aides techniques.
- Conseils pour les familles et les aidants pour mieux accompagner les résidents dans leur quotidien.
- Collaboration avec les autres professionnels de santé pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des résidents.

Il met notamment en place un atelier rééducation du syndrome post chute ainsi qu'un atelier équilibre et prévention des chutes avec le parcours DM3 Réadaptation des troubles cognitifs. En lien avec les personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs, il propose une réadaptation des troubles cognitifs.

Au nombre de deux à l'EHPAD, les bénévoles interviennent une fois par semaine afin d'animer un atelier lecture et un atelier peinture.

La maîtrise des activités et des compétences se fait donc en interne. L'établissement se dote de ses propres ressources afin de pouvoir proposer un accompagnement le plus personnalisé possible. Il est donc important de mettre en avant l'approche non médicamenteuse et pluridisciplinaire dont les résidents présentant des troubles neuro-dégénératifs bénéficient au sein de notre établissement. La transversalité des compétences est donc très présente dans l'EHPAD. Il faudrait cependant arriver à développer cette pluridisciplinarité avec l'équipe soignante notamment, et à pouvoir s'inspirer de ce qui se fait dans le monde afin de développer notre accompagnement pour le rendre le plus efficient possible.

### **3.7 Un indicateur pour le développement de notre accompagnement : le schéma départemental du Puy-de-Dôme et le schéma régional de santé**

Le schéma départemental du Puy-de-Dôme concernant les personnes âgées a pour objectif d'organiser la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans le département.

En parallèle, le schéma régional de santé 2018-2023 et le schéma gérontologique du Puy-de-Dôme 2017-2021 indiquent tout de même que la réponse aux besoins en santé non couverts, ou insuffisamment couverts pour les personnes âgées doit mettre l'accent sur « *une vision positive de l'âge* » et sur la dimension éthique de la prise en charge des personnes âgées. Concernant les personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs, une « *une réflexion doit être menée sur le fonctionnement des unités protégées et leurs évolutions* ». Pour appuyer cette volonté des pouvoirs publics, l'objectif n°8 du schéma régional demande « *d'optimiser les réponses apportées par les unités médico-sociales* » via une amélioration du maillage des PASA. L'objectif n°9 indique qu'il faut « *reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires* » notamment en structurant l'offre dans une logique de spécialisation, en particulier pour les maladies neuro-dégénératives. Le Puy-de-Dôme faisant partie des départements les moins équipés en accueil de jour<sup>4</sup>, une piste est à explorer pour créer cette offre de soin manquante.

---

<sup>4</sup> voir annexe 6

Avec la ligne directrice des politiques publiques qui souhaite favoriser le maintien à domicile, un changement de paradigme est donc en cours, et les EHPAD doivent s'adapter à ce changement. En notre faveur, nous pouvons voir l'essoufflement du secteur du domicile. Après un échange avec deux Directeurs de Service Soins Infirmiers à Domicile du Puy-De-Dôme, ils indiquent plusieurs faits :

- Ils refusent tout nouveau dossier du fait du manque de personnel
- Il s'avère que les prises en charge à domicile sont de plus en plus difficiles par manque de professionnels laissant les personnes dans des situations complexes
- Ils ont un taux d'absentéisme supérieur à 25%
- La majorité de leurs salariés restent moins de six mois ce qui engendre une rotation délétère pour l'accompagnement des personnes.

Ce qui m'interpelle à la lecture de ces schémas est qu'aucun appel à projet n'est présent pour l'ouverture d'un accueil de jour ou d'un PASA. Par contre, mon analyse indique clairement un besoin d'évolution de l'accompagnement des personnes présentant des troubles neuro-dégénératifs est en parfaite corrélation avec leurs objectifs. Je dois donc me questionner sur la manière d'améliorer notre offre d'accompagnement, en lien avec les ressources de l'EHPAD, et les moyens à ma disposition.

Comment faire le lien entre moyens à notre disposition, adéquation avec les attentes des autorités de tutelle, et amélioration de l'accompagnement des personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs ?

L'EHPAD de Bourg-Lastic est un établissement important sur notre territoire. Il permet d'apporter une réponse pour l'accompagnement de notre population vieillissante. Des travaux en cours nous permettront de répondre encore plus qualitativement à cette demande. En tant que Directrice, je dois m'assurer de la pérennité et de la qualité de notre offre, afin de pouvoir piloter les enjeux médico-sociaux et humains, d'aujourd'hui et de demain. Ces enjeux concernent les ressources humaines avec la reconnaissance et une valorisation du travail des agents ainsi qu'une amélioration du parcours de soins et d'accompagnement de la personne âgée. Notre offre doit donc progresser et se diversifier pour s'adapter aux besoins qui évoluent dans l'accompagnement de nos aînés.

Pour ce faire, le présent diagnostic m'a permis d'évaluer l'environnement interne et externe de l'EHPAD. J'ai identifié les opportunités et les menaces non maîtrisées par l'établissement, puis ses forces et ses faiblesses. Après avoir regroupé certaines d'entre elles, je retiens dans le tableau suivant les points qui me paraissent les plus significatifs

	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<b>Interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe pluridisciplinaire formée</li> <li>• Relation avec nos autorités de tutelles cordiales et volonté politique de pérenniser notre établissement</li> <li>• Cohésion et vision partagée au sein de l'équipe de direction</li> <li>• Architecture adaptée</li> <li>• Maîtrise des activités en interne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de projet d'établissement, ni de projet de service</li> <li>• Culture du changement à développer</li> <li>• Isolement du territoire</li> <li>• EHPAD en pleine restructuration</li> <li>• Activités à développer</li> </ul>
	<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<b>Externe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariats locaux</li> <li>• Schémas gérontologiques souhaitent développer l'accompagnement des personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs avec CNR et PAIQ</li> <li>• Taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer augmente</li> <li>• Contexte rural</li> <li>• Accompagnement à domicile atteint ses limites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien à domicile est plébiscité par les politiques publiques</li> <li>• Nombre d'EHPAD sur le territoire</li> <li>• Faible densité de population et diminution de celle-ci</li> <li>• Entrée en EHPAD quand les troubles sont importants</li> <li>• Mauvaise presse des EHPAD qui rend difficile notre attractivité et la confiance de la population</li> </ul>

### 3.8 Une problématique à solutionner : les pistes à suivre

Sur la base des cinq forces et des cinq faiblesses majeures retenues, le tableau<sup>5</sup> effectue un croisement stratégique en confrontant ces forces et faiblesses aux cinq opportunités et aux cinq menaces majeures retenues. Ce croisement permet d'identifier comment les forces permettent de saisir les opportunités et protéger des menaces et comment les faiblesses peuvent empêcher de saisir les opportunités et rendre l'EHPAD d'autant plus vulnérable aux menaces.

<sup>5</sup> Voir annexe 9

Le manque réel de soins de qualité pour les personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs sur notre territoire, fait de notre équipe pluridisciplinaire formée et volontaire, notre principal atout. Nous devons, en effet, nous saisir de cette opportunité, vu le nombre croissant de personnes qui développeront cette maladie à l'avenir sur notre territoire, pour améliorer et innover en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs. L'entrée en établissement devient de plus en plus tardive, le maintien au domicile étant plébiscité par les personnes et leurs familles. Nous devons donc adapter notre offre à des publics plus dépendants, atteints de troubles plus évolués et ayant des automatismes, des routines plus marqués. Un des points de vigilance sera de veiller à la résistance des équipes que cela engendrera et favoriser une culture du changement au sein de l'EHPAD.

Notre architecture est aussi une réelle ressource. Cela nous permet de pouvoir déployer un accompagnement de qualité, avec des locaux qui sont déjà adaptés aux troubles des personnes atteintes de maladie neuro-dégénératives. Un aménagement sera nécessaire mais je n'aurais pas besoin de mettre en place des travaux de gros œuvre.

L'isolement de notre territoire peut nous rendre vulnérable aux menaces. Il faut profiter de ces quelques mois de travaux restant pour créer ces partenariats nécessaires à notre développement.

En tant que Directrice de l'EHPAD de Bourg-Lastic, au vu des menaces potentielles auxquelles ma structure est exposée, mais aussi au vu des opportunités que l'EHPAD pourrait saisir, je recommande de développer notre offre d'accompagnement et d'entretenir les liens avec les habitants de notre territoire. En effet, il est important dans un contexte géographique comme le nôtre de perpétuer cette dynamique relationnelle basée sur l'entraide et l'intergénérationnel.

Pour répondre à cet objectif, ma posture réflexive sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD me questionne sur la manière dont on accompagne ces personnes, et sur les effets de nos actions. Elle implique d'avoir une attitude de remise en question et de prise de recul sur nos pratiques, afin de les améliorer et de mieux répondre aux besoins des personnes.

Ma réflexion porte sur plusieurs points : la prise de conscience et l'identification de nos propres valeurs et de nos représentations, la confrontation à la réalité des personnes ayant une maladie d'Alzheimer, la remise en question de nos pratiques, l'élaboration de nouvelles



compétences et de nouveaux savoirs avec la mise en place de nouvelles méthodes de soins plus adaptées.

Pour l'EHPAD dont je suis la Directrice, les objectifs sont multiples :

- Pérenniser l'EHPAD dans un secteur qui subit une crise inédite et dont le taux d'occupation est faible,
- Apporter une réponse innovante en termes d'offre de soins aux habitants de notre territoire et proposer une prestation de qualité, adaptée aux personnes ayant des troubles cognitifs accueillies dans notre établissement ainsi qu'à leurs familles.
- Améliorer la qualité de vie au travail des salariés.

L'ouverture de la première unité ne s'est donc pas faite conformément aux procédures en vigueur. Cela s'est fait suite à l'opportunité architecturale créée par les travaux. Cette ouverture a quand même été construite avec les agents en leur fournissant les formations dont ils avaient besoin et en co-construisant les fiches de postes avec eux.

L'ouverture « accidentelle », l'émergence originale sans projet établis de l'unité protégée de l'EHPAD Les Bruyères me permet de me questionner de la manière suivante : comment développer cette offre d'accompagnement, à l'aide de notre projet de service et des plans d'investissements, pour qu'il soit reconnu et efficient ?

L'ouverture de notre unité protégée ayant été accordée à moyens constants, sans PASA ni accueil de jour, je n'ai pas de moyens financiers supplémentaires à utiliser pour développer notre accompagnement à ce jour. Aucun appel à projet de l'ARS ARA n'est axé sur l'ouverture d'accueil de jour ou de PASA. Cependant, la signature du CPOM en 2025 sera l'occasion de mettre en avant notre savoir-faire, qu'il soit reconnu et que nous développions nos compétences.

Il existe plusieurs approches innovantes pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer que nous pourrions développer au sein de l'EHPAD Les Bruyères grâce aux PAIQ ou aux CNR.

Voici quelques exemples :

- L'utilisation de thérapies non-médicamenteuse consiste à proposer des activités cognitives, sensorielles ou physiques pour stimuler les capacités

restantes de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elles peuvent comprendre des activités artistiques, musicales, ou encore des activités basées sur la stimulation sensorielle.

- L'utilisation des nouvelles technologies, telles que les tablettes, les jeux vidéo ou les applications spécifiques, peuvent être utilisées pour aider les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à stimuler leur mémoire, leur attention ou leur orientation. Elles permettent également de pouvoir développer des liens avec les jeunes générations qui est un lien recherché par les personnes accueillies en EHPAD.
- Certains environnements peuvent être adaptés pour mieux prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Par exemple, des aménagements de l'espace ou des couleurs peuvent être utilisés pour aider les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à mieux se repérer dans leur environnement.
- Les approches centrées sur la personne sont propices pour prendre en considération les besoins, les préférences, et les objectifs de chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans le but d'adapter la prise en charge à leurs besoins individuels, et à leur mode de vie. Cette approche permet de mettre la personne atteinte de troubles neuro-dégénératifs au centre de nos interventions et de garantir un accompagnement plus personnalisé.

Il s'agit donc de développer une démarche continue et dynamique, qui permettrait de mieux comprendre les besoins et les attentes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer grâce à notre expérience, et de mettre en place un accompagnement de qualité et respectueux de leur dignité et de leurs droits.

Les axes d'amélioration et d'innovation dans l'accompagnement des résidents atteints de maladies neuro-dégénératives sont donc multiples. Je dois m'engager dans cette voie pour plusieurs raisons. La demande d'admission en augmentation dans notre EHPAD, la souffrance des personnes et des familles lors de l'admission doivent nous inciter à continuer l'amélioration de notre accompagnement. Car, même à moyens constants, nous avons su développer des compétences et un environnement favorable à la diminution des troubles du comportement générés par la maladie. Ainsi, cette unité bénéficie de réelles spécificités qui font que les résidents sont bien accompagnés, et que les professionnels prennent plaisir à y travailler. Cependant, cette offre n'est pas suffisante et elle peut être améliorée.

A la lecture de ce qui se fait dans le monde et des préconisations de l'OMS, voici les axes que je peux développer au sein de l'EHPAD pour mettre en place une approche holistique pluridisciplinaire :

- Mettre l'accent sur les soins primaires en formant les professionnels pour développer leurs compétences relationnelles, leur empathie, et leur communication afin de mieux comprendre et répondre aux besoins des résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées ainsi qu'apporter un soutien adapté aux aidants.
- Développer la philosophie du « person-centred care » en m'appuyant sur la création du projet de service.
- Améliorer le travail en équipe en développant ce que l'on fait avec notre trinôme ergothérapeute / animatrice / psychologue au reste de l'équipe l'EHPAD Les Bruyères.
- S'équiper de technologies de pointe grâce à des CNR ou du PAIQ :
  - Les systèmes de géolocalisation
  - Des applications de communication et de partage de photos
  - Les robots de compagnie interactifs.
- Faire participer la communauté et les familles en développant des activités culturelles et plaisantes pour les résidents.

Nos points forts sont notre architecture et l'expérience de l'ouverture d'une première unité fin 2021. Ce qui a mené à la réussite de cette ouverture est que l'ensemble du personnel était volontaire pour y travailler. Le personnel a été formé par la psychologue de l'établissement et via des formations intramuros co-construites avec le CNFPT. Leurs besoins en termes de formation avaient été recueillis lors des entretiens annuels et les formations ont pu être personnalisées en fonction de ces retours.

Afin de répondre aux besoins de notre territoire et grâce à nos forces et à nos opportunités, il serait pertinent d'identifier la seconde unité comme une unité protégée. L'EHPAD dispose déjà de locaux adaptés à certains symptômes de la maladie, notamment la déambulation. Comme le veut la définition d'un projet, il convient donc de pouvoir se projeter afin de faire de cette ouverture une réussite. Nous avons une première expérience dont nous pouvons déjà tirer des enseignements afin d'améliorer et d'optimiser une nouvelle ouverture d'unité protégée.

**Entre réponse aux besoins du territoire et spécificité du public accueilli, comment le développement d'une unité protégée à l'aide de pratiques innovantes permet d'atténuer les conséquences des troubles induits par les maladies neuro-dégénératives ?**

## **4 L'ouverture d'une nouvelle unité protégée en développant un accompagnement innovant**

Le mot projet vient du latin « *projectum de projicere* » qui veut dire « *jeter quelque chose vers l'avant* ». Selon le Nouveau Littré, un projet est « *ce qu'on a l'intention de faire dans un avenir plus ou moins éloigné* », c'est-à-dire coordonner la mise en place d'un ensemble d'activités dans le but d'atteindre un objectif précis. Construire un projet, c'est donc se représenter l'inactuel, avoir un idéal à atteindre et s'imaginer le futur par la construction d'actes organisés.

À la suite de mes recherches, différentes possibilités pouvaient être mises en place afin de développer l'accompagnement des personnes présentant des troubles neuro-dégénératifs. La création d'une UHR, d'un PASA ou d'un accueil de jour me paraissaient très important pour l'EHPAD. La limite à laquelle je me confronte aujourd'hui est que, tous ces services, ne peuvent être ouverts que via un appel à projet. Comme il n'y en a pas à ce jour, cette voie est, pour l'instant, sans issue. Je peux cependant garder ces éventualités pour le futur en mettant en place une surveillance régulière des appels à projet.

Mon objectif, pour répondre à ma problématique, est donc d'ouvrir une nouvelle unité en développant un accompagnement innovant. Je m'appuierai sur ce qui fonctionne bien dans la première et développerai d'autres approches, nécessaires pour augmenter la qualité de notre accompagnement. Il faudra, pour cela, que j'apporte des améliorations en lien avec les manques identifiés précédemment : établir le projet de service en identifiant des valeurs communes qui fonderont le socle de ce projet et le mettre en œuvre, développer des thérapies non médicamenteuses, mettre en place un plan de formation du personnel pour répondre à leurs besoins, mettre en œuvre les projets personnalisés, les faire vivre de manière simplifiée afin que ce soit un vrai outil, et non pas une obligation vide de sens que l'on remplit.

En termes d'architecture, le projet d'extension-rénovation a permis la construction de deux unités jumelles séparées par un jardin thérapeutique. Une est actuellement identifiée comme une unité protégée, la seconde est actuellement identifiée comme une unité classique.



Plan des unités vue du dessus : plans réalisés par la société Cité Architecture

Notre architecture est donc déjà propice à l'ouverture d'une nouvelle unité, sans travaux à engager, les bâtiments étant déjà construits et adaptés.

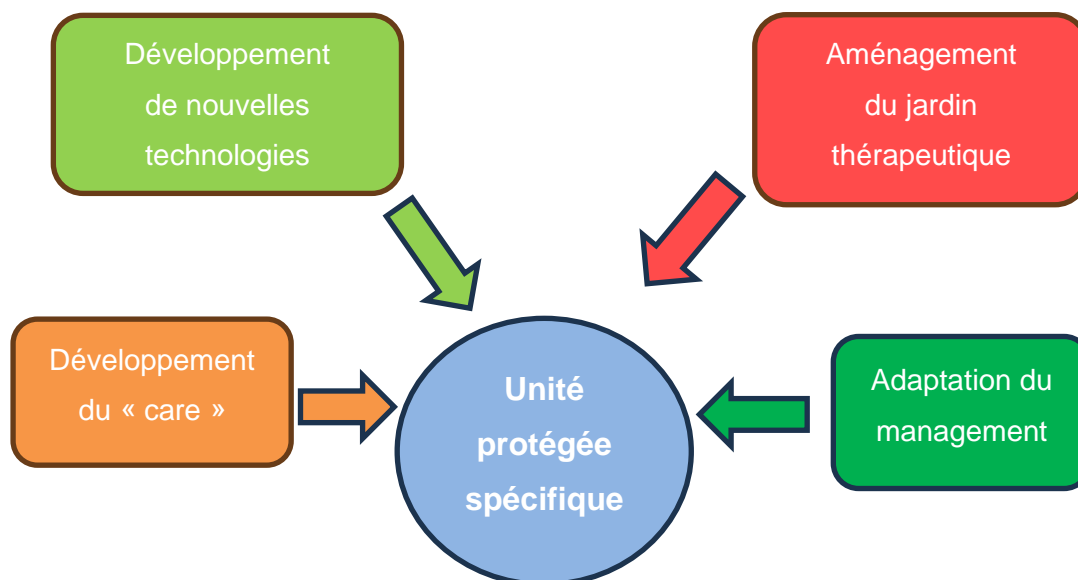
Afin d'évaluer et de recueillir l'avis des résidents accueillis dans la première unité, j'ai effectué des entretiens informels auprès d'eux. À la suite de ces entretiens, voici les points d'amélioration que nous pourrions mettre en place :

- Augmenter les temps de rencontre avec les enfants du centre de loisirs et de l'école maternelle. En effet, au cours de ces entretiens, ils n'évoquent pas de besoins particuliers en animation. Tous sont satisfaits et ne souhaitent pas augmenter les temps d'animation, mettant en avant une fatigabilité importante : *« je suis vieux, je n'ai pas envie d'avoir beaucoup d'activité, ce que je veux c'est pouvoir me reposer tranquillement »*. Par contre, tous aimeraient voir plus souvent des enfants et partager des activités avec eux, *« les enfants, ils mettent de la vie, ils sont mignons »*. Il n'est donc pas question ici de quantité d'animation mais d'adaptabilité des animations en fonction de leurs souhaits.
- Ils aimeraient également être plus souvent en contact avec des animaux. Les chats de l'EHPAD sont très appréciés, mais partager des moments avec d'autres animaux est une de leur demande : *« les chats ils sont mignons mais on ne les voit pas toujours et ils ont leur tête »*.
- Cette unité à petite échelle leur donne le sentiment d'être *« choyés »*, *« bien dorlotés »* et *« considérés »*. Ils disent *« nous sommes comme une famille, on se connaît tous, on se fait la bise le matin »* : c'est donc un point à mettre en avant et à consolider.

- Une des principales attentes des résidents est la qualité des repas et le plaisir de manger ensemble autour de la table « *le plaisir qu'il nous reste, c'est manger ! on ne va pas se mettre au régime à notre âge !* ».
- Ils souhaitent avoir davantage d'activité de plein air afin de profiter encore plus du jardin : « *on ne va pas assez dans le jardin, il est petit, on a vite fait le tour* ».

Un autre des objectifs de cette nouvelle unité sera d'apporter aux résidents une vision différente de l'accompagnement, basée sur le « care », avec une ouverture sur l'extérieur adaptée à notre contexte de ruralité.

Elle sera spécifique et innovante car nous y développerons des nouvelles technologies et nous aménagerons le jardin en adéquation avec les troubles des résidents. Cette seconde ouverture permettra également une transversalité entre les unités. Cette transversalité rendra possible l'accompagnement des parcours de vie des résidents en suivant l'évolution de leur dépendance. Je pourrai ainsi libérer des places sur la première unité pour les personnes dont les symptômes sont moins importants, permettant ainsi une fluidité de parcours en créant une alternative bénéfique.



Concepts pour la nouvelle unité protégée : graphique réalisé par mes soins

## 4.1 Une spécificité à construire

### 4.1.1 Une philosophie commune

Mon premier objectif de travail sera le « care » ou comment être en harmonie avec les habitudes de vie des personnes de notre territoire. Que ce soit dans la province de Québec ou dans les pays nordiques, il a été mis en évidence dans ces pays, souvent désignés comme précurseurs de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, une philosophie, une vision particulière des soignants sur la maladie.

Apprendre à réfléchir sur le soin et la santé, à différencier le « cure » et le « care », permet d'approfondir la notion de travail dans les relations humaines. Le « cure » et le « care » sont deux concepts distincts mais complémentaires, utilisés pour décrire des approches différentes dans le domaine des soins et de la santé. Je pense qu'il est indispensable et de ma responsabilité de Directrice, d'impulser, de sensibiliser et de former les équipes à ces deux approches afin que nous prenions en compte, dans la globalité, la spécificité des résidents de l'unité.

Le « cure » se réfère principalement aux traitements médicaux et aux interventions visant à guérir une maladie, à traiter les symptômes, et à restaurer la santé physique. Dans son article « *Qu'est-ce que le care ?* », Fabienne Brugère (2021), professeure de philosophie, nous dit que le soin au sens du « cure », promet le retour à la santé perdue suite à l'ébranlement que constitue l'entrée dans la maladie. Cependant, les personnes souffrant de troubles neuro-dégénératifs et notamment de la maladie d'Alzheimer ne peuvent pas prétendre à la guérison. En effet, la guérison selon le Dictionnaire Larousse est « *la disparition totale des symptômes d'une maladie, ou des conséquences d'une blessure, avec retour à l'état de santé antérieur* ». Or, nous avons vu plus haut qu'il n'y a pas de traitement à ce jour contre les maladies d'Alzheimer et apparentées.

Le « care », quant à lui, met l'accent sur les dimensions émotionnelles, relationnelles et sociales des soins. Il englobe les actes d'attention, de soutien et de prise en charge apportés aux personnes en situation de vulnérabilité, qu'il s'agisse de soins médicaux, psychologiques ou sociaux. Le « care » reconnaît l'importance des relations, de la compassion, de l'empathie, et du respect de la dignité de la personne soignée. Il va au-delà du traitement des symptômes pour prendre en compte les besoins holistiques des individus, y compris leurs besoins émotionnels, relationnels et spirituels.



Afin de ne pas perdre de vue qu'un EHPAD est aussi un lieu de soins, il est important de noter que le « cure » et le « care » ne sont pas mutuellement exclusifs, mais plutôt complémentaires. Les soins de santé optimaux combinent les aspects du « cure » et du « care », en intégrant des approches médicales efficaces avec une attention, et un soutien émotionnels adéquats pour répondre aux besoins globaux des individus.

Selon Avishai Margalit (2017), « *une société décente est une société dont les institutions n'humilient pas les gens* ». Le développement du concept du « care » dans notre EHPAD est donc essentiel pour garantir une approche globale et de qualité dans les soins pour l'accompagnement des résidents atteints de troubles neuro-dégénératifs. Pour atteindre nos objectifs, il faudra former l'ensemble du personnel pour qu'ils développent leurs compétences et leurs accompagnements.

#### **4.1.2 L'aide des nouvelles technologies**

Au-delà des accompagnements efficaces qui sont déjà en place dans notre établissement, je peux identifier, grâce au tour d'horizon précédent, qu'il est encore possible de développer de nombreuses approches afin de permettre aux résidents atteints de troubles neuro-dégénératifs d'avoir un environnement et des activités plus adaptées et qui tendent à améliorer leur qualité de vie. Ces accompagnements respectent le principe du « care » et permettent l'utilisation et l'application de cette philosophie.

Je présente les nouvelles technologies ci-après car, lors des entretiens professionnels, j'ai constaté la présence d'un sentiment d'impuissance des soignants face à la douleur psychique et à certains troubles du comportement des résidents. Ce mal être du personnel est préjudiciable à la relation établie avec la personne accueillie. Consciente de cet état de fait, je souhaite donc développer les thérapies non médicamenteuses au sein de notre structure. En effet, nous pouvons constater que le bien-être des professionnels dépend du bien-être des résidents et vice-versa. Au sein des nouvelles technologies, celles que je vais vous présenter offrent un intérêt d'accompagnement clairement établi.

Le phoque Paro est un robot thérapeutique créé au Japon pour aider les personnes atteintes de démence, en particulier les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Ce robot émotionnel a été conçu pour ressembler à un phoque, avec des yeux, un nez et une bouche qui bougent en réponse aux stimuli externes. Il est recouvert d'une fourrure douce pour rappeler la texture d'un vrai phoque. Paro est équipé de capteurs tactiles,

auditifs et visuels qui lui permettent de détecter les mouvements, les sons et les gestes de la personne qui interagit avec lui.

Le phoque Paro a été utilisé avec succès dans différents contextes thérapeutiques, notamment pour réduire l'anxiété et le stress chez les personnes atteintes de démence, stimuler leur cognition et leur mémoire, et favoriser l'interaction sociale. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont montré une augmentation de leur bien-être et de leur humeur positive lorsqu'elles ont interagi avec Paro, ainsi qu'une diminution de leur agitation et de leur agressivité. De plus, il est reconnu par l'ARS comme un dispositif médical.



*Photo : ressource interne à l'EHPAD Les Bruyères*

La Tovertafel®, également connue sous le nom de « table magique » en français, est un système de jeux interactifs conçu pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, en particulier les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette technologie a été créée aux Pays-Bas par la société Active Cues.

La Tovertafel® est un projecteur fixé au plafond qui projette des images interactives sur une table. Ces images réagissent au toucher et aux mouvements des personnes assises autour de la table, ce qui stimule leur cognition, leur motricité fine et leur interaction sociale. Ce vidéoprojecteur est doté de capteurs infrarouges et de haut-parleurs positionnés au plafond. Celui-ci projette des images mobiles lumineuses et amusantes qui entrent en interaction avec les résidents.

Les jeux proposés par la Tovertafel® sont conçus pour être simples et intuitifs, afin que les personnes ayant des troubles cognitifs puissent facilement comprendre comment jouer et interagir avec les images. Les jeux ont également été conçus pour encourager la communication, la collaboration et la socialisation entre les joueurs.

La Tovertafel® a été utilisée avec succès dans différents contextes thérapeutiques, notamment pour réduire l'isolement, stimuler la cognition et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles cognitifs. Nous avons pu le constater nous-même. En effet, nous avons testé sur un après-midi, la Tovertafel® à l'EHPAD. Lors de ce temps d'expérimentation, nous avons été surpris par les effets positifs de ce dispositif sur les comportements des résidents surtout pour les personnes souffrant d'apathie.

La Tovertafel® se déplace aisément et elle pourra donc être proposée à tous les résidents de l'EHPAD. De plus, développer différentes approches nous permet de répondre aux recommandations de la HAS et du Plan Alzheimer.



*Photo : ressource interne à l'EHPAD Les Bruyères*

### **4.1.3 Un jardin qui fait sens**

Dans les retours de résidents identifiés plus haut, il y avait une demande d'utilisation plus fréquente du jardin thérapeutique. La vie en milieu rural qui a été la leur, donne chez les personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs un attrait et un intérêt pour l'extérieur. Je pense qu'il est aussi utile et pertinent de mutualiser cette demande avec celle de développement des liens intergénérationnels.

Actuellement, certains membres de l'équipe ont commencé à investir le jardin pour des activités basées essentiellement sur la marche. Durant l'été, le kinésithérapeute utilise également cet espace pour ses séances, ainsi que l'ergothérapeute avec les agrès installés. Toutefois, son utilisation est limitée par manque de matériel et d'adaptation à la pluralité des besoins de nos résidents.

En effet, un jardin thérapeutique ne doit pas seulement être accessible et sécurisé. Il doit être pensé pour que les professionnels puissent poursuivre des objectifs spécifiques et des

activités thérapeutiques. En milieu rural, les personnes ont toujours eu des relations privilégiées avec la nature, l'extérieur, les sons et le toucher. Nos résidents, pour la quasi-totalité anciens agriculteurs, ont entretenu ce rapport avec la nature et cela participe à leur bien-être et à garder des acquis via des réflexes ancrés en eux. Cet espace ne doit donc pas être uniquement un aménagement paysager, dans la mesure où son action thérapeutique intervient tant sur des modes passifs, comme la promenade et la contemplation, que sur des modes actifs dans le partage autour d'activités adaptées.

Le jardin possède donc une réelle visée thérapeutique quand il permet la pratique d'activités adaptées visant à agir sur les fonctions cognitives, les capacités physiques, les praxies, les habilités sociales et la qualité de vie des résidents. C'est un jardin qui doit stimuler les sens. Il agit également sur le lien avec les familles, qui pourront y passer des moments agréables avec leurs proches.

Actuellement, nous avons un chemin de déambulation, des agrès et des jardinières. En reprenant la littérature sur le jardin thérapeutique, et en m'appuyant sur les aspirations des soignants, et sur la connaissance de nos résidents, il me semble important d'enrichir le jardin avec des instruments de musique adaptés. En effet, je constate au sein de l'unité, trois rôles importants de la musique :

- Nous accueillons une personne d'origine étrangère, qui parle très peu notre langue. Les troubles cognitifs évoluant, la communication avec le personnel et les autres résidents est de plus en plus difficile pour lui. Il a donc tendance à se renfermer sur lui-même. Par contre, ce monsieur joue de la flûte. Dès qu'il prend son instrument, les autres résidents dansent et l'applaudissent ce qui lui redonne le sourire.
- Une personne dont les troubles évoluent de plus en plus, perd ses mots et la communication avec les autres se délite petit à petit. Par contre, ce monsieur n'a jamais perdu les mécanismes de la musique et il joue de l'harmonica régulièrement ce qui crée des liens avec les autres.
- Dès qu'il y a de la musique, les résidents chantent, dansent pour certains, applaudissent et apprécient ce moment même si eux-mêmes ne sont pas musiciens.

Agrémenter notre jardin, avec des instruments de musique spécifiques, sera donc aussi un moyen d'adapter notre environnement à notre population. Ce projet alliera les objectifs d'utilisation du jardin, de création de lien et de valorisation des capacités des résidents.

## 4.2 Les outils et les moyens à mettre en place

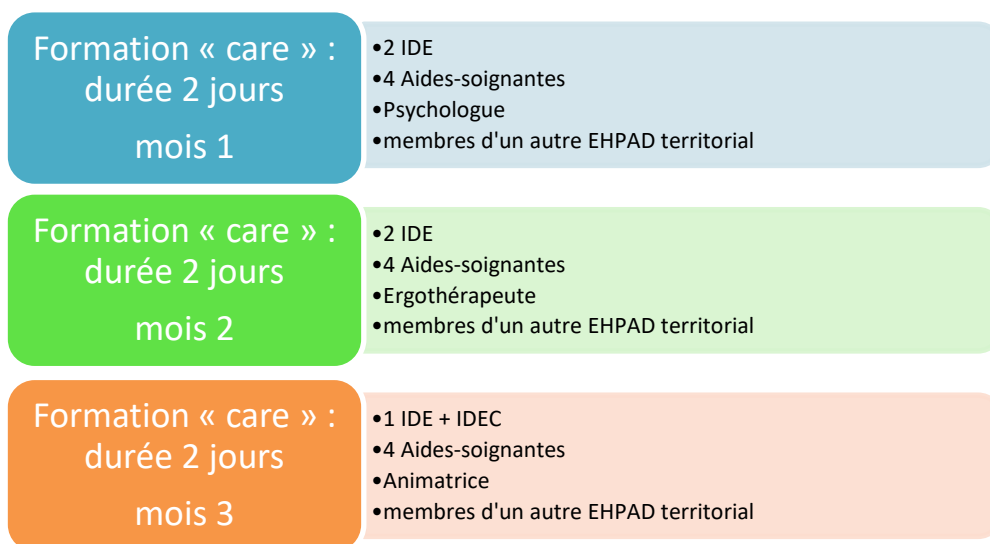
### 4.2.1 Développer le « care »

Si je souhaite interroger de nouveau l'accompagnement des personnes présentant des troubles neuro-dégénératifs pour diminuer leurs impacts sur le quotidien, je ne peux pas faire l'impasse sur la formation du personnel. Les formations classiques concernant la connaissance des troubles neuro-dégénératifs sont une étape indispensable mais non suffisantes. Elles permettent de comprendre les mécanismes médicaux de la maladie, d'adapter les approches et les interventions pour répondre à certains besoins des résidents mais il serait trop réducteur de se contenter seulement de cette approche, qui est surtout basée sur le « cure ».

Pour développer le courant de pensée du « care » au sein de l'EHPAD, je propose la mise en place des actions suivantes :

- Je vais créer une formation sur le « care » et la communication bienveillante en collaboration avec le Centre National de la Fonction Publique Territoriale qui est notre opérateur de compétences. La communication joue un rôle crucial dans la mise en œuvre du « care ». Je demanderai à la psychologue et à l'IDEC de co-construire, avec le formateur désigné par le CNFPT, les objectifs et le contenu de la formation. La psychologue sera la référente de ce projet. Le temps nécessaire à cette création sera de 4 mois, à l'aide d'une rencontre sur site avec la formatrice puis d'échanges de mails et téléphoniques afin d'adapter le contenu. Chaque session de formation durera 2 jours, elle sera renouvelée sur 3 mois consécutifs afin de ne pas surcharger le planning des remplaçantes et garder des plages disponibles en cas d'arrêt maladie.

Nous pourrions ainsi développer une formation spécifique sur la communication bienveillante, en mettant l'accent sur l'écoute active, la validation des émotions, l'attention aux besoins non verbaux et la création d'un environnement de dialogue ouvert et respectueux qui permettra de construire une solide base pour développer le concept du « care » au sein de l'EHPAD. Je formerai les infirmières afin qu'elles aient les outils pour aider les équipes, en lien avec le rôle d'encadrement incombant à leur fonction. Je formerai également les aides-soignantes, l'ergothérapeute et l'animatrice. Afin de ne pas impacter trop lourdement l'organisation du travail et le remplacement, voici, schématiquement, l'organisation de la formation qui sera espacés dans le temps.



*Mise en place et organisation de la formation sur le « care » : graphique réalisé par mes soins*

Plus tard, je pourrais former le reste de l'équipe aide-soignante et les agents sociaux sur le même principe.

Afin de créer des partenariats avec les autres établissements territoriaux, je prendrai contact avec les Directeurs pour leur présenter la formation, et leur proposer d'y inscrire leurs agents.

Cette formation aura un impact financier limité pour le budget de l'EHPAD. Elle aura lieu intra-muros, limitant les frais de déplacement et touchant ainsi tous les membres du personnel. L'impact financier sera dû au remplacement des agents en formation.

Je ne mettrai pas en place des groupes de travail à la suite de cette formation, le reste du projet étant déjà chronophage sur ce point. Cette vision du soin se manifestera lors des transmissions, où seront prises les décisions pour l'accompagnement des résidents et lors des réunions des projets personnalisés. La psychologue et l'IDEC y étant présentes, elles y veilleront. L'application de ce concept y sera recherchée, autant que possible.

Pour faire suite à la formation et pour la matérialiser, la participation des résidents sera encouragée avec l'instauration de rencontres mensuelles avec les résidents de l'unité. Avec ces rencontres, ils seront impliqués dans la prise de décision concernant leur vie quotidienne au sein de l'unité. Cela leur donnera des opportunités pour choisir, s'exprimer et participer à des activités selon leurs intérêts et leurs capacités. Par exemple, ils élaboreront une semaine de menus par mois avec le cuisinier de l'EHPAD. Cela renforcera leur autonomie et leur sentiment d'appartenance et d'utilité.

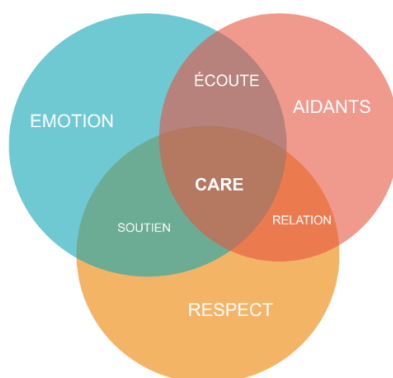
Le courant de pensée du « care » ne se limite pas aux résidents, mais il s'étend également au bien-être émotionnel et psychologique du personnel. Avec des ateliers d'APP, je mettrai en place des sources d'échanges, de questionnements et de partages confidentiels qui encourageront un environnement de travail respectueux, où le personnel se sent écouté, soutenu et valorisé. Le bien-être du personnel ayant un impact direct sur la qualité des soins prodigués, il est donc de mon devoir de favoriser ce qui contribue au bien-être du personnel.

Les groupes d'APP seront mis en place avec l'association LAVIHE, dont nous sommes adhérents. Leur psychologue spécialisé interviendra avec quatre séances sur l'année. Ces groupes seront présentés et proposés aux équipes avec une affiche et une information écrite dans les transmissions. Il aura la charge de définir les dates, les modalités de déroulement des séances et la conduite des réunions. A la suite de ces séances, si ces rencontres sont plébiscitées, elles seront renouvelées. Sinon, nous les arrêterons.

Nous avons actuellement un ETP de psychologue financé par le Département. Pour développer une activité annexe, la psychologue de l'EHPAD a souhaité diminuer son temps de travail à 70%. Les 30% restant, financés pour le poste de psychologue, seront utilisés pour financer le groupe d'APP.

Je favoriserai la collaboration entre les différents professionnels de santé et de soins présents dans l'EHPAD (infirmiers, aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes, etc.). J'encouragerai les échanges d'expériences sur le temps des transmissions, où ils partageront leurs connaissances et coordonneront leurs interventions pour une approche holistique et complète du « care ».

Ces temps seront encadrés par l'infirmière coordinatrice et les décisions prises seront tracées dans le dossier sécurisé du résident. Ainsi, chaque membre du personnel aura accès à ces données lorsqu'il lira les transmissions, à chaque prise de poste.



*Le « care » au centre de l'accompagnement : schéma réalisé par mes soins*

#### 4.2.2 Le phoque Paro et la Tovertafel®

Pour mettre en place l'utilisation du phoque Paro et de la Tovertafel®, voici ce que je propose, sur une durée d'un an<sup>6</sup> :

- Présenter et faire valider le projet d'acquisition et de demande d'aide financière au Conseil d'Administration
- Réaliser et déposer les dossiers de demande de financements afin que l'acquisition et la formation du personnel à l'utilisation de ces dispositifs soient pris en charge par les PAIQ de l'ARS.

Une fois l'acceptation des demandes d'aides, mettre en place le projet :

- Identifier quatre référents parmi le personnel sur la base du volontariat (une IDE, deux aides-soignants et l'animatrice), qui suivront leur bonne utilisation, leur pertinence et leur efficacité. Je créerai une fiche de mission spécifique afin de détailler leurs tâches, leurs objectifs et mes attentes. L'animatrice pilotera le groupe.
- Solliciter l'agent d'entretien afin d'identifier avec lui les endroits les plus propices à l'installation de la Tovertafel®.
- Etablir un groupe de travail au sein de l'EHPAD qui élaborera sur la mise en place et l'utilisation des dispositifs. Ce groupe de travail sera encadré par les référents. Dans un premier temps, les référents seront encadrés par l'IDEC et moi-même afin de ne pas les mettre en difficultés. Quand ils se sentiront à l'aise, ils pourront conduire les groupes de manière autonome ce qui les valorisera. Il se réunira une fois par mois pendant une heure, les quatre premiers mois puis une fois tous les deux mois.
- Le groupe établira la grille des comportements à observer chez les résidents lors de l'utilisation de Paro et de la Tovertafel® à l'aide des indications fournies par les fabricants. Ils me transmettront leur travail et je créerai une fiche référence pour le personnel. Je leur ferai valider cette fiche.
- Former le personnel à l'utilisation de ces dispositifs : une première formation aura lieu avec les formateurs certifiés, d'une durée de 45 mn, où seront présents les référents. Puis les agents formés pourront, à leur tour, former leurs collègues, sur plusieurs temps courts de 20-30 mn, pendant trois semaines.

---

<sup>6</sup> Voir annexe 11



- Dans un premier temps, le groupe de travail établira un jour d'utilisation fixe par semaine afin que le personnel et les résidents s'approprient l'utilisation, et que la dynamique de mise en place se lance.
- Sensibiliser les familles à ces technologies, elles-mêmes pouvant participer à des ateliers de Tovertafel® ou utiliser Paro avec leurs proches. Cela se traduira par des affiches, à l'entrée de l'établissement et de l'unité. Le groupe de travail, avec l'aide de l'animatrice, travailleront à la conception des affiches. J'enverrai également des mails aux familles concernées afin de toucher un maximum de personnes. Les familles présentes lors des ateliers seront conviées par l'équipe, à participer si elles le souhaitent.
- Utiliser la presse locale afin d'établir une communication extérieure pour promouvoir notre accompagnement afin de mettre en avant ces technologies et valoriser le travail du personnel. Je contacterai notre interlocutrice du journal « La Montagne » afin de lui présenter ces dispositifs, en situation d'utilisation.
- Mettre en place des ateliers intergénérationnels. Je prendrai contact avec la Directrice de l'école et du Centre de Loisirs pour leur présenter Tovertafel® et Paro et définir un calendrier de rencontre pour les mois à venir. Le calendrier sera défini avec l'animatrice afin qu'elle puisse réaliser ces ateliers.
- Programmer une réunion avec les référents, l'IDEC et moi-même, à trois mois d'utilisation et de mise en place des ateliers, pour faire un premier retour d'expérience afin de réajuster le projet si nécessaire.

L'acquisition de Paro (8 328 €) et de la Tovertafel® (9 516 €) se fera par l'intermédiaire des PAIQ, ceux-ci remplissant pleinement leurs cahiers des charges. L'EHPAD étant en pleine restructuration, elle ne peut pas financer seule, actuellement, l'achat de ces dispositifs. Si les demandes d'aides sont refusées, nous les réitérerons l'année suivante. En cas de nouvel échec, je prévois leur acquisition au budget, étalée sur deux ans.

En parallèle de l'achat, il faudra également dégager du temps pour le personnel afin de se former.

### 4.2.3 Un jardin musical

L'innovation et la spécificité de notre accompagnement passera aussi par l'aménagement du jardin. Un jardin thérapeutique doit également pouvoir solliciter les sens et créer du lien. La musique permet de stimuler les capacités cognitives, émotionnelles et sociales des résidents. Ainsi, pour allier le toucher et l'ouïe, je souhaite installer des percussions adaptées à l'extérieur et qui permettront de faire de la musique sans connaissance particulière, et avec des problèmes de praxie souvent présentes chez la personne âgée. Avec ces installations, les professionnels, tout comme les résidents et leurs familles, pourront s'initier aux rythmes musicaux, sans formation particulière, en créant des mélodies harmonieuses.



*Utilisation d'un instrument adapté en atelier intergénérationnel.*

*Photo : ressource interne à l'EHPAD Les Bruyères (accord de diffusion)*

Pour mettre en place le projet « un jardin musical », voici ce que je propose<sup>7</sup> :

- Je vais rechercher des instruments de musique extérieurs :
  - Consulter des spécialistes de l'aménagement extérieur pour identifier des instruments de musique adaptés à l'environnement extérieur de l'EHPAD, résistants aux intempéries et faciles à utiliser.
  - Sélectionner des instruments variés pour offrir une diversité sonore et des possibilités d'expression créative, tels que des carillons éoliens, des xylophones extérieurs ou des tambours. Faire participer les résidents au choix de ces instruments.
  - Faire établir un devis par les sociétés proposant des instruments adaptés.

---

<sup>7</sup> Voir Annexe 11

- Nommer deux référents de projet, dont l'ergothérapeute en lien avec ses compétences. Ces référents m'aideront à choisir les instruments pertinents à l'atteinte des objectifs du jardin. Si plusieurs instruments sont « similaires », je laisserai les résidents choisir ce qu'ils préfèrent.
- Je présenterai le projet au Conseil d'Administration, au CVS afin d'obtenir leur validation.
- Je réaliserai et déposerai les dossiers de demande de financements afin que l'acquisition de ces percussions soient pris en charge à l'aide des PAIQ.

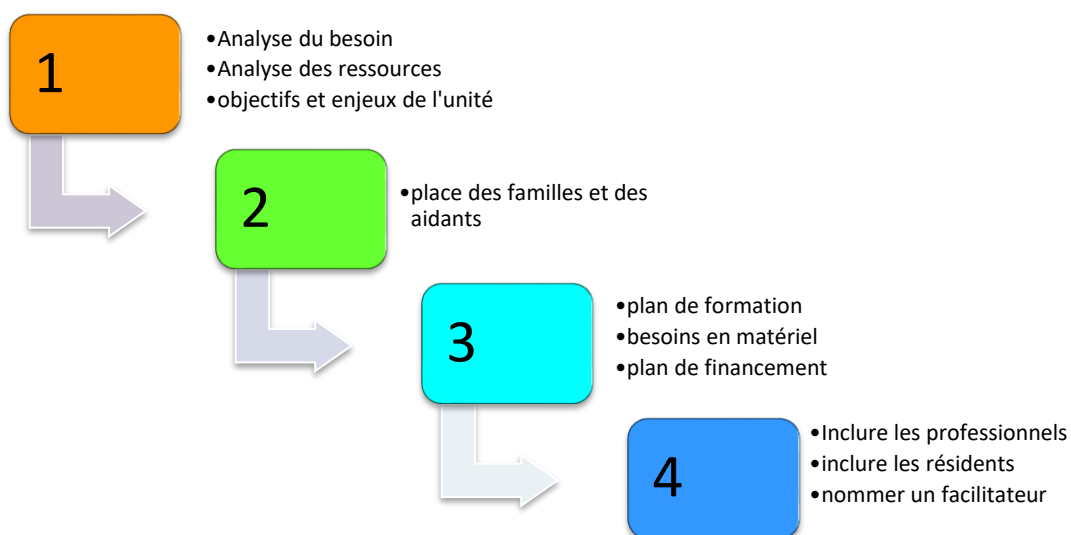
Une fois l'acceptation des demandes d'aides, mettre en place le projet :

- Acheter les instruments de musique extérieurs sélectionnés en fonction du budget alloué au projet. Prendre en compte le prix de l'installation qui ne sera pas pris en charge par les CNR.
- Organiser la circulation de l'information du projet « un jardin musical ». Une réunion de 30mn sera faite par l'ergothérapeute pour présenter le projet aux résidents de l'unité, en fin de matinée, et au personnel, après le temps des transmissions. Une synthèse écrite sera également diffusée sur notre intranet. Je ferai un mail de présentation aux familles pour expliquer les bénéfices de la musique et des instruments extérieurs.
- Je rechercherai un bénévole (au sein des familles, de la commune, des écoles) qui pourrait faire des initiations à la musique et proposer des ateliers d'apprentissage des instruments, des séances d'improvisation, des concerts en plein air.
- J'organiserai une communication interne via des affichages co-construit avec les référents. J'utiliserai la presse locale afin d'établir une communication extérieure pour promouvoir cet aménagement et le faire connaître sur notre territoire. Je contacterai notre interlocutrice du journal « La Montagne » afin de lui présenter et de lui faire tester les instruments. Je profiterai également de « l'après-midi jeux et convivialité », organisé chaque année avec les familles pour présenter ces instruments et permettre aux familles de passer un bon moment musical.
- Programmer une réunion à six mois d'utilisation pour faire un premier retour d'expérience.

L'impact financier du projet « un jardin musical » est de 10 477.32 € d'achat de matériel. Ce matériel sera financé par les PAIQ. L'installation des instruments a un coût de 2 684 € à intégrer au budget.

#### 4.2.4 Le projet de service comme levier

Le dernier point est la réalisation du projet de service. Il sera conçu en prenant en compte les besoins, les attentes et les préférences des résidents. Il visera donc à offrir des services qui favoriseront leur bien-être, leur autonomie et leur qualité de vie. En identifiant les besoins spécifiques, le projet de service permettra de mettre en place des actions et des interventions adaptées à chaque résident.



*Formalisation du projet de service : graphique réalisé par mes soins*

Afin de cimenter ces objectifs, l'écriture d'un projet de service sera indispensable. Je profite de l'absence de projet de service à l'EHPAD Les Bruyères pour m'en emparer et créer cette unité spécifique en formalisant ce document obligatoire, à travers un management participatif.

Au sein de l'EHPAD les Bruyères, je souhaite, à travers le projet de service, permettre la mise en avant plusieurs points essentiels du « care » afin d'atteindre des objectifs réalistes. Ces objectifs permettront d'améliorer la qualité de vie des résidents souffrant de troubles neuro-dégénératifs, c'est-à-dire de répondre à leurs besoins spécifiques et de favoriser leur bien-être global. Il favorisera leur autonomie en maintenant leurs capacités fonctionnelles, en soutenant leur indépendance et en adaptant au maximum l'environnement à leurs demandes. Nous offrirons ainsi un soutien émotionnel et social efficient pour diminuer leurs angoisses et leurs confusions via un environnement chaleureux, accueillant, et bienveillant.

Un autre objectif du projet de service sera également de donner des repères aux professionnels en accompagnant et en guidant l'évolution de leurs pratiques.

Le projet de service favorisera cohérence et continuité des soins. Il permettra d'établir des procédures, des suivis et des évaluations régulières pour s'assurer que les résidents reçoivent des soins cohérents et appropriés tout au long de leur séjour. Cela contribuera à garantir un accompagnement de qualité et une gestion efficace des situations complexes. Il engagera et motivera le personnel en l'impliquant dans une démarche commune favorisant l'engagement, la motivation et la cohésion de l'équipe. En travaillant ensemble vers des objectifs communs, les professionnels de l'EHPAD se sentiront valorisés et mobilisés, ce qui aura un impact positif sur la qualité des soins et l'ambiance de travail. Ce travail permettra de faire participer et adhérer les équipes au changement

Il conviendra pour ouvrir cette unité d'écrire le projet de service avec la participation des équipes, du CVS, des résidents et des familles, sur une durée de six mois afin de ne pas démobiliser les équipes. Celui-ci interviendra après la mise en place des formations sur le « care ». Voici comment je déroule la construction du projet de service :

- En amont, je vais établir l'analyse des besoins de notre public et de nos ressources afin de dégager et d'écrire les objectifs et les enjeux de cette unité. Je vais également lister tous les accompagnements déjà effectifs et leurs impacts.
- Puis, dans un premier temps, lors d'une réunion générale où tous les professionnels seront conviés, je vais présenter les différentes possibilités d'accompagnements innovants, tels que le « care », les nouvelles technologies, le jardin thérapeutique, que l'on peut mettre en place pour le développement de la prise en charge des résidents, en tenant compte des particularités de l'EHPAD (histoire, territoire, besoins des résidents, vie de l'équipe et pratiques professionnelles). Je leur mettrai à disposition un livret récapitulatif, ainsi les informations pourront être consultées à tout moment.
- A la suite de cette réunion, je vais créer un groupe de travail de six-huit personnes, sur la base du volontariat, regroupant l'IDEC, la psychologue, l'ergothérapeute, des aides-soignantes dont une aura le diplôme d'ASG, un agent social. Ce groupe se rencontrera une fois par mois (à réajuster selon notre avancement lors des différentes réunions) pendant 1h30.

Le référent de ce groupe sera l'infirmière coordinatrice. Je lui délèguerai l'animation des réunions. Nous définirons, en amont et ensemble, les objectifs à atteindre pour chaque réunion. Nous ferons un point à la suite de chaque rencontre, afin d'évaluer l'avancée du travail pour pouvoir mettre en place un réajustement si nécessaire.

Je nommerai la psychologue comme « facilitateur » afin de permettre des accords réflexifs négociés avec l'émergence d'une solution convenable pour tous. Je l'ai choisi car elle n'a pas de rôle managérial afin que les équipes soient plus à l'aise.

Ce groupe aura les objectifs suivants :

- Lister les attentes professionnelles pour cette unité : aménagement de l'environnement, liste des activités réalisées, identification des individualisées à mettre en place, proposer un soutien approprié à apporter aux résidents et à leurs familles.
- Définir la place à donner aux familles et aux proches aidants au sein de l'unité : leur redonner la place de famille et non pas d'aidant, définir un espace où ils pourront être reçu par la psychologue pour être accompagnés, les impliquer pour les rendez-vous médicaux extérieurs, les faire participer aux animations.
- Lister les besoins des professionnels en termes de formation et d'achat de matériel, afin que je puisse établir un plan de financement et un plan de formation cohérents et adaptés à nos ressources.

Au terme de ce travail, je co-construirai les fiches actions avec l'IDEC, la psychologue, l'ergothérapeute et une ASG. Elles seront ensuite présentées au groupe de travail.

En parallèle de ce groupe, je vais créer un espace de discussion avec les résidents, animé par un professionnel diplômé ASG. Ce temps de parole aura pour objectif de recueillir le point de vue des résidents, de leur retranscrire les avancées du groupe des professionnels. Je souhaite le faire à part afin d'apporter plus d'adaptabilité : des temps plus courts dû à leur fatigabilité, une modulation dans les horaires plus simples en fonction de leur envie. Ce temps se déroulera sur les temps d'animation déjà prévus sur le temps de travail de l'ASG.

A la suite de l'identification de tous ces points, je serai en charge de formaliser et d'écrire le projet de service en adéquation avec les éléments qui auront été validés par le groupe de travail.

Je proposerai et ferai valider le projet de service au CA en répondant à leurs questions et m'assurant de leur compréhension. Je présenterai également le projet de service au CVS. Une fois le projet de service validé par ces instances, il sera à disposition de l'ensemble du personnel en format papier. Une information sera faite sur notre système intranet. Il sera intégré au livret d'accueil afin que tous les nouveaux salariés en prennent connaissance. Nous nous assurerons, avec l'IDEC, que tout le personnel ait pris connaissance du projet lors des entretiens professionnels.

#### **4.2.5 Développer mon management : du manager à l'humanager**

Pour mener à bien ce projet, je vais devoir adapter et innover en matière de management. Pour Henri Fayol, les cinq rôles du manager sont : prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler. Mais, de mon point de vue, un manager ne peut se contenter de cocher ces cases. Si, il y a de nombreuses années, cela était suffisant, à ce jour ça ne l'est plus. La transformation numérique, la responsabilité sociale, le marché du travail et la crise sanitaire ont bouleversé le rapport au travail des personnes. De plus, il y a une prise de conscience de l'importance du bien-être des employés. Il est donc primordial que j'adapte le management de l'équipe pour répondre à toutes ces attentes.

Depuis les prémices du management avec Henri Fayol, celui-ci a beaucoup évolué. Il a dû s'adapter aux changements sociaux, économiques et technologiques. Le management est devenu un art, mais surtout un équilibre entre l'art et la science du management.

Le concept de leadership est de plus en plus utilisé. Bien que l'étude scientifique moderne du leadership commençât au 20<sup>ème</sup> siècle, ce concept a été étudié depuis l'Antiquité par Platon et Aristote qui avaient réfléchi sur les qualités, et les compétences nécessaires pour diriger. L'importance du leadership réside donc dans ma capacité à inspirer, à guider et à mobiliser les individus, pour atteindre des objectifs communs. Un leadership efficace permet de favoriser la croissance, l'innovation, la réussite et le bien-être des individus. Il a donc toute sa place dans le projet que je souhaite mettre en place afin de favoriser sa réussite. Il est en parfaite corrélation avec le principe du « care » que je souhaite apporter aux résidents, impliquant que je prenne soin de l'équipe.

Pour faire preuve de leadership, plusieurs éléments jouent un rôle important. Je dois avoir une vision claire du projet et être capable de communiquer cette vision de manière inspirante. Une vision motivante créera un objectif collectif et mobilisera les membres de l'équipe vers ce but commun.

Une communication efficace sera également essentielle pour un leadership réussi. Je dois être capable de transmettre mes idées, d'écouter activement les autres, de donner des instructions claires et de fournir des commentaires constructifs.

Ma capacité à comprendre et à gérer mes propres émotions, ainsi que celles des autres, sera cruciale. Les leaders dotés d'une intelligence émotionnelle élevée sont plus aptes à inspirer, et à motiver les membres de l'équipe, à résoudre les conflits et à maintenir un climat de travail positif.

Pour mener à bien les projets ci-dessus, je vais devoir faire face à des freins : la résistance au changement, une culture organisationnelle ancrée et les résistances individuelles. Je devrais donc être vigilante, car il sera important que j'identifie ces freins rapidement pour les aborder de manière proactive.

Pour contrer ces freins, voici des attitudes que je dois adopter :

- Stimuler la motivation intrinsèque de l'équipe pour générer une véritable motivation : faire que l'équipe s'identifie au projet en prenant en compte leurs idées, leur laisser une autonomie suffisante dans la prise de décisions, notamment lors des groupes de travail. Cette autonomie leur permettra de se sentir valorisées et qu'elles montent en compétence dans leur travail. Quand les objectifs de travail seront atteints, je devrais reconnaître leurs réalisations et les féliciter pour le travail accomplis.
- Libérer les talents des professionnels : utiliser les outils du coaching pour aider l'équipe à grandir ce qui les amènera à augmenter leur estime d'eux-mêmes.
- Utiliser une communication simple, claire et suffisante pour limiter les sources de conflits et de tensions.
- Partager ma vision stratégique lors des réunions générales et lors de la conception des fiches de mission : cela permettra de fédérer les agents autour d'un projet commun, qu'ils en comprennent le sens et les objectifs.
- Faire preuve de leadership : Clément Bergon (2023), dans son ouvrage, indique que le leadership est une « *attitude inspirant naturellement chez l'autre la confiance, la motivation, la mise en action, sans qu'il soit nécessaire de la lui demander. Cette attitude émane de l'aptitude à incarner une vision grâce à un pourquoi fort donnant du sens aux choses et une posture alignée entre pensées, paroles, et actes confèrent un charisme naturellement attractif et persuasif* ».



- Je devrai me montrer flexible, adaptative et capable de guider les membres de l'équipe à travers des périodes de transition, notamment pour le développement du « care », sera indispensable.

Pour consolider les points ci-dessus, je devrai prendre des décisions éclairées et résoudre les problèmes de manière efficace. Cela nécessitera une analyse des informations disponibles, une évaluation des options envisageables, une prise de décision réfléchie et une capacité à en assumer la responsabilité.

Faire preuve d'intégrité sera indispensable. C'est une caractéristique essentielle d'un bon leader. Je devrais faire preuve d'honnêteté, de transparence et d'éthique dans mes actions. En effet, une réputation solide en matière d'intégrité favorisera la confiance et le respect des membres de l'équipe.

Au-delà de la posture de leader que je devrais mettre en place, il me sera aussi nécessaire d'adopter un style de management directif. Le style de leadership autocratique est toujours nécessaire, mais à hauteur de 15 % maximum, afin de ne pas limiter l'autonomie et l'engagement des équipes. Ce style de management me permettra de fixer, et valider les règles de fonctionnement ce qui permettra une structuration claire pour l'équipe, et de contrôler le respect de ce cadre. Il est également nécessaire pour gérer une situation d'urgence et prendre une décision finale. Le cadre que je définirais et mettrais en place apportera de la sécurité et de l'harmonie en amenant des repères et en augmentant le sentiment d'appartenance des équipes.

Voici ce que je souhaite définir pour manager le changement. Dans un premier temps, je réaliserai les points suivants :

- Donner un cap clair et l'itinéraire à emprunter pour stimuler la motivation intrinsèque que je présenterai à l'équipe lors de la réunion générale du projet de service.
- Construire une vision d'équipe qui défendent une ou plusieurs valeurs communes.

Ensuite, je définirai les règles d'équipe pour créer une culture organisationnelle solide pour mener à bien la création de cette unité :

- Je définirai et communiquerai sur les valeurs que je défends, via les réunions du projet de service, pour m'assurer d'un alignement cohérent entre mes actions, mes paroles et mes convictions. Cela créera un environnement de travail où mes attentes seront claires et prévisibles, ce qui favorisera la confiance et la cohésion de l'équipe.

- J'identifierai les valeurs communes de l'équipe en leur donnant une liste des valeurs les plus connues. Je donnerai les feuilles individuellement, je leur laisserai une semaine pour les remplir et me les rapporter. Chaque membre surlignera les valeurs importantes pour lui et je ferai une liste de toutes les valeurs communes qui ressortiront. Je choisirai cinq valeurs au sein de cette liste qui deviendront les valeurs de l'établissement. Tout le monde pourra ainsi s'identifier aux valeurs défendues par l'EHPAD créant un socle commun identitaire fort.

Afin de maintenir la cohérence du management que je mettrai en place, j'effectuerai un contrôle du respect du cadre établi. Je resterai vigilante pour que ce contrôle soit équilibré, et qu'il apporte confiance et autonomie aux membres de l'équipe. Ce contrôle permettra de :

- Apporter un sentiment d'égalité et de justice
- Augmenter l'implication de l'équipe
- Augmenter la cohésion du groupe.

Cependant, je devrais être vigilante à ne pas tomber dans le surcontrôle, à l'inégalité de contrôle, à l'envie de généraliser, aux étiquettes et aux pièges du triangle de dramatique de Karpman<sup>8</sup>.

Après la mise en place d'un cadre clair et connu de tous, je souhaite mettre en place un management agile, de type « humanager », pour mener à bien le projet ci-dessus. Le terme « humanager » est un néologisme qui est la combinaison des mots « humain » et « manager ». Il décrit un style de gestion axé sur l'humain, mettant l'accent sur le bien-être des employés, l'écoute, la communication et le développement personnel.

Ainsi, après avoir construit un socle motivant, clair et cohérent, je vais devoir accompagner mon équipe à grandir, la conduire du point A au point B.

- Le point A = notre accompagnement actuel
- Le point B = développer un accompagnement spécifique et innovant pour des personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs.

Pour ça, je vais adopter une position de soutien, empathique et assertive tout en gardant une base solide afin d'accompagner l'équipe dans ce cheminement tout en prenant de la hauteur. Cela permettra à l'équipe de gagner en autonomie, en responsabilité et de trouver des solutions par elles-mêmes aux problèmes rencontrés.

---

<sup>8</sup> Voir annexe 10

Je vais devoir mettre en place une délégation efficace avec les outils suivants :

- J'utiliserai la méthode DESC pour clarifier mes attentes, fournir des instructions précises et maintenir une communication continue pour les groupes de travail.
- J'identifierai les membres de l'équipe qui possèdent les compétences, les connaissances et l'expérience appropriées pour accomplir les tâches déléguées de manière efficace, comme la supervision des groupes de travail ou la création d'affiches de communication.
- Pour chaque accompagnement innovant à mettre en place, je communiquerai clairement les objectifs à atteindre, les délais et les ressources disponibles. Je veillerai à ce que les membres de l'équipe comprennent parfaitement ce qui est attendu d'eux en utilisant la méthode SMART.
- Une fois que j'aurai délégué une tâche, en ayant préalablement expliqué le résultat attendu, j'accorderai l'autonomie nécessaire à l'agent pour accomplir cette tâche afin de créer de la motivation. Je m'assurerai de rester disponible pour fournir du soutien et des conseils en cas de besoin.
- Je définirai des points de contrôle réguliers pour suivre l'avancement de la tâche déléguée. Je fixerai des échéances intermédiaires pour m'assurer que le projet progresse dans la bonne direction, et pour que les éventuels problèmes soient identifiés rapidement.
- Lorsque la tâche sera terminée, je prendrai le temps de reconnaître les efforts et les résultats obtenus. Je fournirai un feedback constructif et spécifique à l'équipe.

Manager avec les « soft skills » sera aussi un levier très intéressant à utiliser pour moi. Les soft skills sont les compétences comportementales qui font référence aux compétences personnelles et sociales qui influencent la façon dont nous interagissons avec les autres, gérons les émotions, communiquons et travaillons en équipe. Elles s'opposent aux « hard skills » qui sont les compétences techniques. Les soft skills doivent être de plus en plus valorisées, notamment dans le domaine médico-social car elles contribuent à des relations de travail positives, à une collaboration réussie, à une gestion des conflits efficace et un meilleur leadership.

Dans la continuité du courant de pensée de l'humanisme et du « care », j'utiliserai l'écoute active et la communication assertive. Avec cette méthode, je chercherai à décoder l'émotionnel qui se cache derrière ce qui est dit. Je serai présente pour écouter et garder

l'esprit ouvert. Je chercherai à approfondir ce qui vient d'être dit avec les techniques de relance, et de reformulation pour vérifier que nous sommes sur la même longueur d'onde.

J'utiliserai également mon intelligence émotionnelle. Ce concept est utilisé depuis les années 1990 et il fut initié par les psychologues Peter Salovey et John Mayer (1990) qui la décrivent ainsi : « *habilité à percevoir et à exprimer les émotions, les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres* ». Avec l'utilisation d'un management humain, exigence et bienveillance ne sont pas antinomiques. Elles cohabitent pour refléter l'évolution des attentes et des aspirations en matière de leadership et de gestion. Ce management met l'accent sur l'importance de placer l'humain au cœur de la gestion des équipes, en reconnaissant que des pratiques de gestion bienveillantes, inclusives et orientées vers le développement peuvent contribuer à la satisfaction des employés, à leur engagement et à leur performance. Si je souhaite développer la bienveillance et le « care » au sein de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, je dois moi-même l'appliquer dans la gestion de mon équipe.

Enfin, pour amener ce projet à une complète réussite, je devrais réussir une conduite de changement. Pour cela, j'utiliserai le modèle de conduite du changement de Kurt Lewin : « Unfreezing », « Changing », « Refreezing ». Voici comment je la déroule :

#### 1. Étape de « désurgeler » (Unfreezing) :

Je créerai une conscience du besoin de changement en communiquant de manière claire et convaincante sur la nécessité du changement.

J'expliquerai les raisons et les avantages attendus : être conforme aux valeurs institutionnelles définies plus tôt en les mettant face aux pratiques actuelles, mettre en avant l'avantage relationnel à créer un lien de confiance avec les familles, obtenir une meilleure qualité de travail grâce à un retour positif des résidents en diminuant leurs troubles du comportement. Toute cette phase se fera en lien avec l'équipe de direction, composée de la Directrice, l'IDEC, la psychologue et l'ergothérapeute.

Je remettrai en question le statu quo en identifiant les éléments de la culture et les habitudes actuelles qui peuvent entraver le changement : horaires des toilettes à heures fixes, alimentation équilibrée, contention des personnes à risque de chute, texture alimentaire modifiée par peur des fausses routes. J'encouragerai la remise en question de ces pratiques basées sur le « cure » et non sur le « care ».

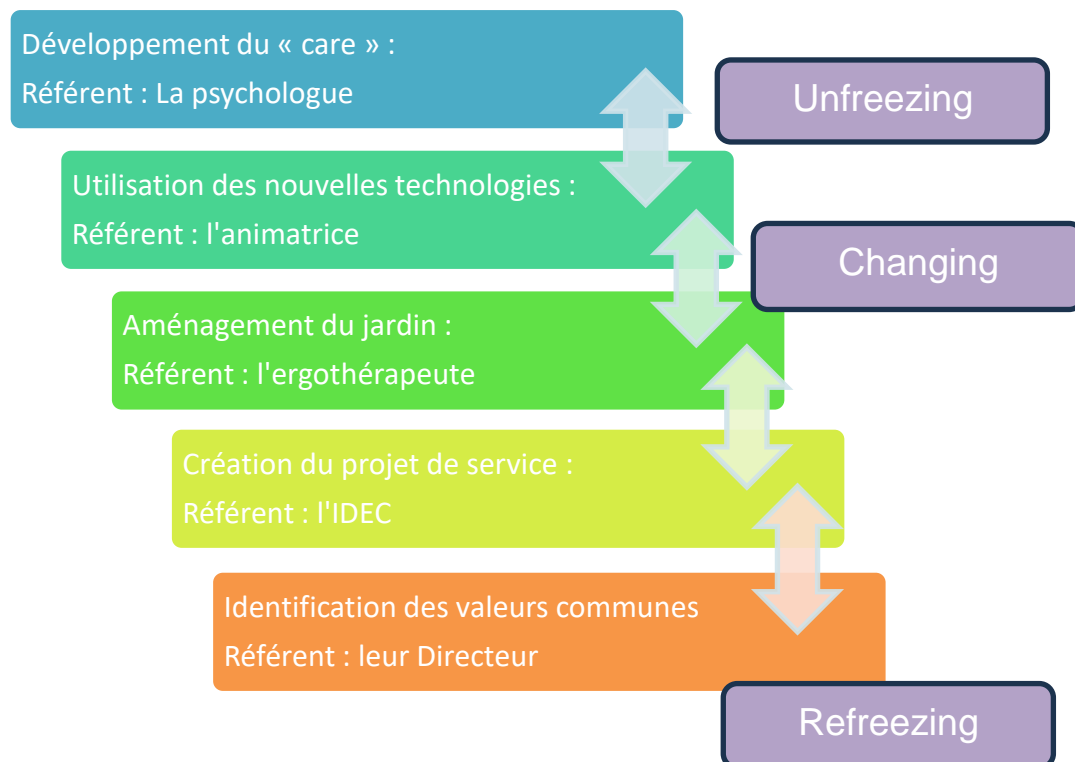
## 2. Étape de « changer » (Changing) :

Je développerai un plan de changement en élaborant un plan détaillé décrivant les objectifs, les actions à entreprendre et les ressources nécessaires. Par exemple, il sera possible d'effectuer des toilettes en début d'après-midi si besoin, un travail en lien avec la famille et le résident sera fait en cas de risque de fausse route afin de garder le plaisir de l'alimentation ou encore le rapport bénéfice / risque de la contention sera évaluée en lien avec l'ergothérapeute, l'équipe, le résident et sa famille.

## 3. Étape de « refaire prendre forme » (Refreezing) :

Je consoliderai et renforcerai le changement en mettant en place les nouvelles pratiques et les nouveaux processus afin de consolider le changement. Je commencerai par des objectifs très simples à atteindre afin de motiver et de présenter des résultats rapides. Nous effectuerons, dans un premier temps, une toilette par semaine, l'après-midi. Nous évaluerons, lors des transmissions, la contention et la texture alimentaire de 2 résidents. Je mettrai en avant les succès et je reconnaitrai les progrès accomplis. Les victoires à court terme seront valorisées pour montrer les bénéfices du changement à toute l'équipe.

Je stabiliserai le nouveau statu quo en veillant à ce que le changement devienne la nouvelle norme et que les anciens comportements ne reviennent pas. Ces changements seront intégrés dans le projet de service et le projet d'établissement.



*Création d'une nouvelle unité spécifique et innovante : graphique réalisé par mes soins*

## 4.3 L'impact attendu de cette unité spécifique

### 4.3.1 Une approche systémique développée grâce au « care »

En intégrant les principes du « care » dans les soins et le soutien aux personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs, il sera possible d'atténuer les troubles du comportement en répondant aux besoins spécifiques, en fournissant un soutien émotionnel et en favorisant une approche centrée sur la personne. Cela contribue à améliorer la qualité de vie des résidents et des salariés, et à créer un environnement favorable à leur bien-être global.

Le concept du « care » permettra de mettre l'accent sur les relations de soin et l'importance de la qualité de ces relations. Il souligne l'importance de l'écoute, de la présence attentionnée et du soutien émotionnel dans la prestation des soins. Le « care » reconnaît également le rôle des aidants et des proches dans le processus de soins, en reconnaissant leur contribution essentielle, et en favorisant leur implication. L'impact pour les familles sera donc aussi prégnant grâce à l'application de ce concept. Une relation de confiance, basée sur le respect, l'écoute, la verbalisation et la prise en compte des émotions de chacun se mettra en place.

J'encouragerai cette culture qui place les résidents au centre des préoccupations, et qui reconnaît leur valeur intrinsèque en tant qu'individus uniques. Cela impliquera de promouvoir une approche personnalisée des soins, de respecter les choix et les préférences des résidents, et de favoriser des relations de confiance et de respect mutuel entre le personnel et les résidents. Dans son livre « *ces troubles qui nous troublent* », Jérôme Pélissier (2010) explique, avec une justesse d'écriture, que ces comportements qui nous troublent dépendent du regard que nous portons sur eux, que ce soit pour les proches aidants mais aussi pour les soignants. Est-ce si important que toutes les toilettes soient faites avant 11h30 ? Est-ce important pour l'équipe, pour l'organisation ou pour le résident ? Ce sont ces réflexions fondamentales, ces habitudes qu'il faut réinterroger afin de développer une culture centrée sur le résident qui permettra d'atténuer les conséquences des troubles des maladies neuro-dégénératives. Arriver à organiser notre travail en fonction des envies et des besoins des résidents et non pas contraindre les résidents à une organisation rigide, sera une grande victoire, un grand pas en avant.

### **4.3.2 Des nouvelles technologies qui diminuent les troubles**

Ce que je trouve intéressant avec le phoque Paro et la Tovertafel®, c'est le fait qu'ils soient complémentaires. Leur impact touche donc un plus grand nombre de résidents car il permet d'agir sur différents symptômes. Cela favorisera aussi nos relations avec le centre de loisirs qui sera plus enclin à organiser des rencontres, si les enfants apprécient les moments passés en compagnie des personnes âgées. Enfin, si les arrière-petits-enfants des résidents sont aussi séduits par ces nouvelles technologies, ce sera également un grand bonheur de les voir plus souvent.

### **4.3.3 Un lien de confiance restauré**

L'impact de ce projet sera très important pour l'équipe. Réussir une véritable co-construction est un objectif majeur pour moi car je vais devoir identifier les mécanismes et les enjeux liés aux organisations en place au sein de l'EHPAD. Selon Michel Foudriat (2019), « *la co-construction est un processus par lequel des acteurs différents confrontent leur point de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles. Ce moment particulier est celui où ils pensent avoir défini un « monde commun » qui va fonder leur compromis ; ils pourront alors poursuivre leur coopération afin de construire un projet d'action commun et réfléchir ensemble à sa mise en œuvre* ». Cette co-construction, sans l'idéaliser, favorisera l'engagement, les échanges et la confiance, en créant des espaces collectifs d'expression, d'idées et de points de vue.

Co-construire le projet de service au sein de l'EHPAD développera des avantages et des points forts. Il permettra de structurer et d'organiser l'unité. Il définira les objectifs, les actions à entreprendre et les responsabilités de chaque membre de l'équipe. Cela facilitera la coordination du personnel et améliorera l'efficacité globale de l'établissement. Il améliorera également la qualité de notre accompagnement en permettant d'établir les protocoles, les bonnes pratiques et les standards de qualité à suivre.

Au sein de ce projet de service et en parallèle des points précédents, les familles doivent avoir une place centrale dans la création de cette unité protégée. Lors d'une entrée en établissement, nous accueillons non seulement un résident, mais aussi une famille.

Cette famille a un rôle essentiel à jouer pour un accompagnement holistique de la personne, car si l'entrée en EHPAD peut être un moment difficile à vivre pour les résidents, cela l'est

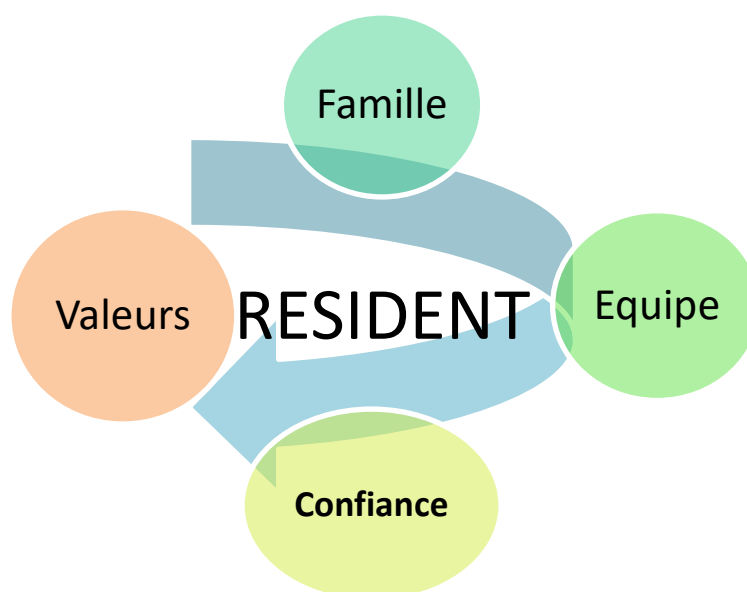
aussi souvent pour les familles. Suite au placement de leurs proches, les familles font preuve de renoncement. C'est une situation où les familles décident, ou sont contraintes, de renoncer partiellement, voire totalement, à certaines responsabilités envers leur proche. Ce renoncement peut se traduire par une diminution de la fréquence des visites, ou un manque de participation aux décisions concernant les soins et la vie quotidienne.

Mais le renoncement ne reflète pas nécessairement un désintérêt de la part des familles. Il est donc crucial de veiller à maintenir une communication ouverte entre les familles et le personnel de l'EHPAD dans le but de garantir le bien-être et la qualité de vie des résidents tout en soutenant les familles.

À l'inverse, certaines familles surinvestissent leur rôle en faisant, quasi exclusivement, ressortir le négatif qu'elle constate à l'EHPAD. En étant ainsi dans le reproche récurrent, elles montrent qu'elles s'occupent de leurs parents et qu'elles ne les ont pas abandonnés.

Les familles ont aussi des attentes vis-à-vis des établissements, et elles doivent se sentir inviter au sein de l'EHPAD afin de pouvoir créer une relation de confiance avec l'équipe. Cette relation de confiance doit se construire au rythme des familles. Dans ce cas, les projets de services et de soins seront alors essentiels. Les attentes des familles sont souvent communes : soins, hygiène, confort et respect. Ils attendent aussi un interlocuteur identifié, privilégié et reconnu. Solidarité dans les équipes, robustesse du projet de service, et bien-être des résidents permettront de prévenir ou de faire face aux conflits qui pourraient naître avec les familles.

L'impact de cette unité doit être un apaisement des familles avec des remarques constructives, une reconnaissance du travail des soignants et une vision claire des objectifs d'accompagnement de l'unité.



*Impact de cette unité spécifique (réalisé par mes soins)*



#### **4.3.4 Un savoir à faire reconnaître**

L'impact budgétaire ne sera pas neutre. Les PAIQ nous permettront d'acquérir les dispositifs, mais les moyens humains à mettre en regard, pour la mise en place et l'utilisation, ont besoin de temps et d'être en nombre. Je dois aussi aller chercher des financements extérieurs avec, par exemple, la fondation Médéric Alzheimer ou la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'accompagnement des personnes présentant des troubles neuro-dégénératifs, dans sa globalité, a besoin de moyens humains plus conséquent. Pour la signature de notre CPOM, je dois faire reconnaître le travail mis en place au sein de l'EHPAD, l'implication des salariés et montrer que je n'accepte pas le fatalisme du « moyens constants ». Je souhaite voir valoriser notre modèle d'accompagnement, afin d'obtenir des financements supplémentaires. Je dois militer pour faire considérer et mettre en avant nos avancées mais surtout, expliquer ce que l'on pourrait faire de plus avec des moyens supplémentaires. Nos aînés ne sont pas des marchandises que l'on entrepose mais bien des êtres humains dignes et respectables qui ont besoin d'aide et de valorisation.

#### **4.4 L'évaluation du projet**

L'évaluation d'un projet est essentielle pour mesurer les performances, identifier les améliorations possibles, prendre des décisions éclairées, favoriser l'apprentissage et communiquer sur les résultats obtenus. Elle permet d'améliorer l'efficacité et l'efficience des projets, de maximiser l'impact positif sur les résidents et les parties impliquées.

L'évaluation est souvent le point faible des projets car cela prend du temps, les équipes sont souvent focalisées sur les activités opérationnelles et voient l'évaluation comme secondaire. J'insisterai, au début de chaque projet, sur l'importance de l'évaluation et je leur montrerai que c'est une étape cruciale. Je vais utiliser des outils simples, déjà prêts et faciles à utiliser afin que l'équipe ne se démobilise pas lors de cette étape.

Dans un premier temps, la validation du projet de création d'une nouvelle unité protégée par le Conseil d'Administration sera le point indispensable à sa poursuite.

Pour l'évaluation de l'utilisation des nouvelles technologies :

Les résidents bénéficiaires de Paro étant atteints de troubles cognitifs importants, nous ne réaliserons pas de questionnaire de satisfaction. Notre évaluation se basera sur des grilles

d'observation, données par le fournisseur et réalisées à chaque séance qu'elle soit individuelle ou en groupe.

Comportements à observer	Nombres de comportements durant la séance
Caresses	
Embrassades	
Pris dans les bras	
Parle	
Réminiscence (souvenir vague)	
Interactions sociales	

Pour l'évaluation de la Tovertafel®, la grille d'évaluation ci-dessous, sera à remplir par les soignants lors des séances :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Suit du regard l'activité					
Participe physiquement à l'activité					
Maintien un contact visuel avec les personnes					
Cherche à communiquer verbalement					
Accepte l'interaction verbale					
Cherche à communiquer par gestes					
Accepte l'interaction gestuelle					
Montre des émotions positives					
Montre des émotions négatives					
Montre une recherche de sensations tactiles					

Pour le reste du projet sur l'utilisation des nouvelles technologies, voici l'évaluation que je propose :

- Le matériel nécessaire aura été acheté grâce au financement des PAIQ
- Satisfaction auprès du personnel via un questionnaire sur l'utilisation et les résultats obtenus ainsi que des discussions informelles,
- Le nombre de séances programmées pour les résidents en lien avec les projets personnalisés seront en adéquation avec celles réalisées,
- Le retour des grilles d'observation remplies lors de chaque séance seront rangées dans un classeur qui se trouvera dans la même boîte de rangement que Paro, idem pour la Tovertafel®,
- Le nombre de séances intergénérationnelles effectuées sur les six premiers mois sera au nombre de deux,
- Nous remarquerons un nombre plus important d'enfants qui viennent en visite,
- Des familles auront participé à des séances en créant du lien avec les agents

Pour l'évaluation du projet « un jardin musical » :

- Le projet a été construit avec le groupe de travail et validé par les autorités de tutelles,
- Le matériel nécessaire aura été acheté grâce au financement des PAIQ
- Les enfants du centre de loisirs viennent trois à quatre fois par an pour utiliser le jardin thérapeutique,
- Les résidents sont plus enclins à sortir dans le jardin,
- Les résidents sont satisfaits des instruments de musique et aiment s'en servir. Cela leur apporte apaisement et plaisir.
- Les familles vont plus régulièrement dans le jardin avec leurs proches,
- Des arrière-petits-enfants viennent plus souvent à l'EHPAD et jouent avec les instruments.

Pour l'évaluation de l'élaboration du projet de service, je me baserai sur les indicateurs suivants au bout de six mois :

- La participation des salariés au groupe de travail aura été effective avec implication et force de propositions dans le développement des idées
- Les souhaits des salariés auront été pris en compte dans le projet.
- Le projet de service est co-construit, co-écrit et les fiches actions formalisées.
- Le projet sera validé et accepté par la majorité du groupe de travail via des compromis constructifs trouvés.

- Le projet de service sera connu de tous les salariés
- Le projet de service sera communiqué à tous les nouveaux arrivants via le livret d'accueil du nouvel employé.
- En fonction des objectifs de ce projet, je réaliserai une enquête de satisfaction auprès des résidents, de leur famille et de l'équipe, des mesures de performances quantitatives, des observations directes et des entretiens.

Les formations sur la communication bienveillante et le « care » auront été construites avec le CNFPT, et je pourrai recenser le personnel ayant été formés via les attestations de formation.

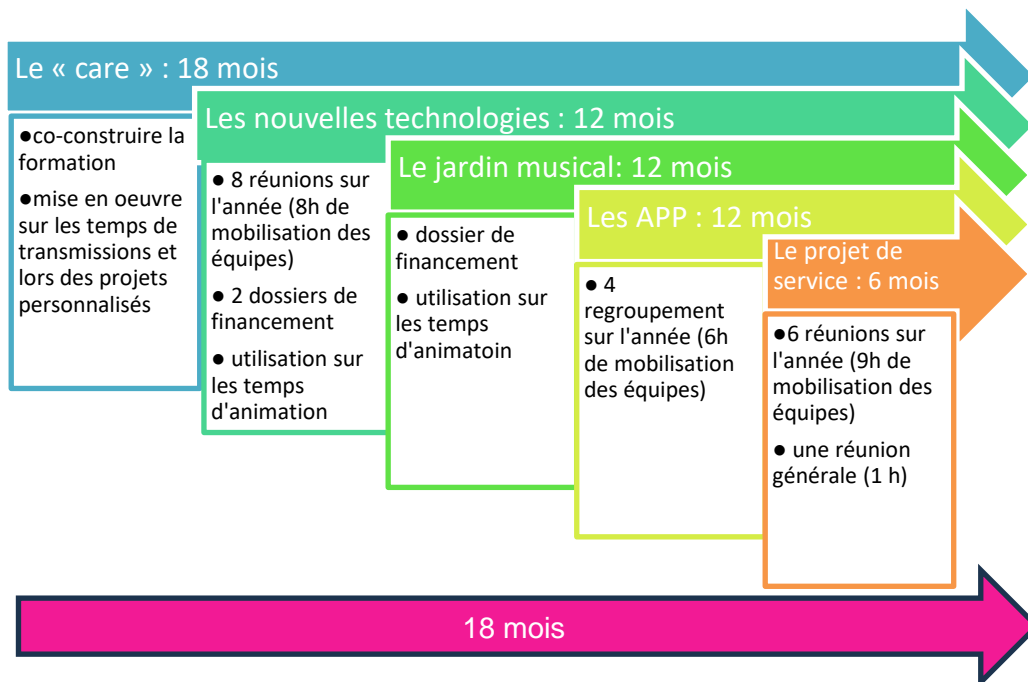
Je mettrai également en place une évaluation continue sur les 12 premiers mois grâce à des évaluations régulières à travers des questionnaires courts et simples ainsi qu'avec des rencontres informelles, lors de ma visite quotidienne des services, pour mesurer l'efficacité de l'approche du « care » au sein de l'EHPAD.

Je prendrai en compte les retours des résidents, des familles, et du personnel pour identifier les domaines d'amélioration et ajuster les pratiques en conséquence.

En globalité, l'accompagnement aura permis de maintenir la personne, le plus longtemps possible, dans une relative autonomie, évitant ainsi la grabatisation. Le nombre de contention aura diminué de 20 %. Les manifestations anxieuses des troubles cognitifs auront diminué et les salariés seront satisfaits de leur accompagnement. L'utilisation des psychotropes aura diminué. Les relations avec les familles seront plus sereines et basées sur la confiance. Les doléances des familles auront diminué. Pour certains, leur comportement envers les soignants se sera amélioré.

Ce projet semble ambitieux mais il est tout à fait réalisable. La réalisation d'un projet demande du temps en raison de la planification, de l'exécution des tâches, de la gestion des imprévus, de la coordination, du contrôle de la qualité, de la communication et de l'évaluation. Cependant, un projet bien géré et planifié peut optimiser l'utilisation du temps pour atteindre ses objectifs de manière efficace. Car faire des projets revêt une importance significative. Ce sont des outils essentiels pour transformer des idées en actions concrètes, pour accomplir des objectifs, pour gérer le changement, et pour innover. Ce projet, à réaliser sur 18 mois, demandera du temps de rencontre entre les salariés mais celui-ci est raisonnable et nécessaire. Afin de diminuer la charge de travail qui peut peser sur une personne, le fait de confier chaque sous-projet à une personne définie, évite de se sentir submergé par le travail à faire. Enfin, même si cela nécessite du temps, l'impact et l'objectif

final de ce projet, qui sont de créer de la valeur et développer l'accompagnement des personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs, contribuera à atteindre nos objectifs.



*Temps estimé de rencontre pour les équipes et pour la mise en oeuvre du projet global (réalisé par mes soins)*



## Conclusion

Selon Colette Roumanoff (2021), « *la bienveillance est un parfum qui se perçoit de loin* » : Quand la maladie avance trop, quand les troubles évacuent les angoisses et cristallisent les conflits, un environnement et une attitude professionnelle en adéquation permettent d'améliorer et de rendre le quotidien des personnes atteintes de maladie neuro-dégénératives plus léger. Ramener de la vie, de la confiance, dans un EHPAD privé de visites d'enfants durant les « années COVID » sera pour moi le gage de la réussite de ce projet.

L'ouverture de la première unité a été une réussite, je souhaite que l'ouverture de la seconde soit un succès. Ce projet pourra également profiter à la première unité et, de fil en aiguille, nous pourrons ensuite le généraliser à l'EHPAD. En effet, les technologies sont utilisables par tous les résidents, et les rencontres intergénérationnelles également plébiscitées par tous.

Le « care » sera également profitable à tous les services de l'EHPAD. Développer cette philosophie de soins et d'accompagnement sera bénéfique pour les résidents, du plus autonome au plus grabataire. Dans un contexte de quête de sens, de reconnaissance et de développement personnel plébiscités par les agents, cette philosophie trouvera également écho chez les professionnels et contribuera à les fidéliser. L'image de l'établissement sera aussi positivement impactée. Les familles reconnaîtront les avancées en matière d'accompagnement et de suivi, impulsées par ce projet. Un cercle vertueux pourra se mettre en place.

Le projet global pour l'ouverture de cette unité pourrait être plus spécifique et innovant mais il s'arrête là, faute de moyens humains et financiers à mettre en face. L'injonction de moyens constants est antinomique au principe d'accompagnement individuel et spécialisé. Les limites seront ce que les soignants pourront mettre en place, grâce au concept du « care », en lien avec nos moyens actuels. Certes, de nombreux points pourront être améliorés, mais nous serons encore loin de l'idéal des objectifs cités plus haut.

Malgré ces freins, en tant que Directrice, je souhaite promouvoir un accompagnement fondé sur les valeurs des soignants travaillant au sein de l'EHPAD afin d'avoir une base solide mais surtout pérenne, et créer une identité structurelle forte. Cette identité permettra de nous démarquer et d'apporter du sens et de la cohésion à l'équipe.

La ruralité, qui aurait pu être un frein pour notre établissement, est un de nos principal atout. La qualité de vie et une communauté solidaire contribue, je pense, à développer une vision positive de l'âge. Nous devons mettre en avant cette solidarité.

Les politiques publiques tendent à viser au maximum le maintien au domicile. Ainsi, nous revenons, par le développement des résidences seniors, à ce qu'on avait avec les foyers logements des années 1980 et la médicalisation des EHPAD se fera de plus en plus prégnante. L'histoire se répète. En tant qu'EHPAD, nous ne pouvons pas nous sentir menacer par cette tendance car la demande vient des personnes âgées elles-mêmes, qui souhaitent rester autant que possible chez elles. Si nous voulons rester cohérents avec nos valeurs, nous devons prendre en considération et favoriser le plus possible le choix des personnes âgées dépendantes. Ainsi, pour tendre la main et apporter notre aide au secteur du domicile, nous devrions nous ouvrir vers l'extérieur en proposant, par exemple, nos activités, nos installations et notre savoir à toute personne pris en charge par les services à domicile, qui en aurait besoin.

In fine, la création d'unités spécifiques permettant de pouvoir accompagner différentes personnes, avec différentes pathologies, dans un même lieu, nous pourrions développer l'ouverture de petites unités de vie inclusive, permettant cohérence et logique de parcours de vie.



---

# Bibliographie

---

## Articles

Dartigues JF. (2008, décembre). La maladie d'Alzheimer. *adsp*, 65, p.14-46.

Ishii, K. (2013). La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : quelles différences ? *La Revue de l'Ires*, 79, 3-33.

<https://doi.org/10.3917/rdli.079.0003>

Ishii, K. (2013). La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : quelles différences ? *La Revue de l'IRES*.

<https://doi.org/10.3917/rdli.079.0003>

La maladie d'Alzheimer. (2008). *ADSP*, 65, 31-35.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=105>

Gzil, F. (2009). *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques* (Paris : Le Monde).

Jung, T. (2021). Entre *don* et *care*. La problématique des relations d'accompagnement.

*Sociographe*, 76, 1a-IXa. <https://doi.org/10.3917/graph1.076.iaa>

Hirata, H. (2011). Le travail du *care* pour les personnes âgées au Japon. *Informations*

*sociales*, 168, 116-122. <https://doi.org/10.3917/inso.168.0116>

Jung, T. (2022). Intervention sociale : l'identité professionnelle au cœur de la pratique du

*care*. *Empan*, 128, 128-135. <https://doi.org/10.3917/empa.128.0128>

Daure, I. (2022). Le projet de vie à l'épreuve du handicap. *Le Journal des psychologues*,

396, 12-12. <https://doi.org/10.3917/jdp.396.0012>

Benhida, M., Estreguil, H. & Clody, S. (2022). L'accompagnement personnalisé, un projet dynamique et systémique. *Le Journal des psychologues*, 396, 20-24.  
<https://doi.org/10.3917/jdp.396.0020>

Bulain, V., Bouchet-Nokri, H. & Onnaïnty, I. (2022). Le projet professionnel à l'épreuve de la réalité. *Le Journal des psychologues*, 396, 43-48.  
<https://doi.org/10.3917/jdp.396.0043>

Thomas P., Hazif-Thomas C. (2022, juillet). Les attentes des familles en EHPAD. *soins gérontologiques*, 156, 27-32.

Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. Imagination, Cognition, and Personality, 9, 185-211.

Vulbeau, A. (2011). Contrepoint – Les mangas des œnologues. *Informations sociales*, 168, 123-123. <https://doi.org/10.3917/inso.168.0123>

## **Ouvrages**

Pélissier, J. (2019). *Ces troubles qui nous troublent*. érès. (Original work published 2010)

Delamarre, C. (2015). *Démence et projet de vie : accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*.

Kotter, J., & Rathgeber, H. (2018). *Alerte sur la banquise ! : Réussir le changement dans n'importe quelles conditions* (2<sup>e</sup> éd.). Pearson France.

Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*. Fayard.

Delaloy, M., Boivin, S., Harant, N., & Nassif, K. (2021). *Co-construire le projet d'établissement social ou médico-social*. ESF Editeur.

Girer, M., & Rousset, G. (2022). *Les droits des usagers : dans les secteurs sanitaire, social et médico-social*.

Bergon, C., & Hoarau, J. (2023). *Bon manager : mode d'emploi ! : devenez le leader dont vos équipes ont besoin*.

Brugère, F. (2021). *L'éthique du « care »* . Que sais-je.

Avishai M. (2007). *La Société décente*. Champs essai.

Foudriat, M. (2019). *La co-construction : Une alternative managériale*.

Roumanoff, C. (2021). *Alzheimer, une école de bienveillance : La stratégie gagnante du bon sens*. DLM.

Rogers, C. & Priels, J. (2008). Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 8, 50-52. <https://doi.org/10.3917/acp.008.0050>

Rogers, C.R. (1986). Carl Rogers on the Development of the Person-Centered Approach, *Person-Centered Review*, vol.1, n°3, pp. 257-259

Vanderheyden, J., Devillers, R., Beucken, J., Behets, E. & Thiroux, A. (2017). Chapitre 21. Le Cantou® : structure, fonctionnement, bénéfices et formation du personnel. Dans : Jean-Émile Vanderheyden éd., *Démence et perte cognitive : Prise en charge du patient et de sa famille* (pp. 271-284). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.vande.2017.01.0271>

## **Rapport et recommandations**

Arsenault-Lapierre, G., Godard-Sebillotte, C., Sourial, N., Couturier, Y., Bouchard, P., Rozo, L. R., Pilon, C., Bergman, H., & Vedel, I. (2020). Le Plan Alzheimer québécois, un plan basé sur les soins primaires. *Santé Publique*, Vol. 32(4), 375-380. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0375>

*Demenz : Rapport final du Comité de pilotage en vue de l'établissement d'un plan d'action national « maladies démentielles*". (2013, mars). <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/Luxembourg%20dementia%20plan.pdf>

Agende de la santé publique du Canada. (2019, juin). *une stratégie sur la démence pour le Canada*. [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/images/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy/National%20Dementia%20Strategy\\_FRE.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/images/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy/National%20Dementia%20Strategy_FRE.pdf)

Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement. (2008, août). Gérontopôle ; Hôpitaux de Toulouse. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_etude\\_Alzheimer\\_Gerontopole\\_2008-septembre.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Rapport mondial de situation sur l'action de santé publique contre la démence : résumé d'orientation*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350992>

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Version soumise à la validation du collège de la HAS le 25/04/07 diagnostic et prise en charge. (2011). Dans [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prise\\_en\\_charge.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf).

Feuille de route Maladies neuro-dégénératives | 2021-2022 – Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022, 2 juin). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/feuille-de-route-maladies-neuro-degeneratives-2021-2022>

*Une stratégie sur la démence pour le Canada : Ensemble, nous réalisons Rapport annuel 2022*. (2023, 11 janvier). Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/strategie-demence-rapport-annuel-parlement-2022.html>

Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement. (2008, août). <https://sante.gouv.fr>. Consulté le 16 avril 2023, à l'adresse [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_etude\\_Alzheimer\\_Gerontopole\\_2008-septembre.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf)

Qualité de vie en Ehpads (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpads. (2012). Dans ANESM. Consulté le 18 avril 2023, à l'adresse <https://www.has->

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements de contexte 9 nov def mis en page.pdf](https://sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf)

## **Sites internet**

INSERM. (2017, 6 juillet). *Maladie d'Alzheimer Une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise*. INSERM la science pour la santé. Consulté le 19 juillet 2022, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie/>

*Recherche sur la maladie - Thérapeutiques : approches psychosociales*. (2018, 26 juin). Fondation Médéric Alzheimer. Consulté le 22 juillet 2022, à l'adresse <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/recherche-sur-la-maladie-therapeutiques-approches-psychosociales-18#20362>

Fondation Médéric Alzheimer, & Hélène Jacquemont, Olivier Boucher, : Fabrice Gzil, Ségolène Charney, Salomé Nicaise Et Benjamin Talbi. (2018). *Alzheimer Ensemble*. calameo.com. Consulté le 22 juillet 2022, à l'adresse <https://fr.calameo.com/read/0056770099fcf31ee1cbd>

L'état de santé de la population en France. (2022). Dans <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (N° 2495-120X). Consulté le 15 avril 2023, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>

*Maladie d'Alzheimer : les chiffres de la pathologie*. (s. d.). Fondation pour la Recherche Médicale. <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/alzheimer-en-chiffres>

*Maladie d'Alzheimer et autres démences*. (s. d.). <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>

*Maladie d'Alzheimer · Inserm, La science pour la santé*. (s. d.). Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie/>

*Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés | médecine/sciences*.(s.d.). [https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full\\_html/2006/04/medsci2006223p288/T4.html](https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2006/04/medsci2006223p288/T4.html)

*Population par âge - Tableaux de l'économie française | Insee.*  
(s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#:~:text=Entre%202000%20et%202020%2C%20la,%C3%A9tablir%20%C3%A0%2023%2C7%20%25>.

## **Audio**

L'éthique du care, un projet de société qui résonne avec l'époque. (2021, 4 septembre).

*France Culture.* <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-vie-mode-d-emploi/l-ethique-du-care-un-projet-de-societe-qui-resonne-avec-l-epoque-1547435>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Estimation du nombre de personnes atteintes de démence en France métropolitaine en 2020 et en 2040.

Annexe 2 : Population des plus de 75 ans en 2012

Annexe 3 : taux d'évolution des plus de 75 ans entre 2006 et 2012

Annexe 4 : Indice de vieillissement attendu en 2012

Annexe 5 : localisation et capacité d'accueil des structures médicalisées pour personnes âgées

Annexe 6 : offre de prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et répartition des personnes âgées de plus de 75 ans sur le territoire

Annexe 7 : revenu fiscal médian

Annexe 8 : réponse des familles au questionnaire envoyé par mail

Annexe 9 : tableau de croisement stratégique

Annexe 10 : triangle dramatique de Karpman

Annexe 11 : diagramme de Gantt pour l'acquisition de nouvelles technologies et pour l'aménagement du jardin thérapeutique





## Annexe 1 : Estimation du nombre de personnes atteintes de démence en France métropolitaine en 2020 et en 2040.

**Estimation\* du nombre de personnes atteintes de démence en France métropolitaine en 2020 et en 2040.** \*Dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la démence.

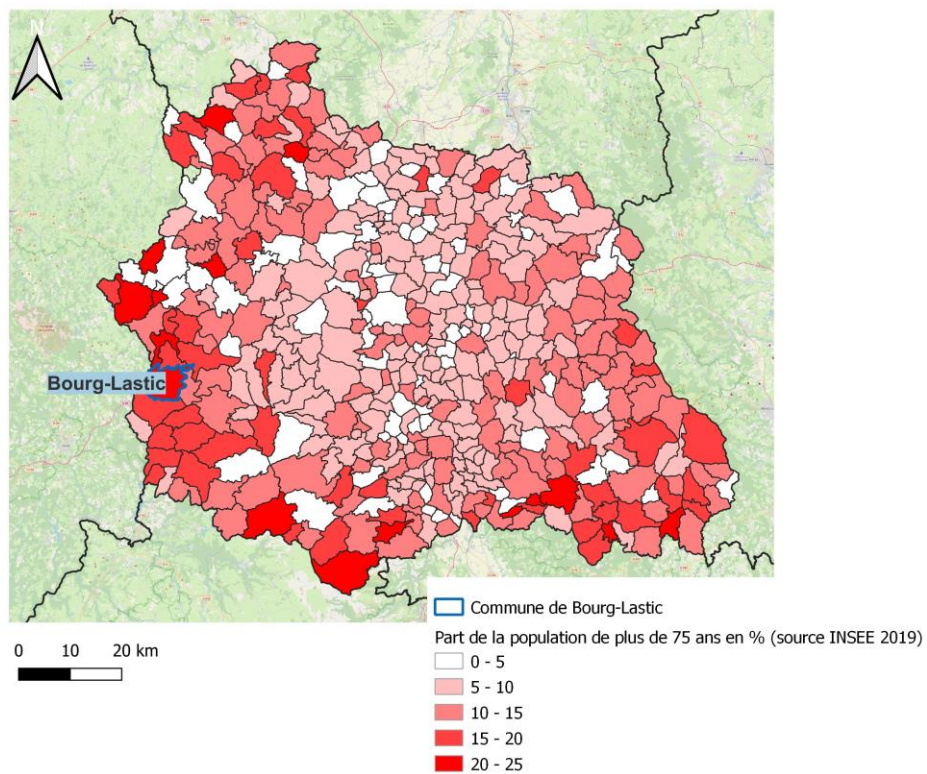
Âge	Hommes		Femmes		Total	
	2020	2040	2020	2040	2020	2040
65-69	13 511	14 215	23 978	24 441	37 489	38 656
70-74	27 972	31 131	57 851	63 997	85 823	95 128
75-79	72 183	119 925	67 480	110 730	139 663	230 655
80-84	88 063	155 024	177 088	289 551	265 151	444 575
85-89	101 356	194 337	254 758	418 838	356 114	613 175
> 90	61 785	142 395	330 122	592 034	391 907	734 429
Total > 65	364 870	657 027	911 277	1 499 591	1 276 147	2 156 618
Total > 75	323 387	611 681	829 448	1 411 153	1 152 835	2 022 834

[https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full\\_html/2006/04/medsci2006223p288/T4.html](https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2006/04/medsci2006223p288/T4.html)

## Annexe 2 : Population des plus de 75 ans en 2012

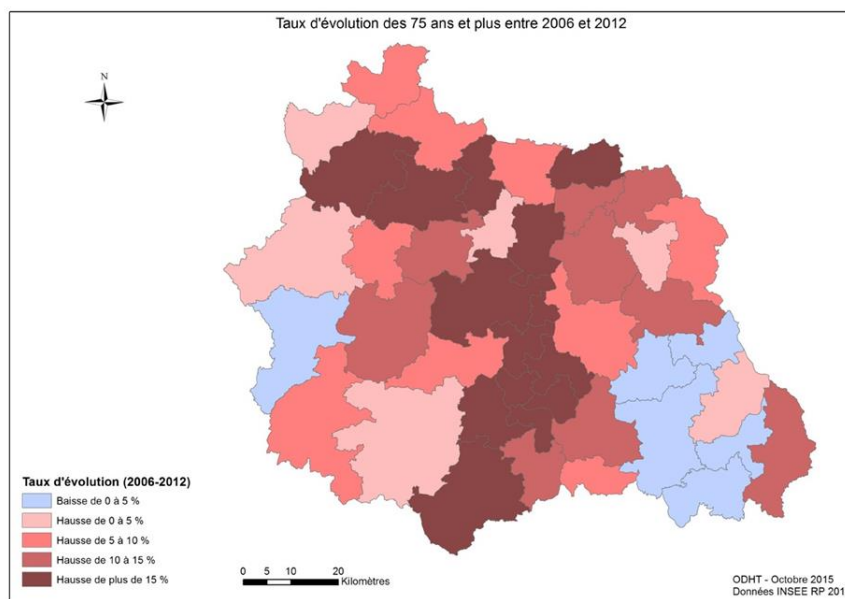
Diagnostic départemental de l'offre et des besoins en faveur des personnes âgées

Population des plus de 75 ans en 2019 :



## Annexe 3 : taux d'évolution des plus de 75 ans entre 2006 et 2012

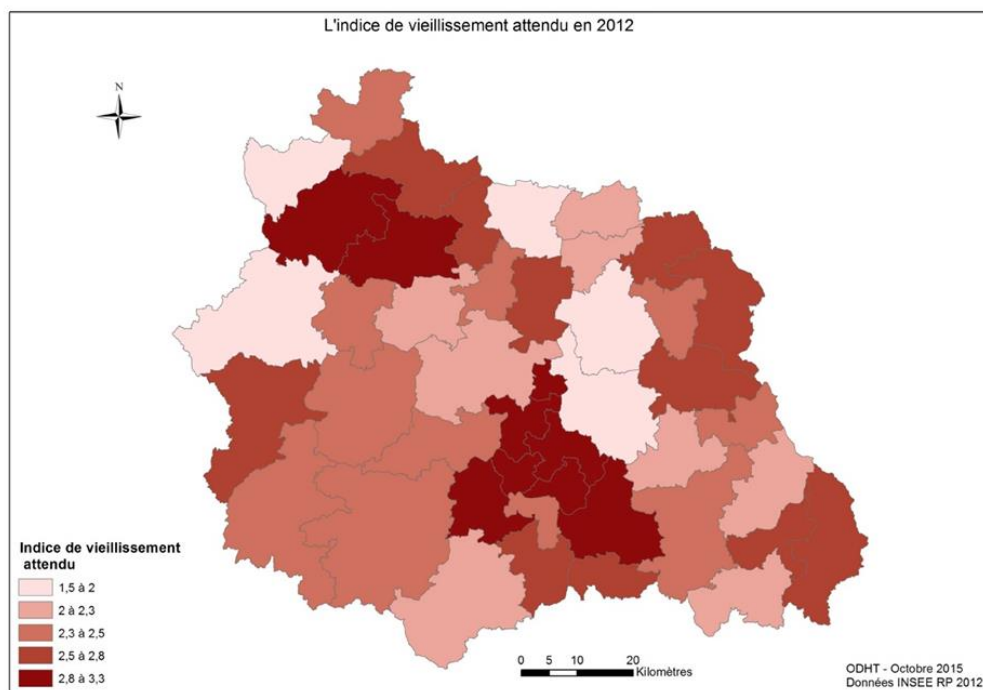
Carte 6 : taux d'évolution des plus de 75 ans entre 2006 et 2012



## Annexe 4 : Indice de vieillissement attendu en 2012

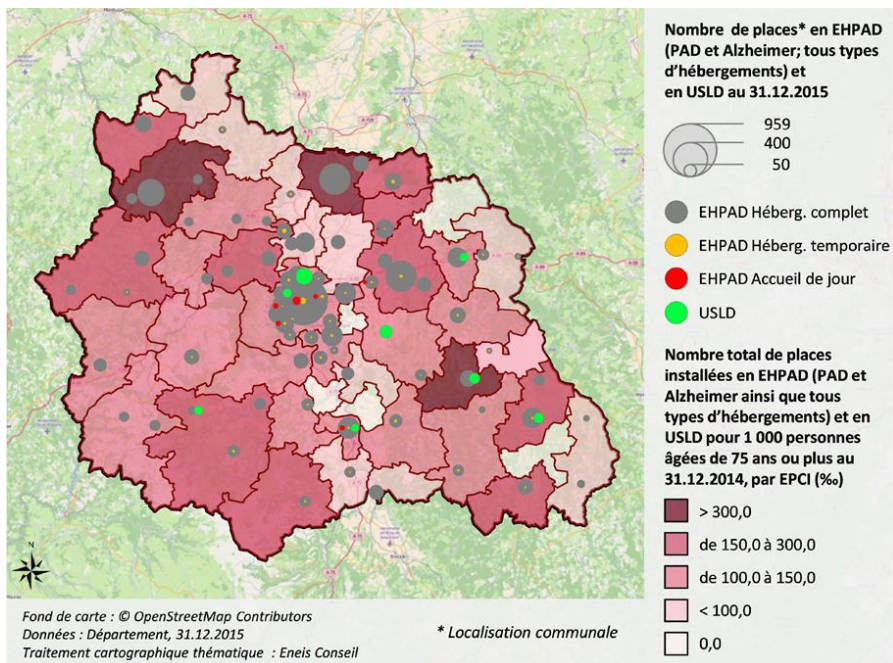
Carte 7 : Indice de vieillissement attendu en 2012 :

L'indice de vieillissement de la population correspond au rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population et le nombre de personnes de moins de 20 ans.



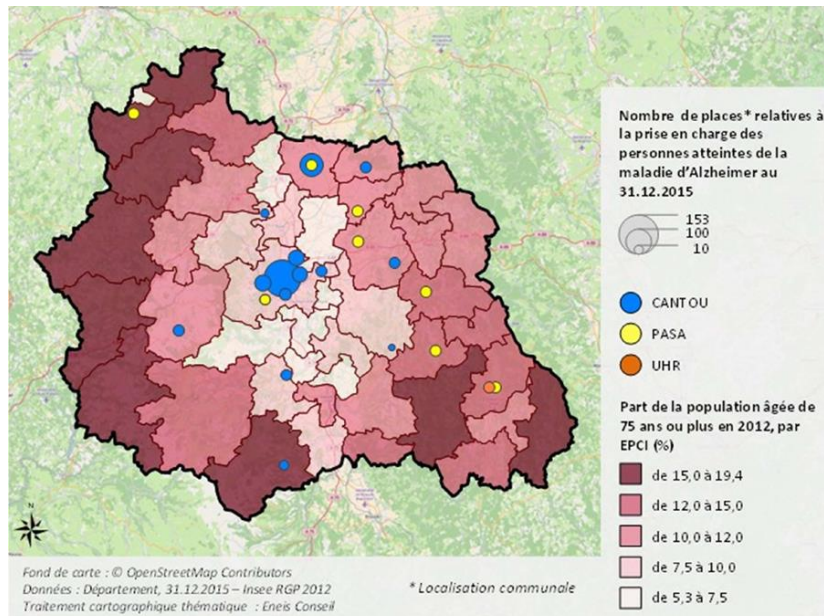
## Annexe 5 : localisation et capacité d'accueil des structures médicalisées pour personnes âgées

Carte 17 - localisation et capacité d'accueil des structures médicalisées pour personnes âgées.



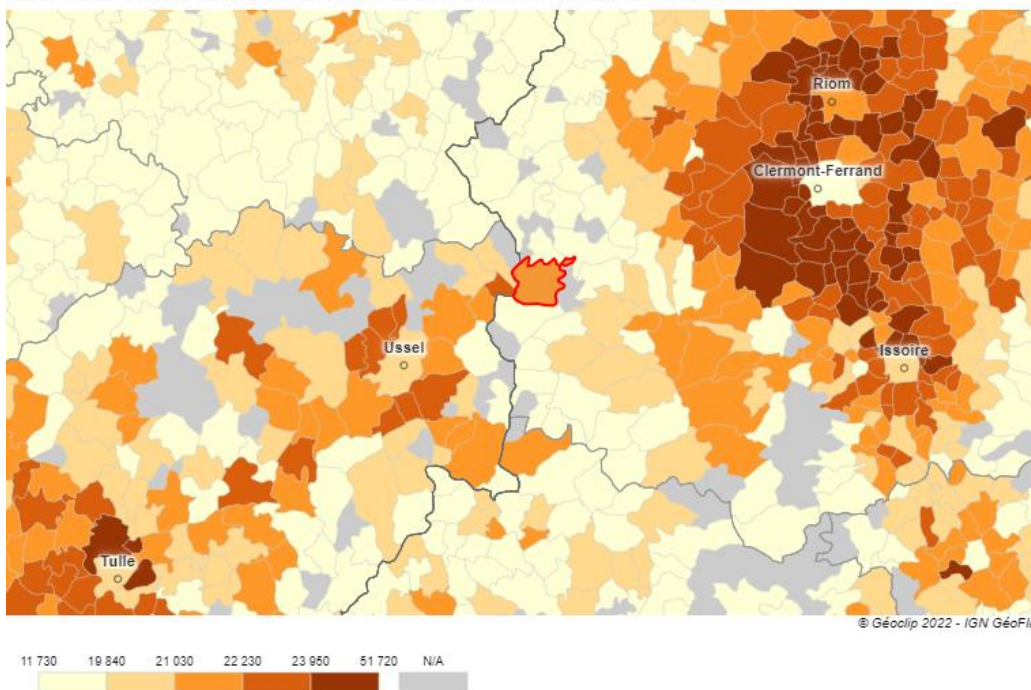
## Annexe 6 : offre de prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et répartition des personnes âgées de plus de 75 ans sur le territoire

Offre de prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et répartition des personnes âgées de plus de 75 ans sur le territoire



## Annexe 7 : revenu fiscal médian

revenu fiscal médian par UC, 2019 (€) - Source : Insee-DGFiP-Onaf-Onav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal



## Annexe 8 : réponse des familles au questionnaire envoyé par mail

- *Quelle votre impression en arrivant dans l'unité Macaron ?*

C'est joli, propre et calme. On est toujours bien accueillis par une salve de « bonjour » et de questions sur le temps et notre trajet, tous les résidents (et le personnel) nous connaissent et nous parlent

- *Pensez-vous que cette unité soit adaptée à votre parent ?*

Oui

- *si oui pourquoi :*

C'est une petite structure où les résidents sont bienveillants. Maman ne se rappelle pas toujours où elle était la veille, mais reconnaît les visages et personne ne lui fait de réflexion désobligeante, ils sont gentils et aidants. C'est un peu un cocon plus rassurant qu'un grand espace plus impersonnel et donc plus impressionnant

- *si non pourquoi :*

- *Quel est votre ressenti sur la qualité de vie de votre parent ?*

Maman n'a plus les capacités de faire quoi que ce soit qu'elle appréciait ! Elle s'ennuie et refuse de s'intéresser aux activités, maintenant elle ne veut plus marcher. Elle a toujours aimé rester seule au calme, mais elle lisait beaucoup et sortait marcher des kilomètres !

- *Qu'est-ce qui, selon vous, contribue à la qualité de vie de votre parent au sein de l'unité Macaron ?*

L'extrême patience et le savoir-faire du personnel, la bienveillance des résidents, le jardin (quand il fait beau), les chats qui viennent tenir compagnie et bien sûr les médecins souvent présents, les repas toujours bons, les infirmières aux petits soins, l'environnement toujours propre et décoré

- *Qu'est-ce qui, selon vous, impacte négativement la qualité de vie de votre parent au sein de l'unité ?*

Sa mauvaise humeur et son extrême frilosité

- *Quels axes d'amélioration pourrait-on développer pour améliorer la qualité de vie de votre parent ?*

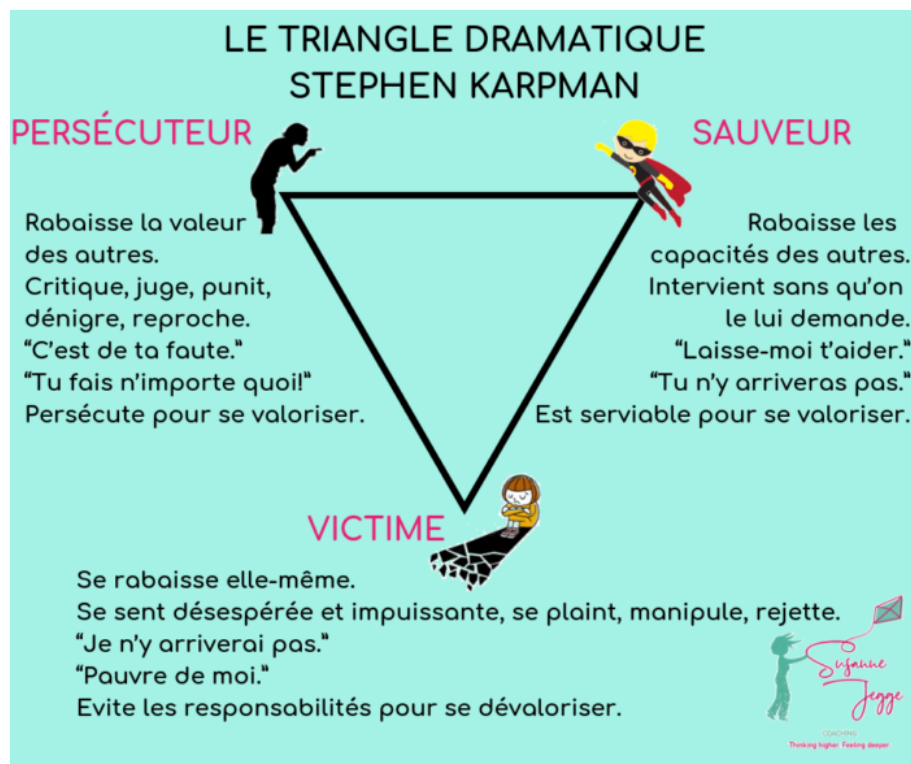
Un petit coup de chauffage avant la douche ?...c'est vraiment pour mettre quelque chose, visitez donc un autre EHPAD et vous comprendrez !



## Annexe 9 : tableau de croisement stratégique

		ENVIRONNEMENT EXTERNE											
		OPPORTUNITES					MENACES						
		1.	2.	3.	4.	5.	1.	2.	3.	4.	5.		
P E R F O R M A N C E	F O R C E S	1.	+	++	++	+	++	+	0	0	+	+	1.
		2.	++	+	+	0	++	+	0	0	0	0	2.
		3.	0	+	0	0	0	+	+	0	+	0	3.
		4.	++	++	++	+	++	+	+	0	+	+	4.
		5.	0	+	++	+	+	+	+	0	+	+	5.
I N T E R N E	F A I B L E S S E S	1.	-	-	0	-	-	--	--	0	-	--	1.
		2.	0	-	-	0	-	--	--	0	-	--	2.
		3.	0	0	-	0	+	0	0	--	-	-	3.
		4.	0	0	-	0	-	++	++	0	-	--	4.
		5.	-	+	0	+	0	-	--	-	--	--	5.

## Annexe 10 : triangle dramatique de Karpman



<https://www.susannejegge.com/fr/2019/04/02/triangle-dramatique-2eme-partie/>

## Annexe 11 : diagramme de Gantt

Jardin thérapeutique



Début du projet :

DIAGRAMME DE GANTT SIMPLE par Vertex42.com

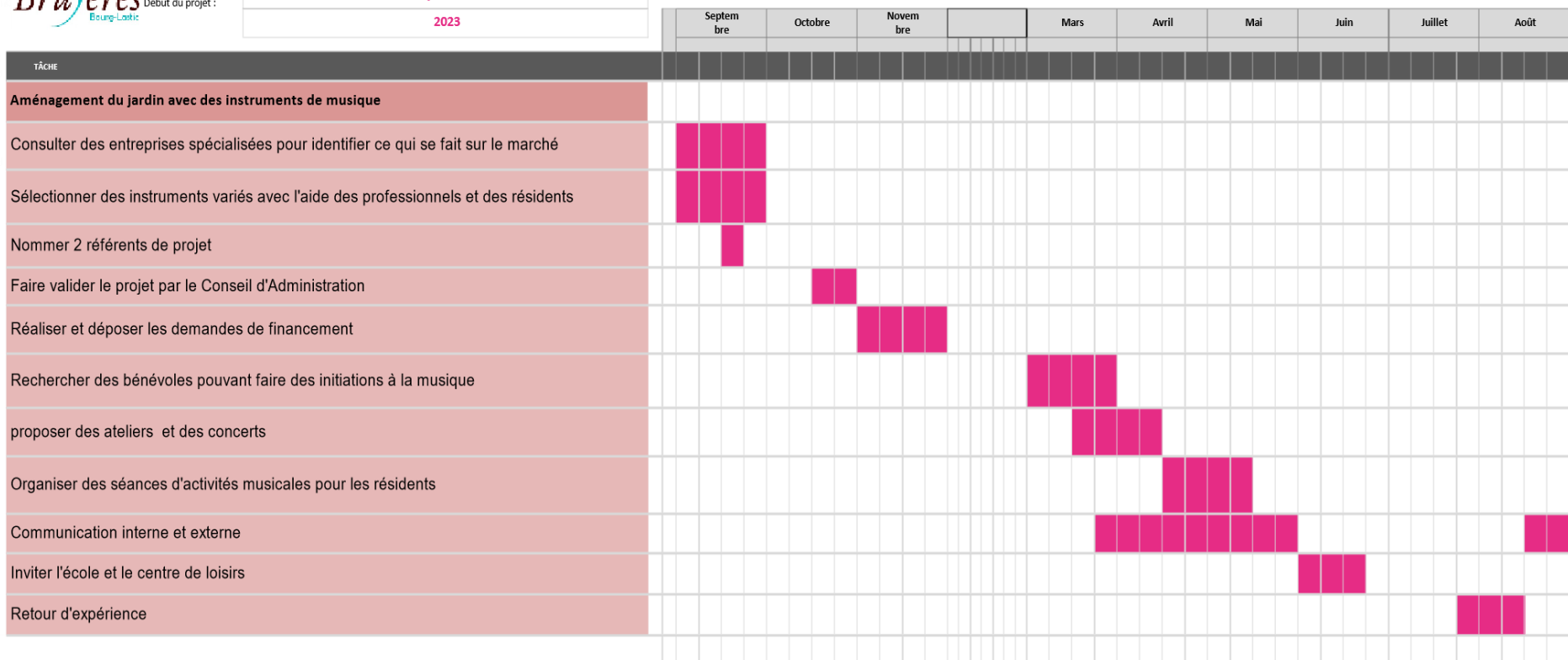


Diagramme réalisé par mes soins

Début du projet : **Janvier**  
**2023**

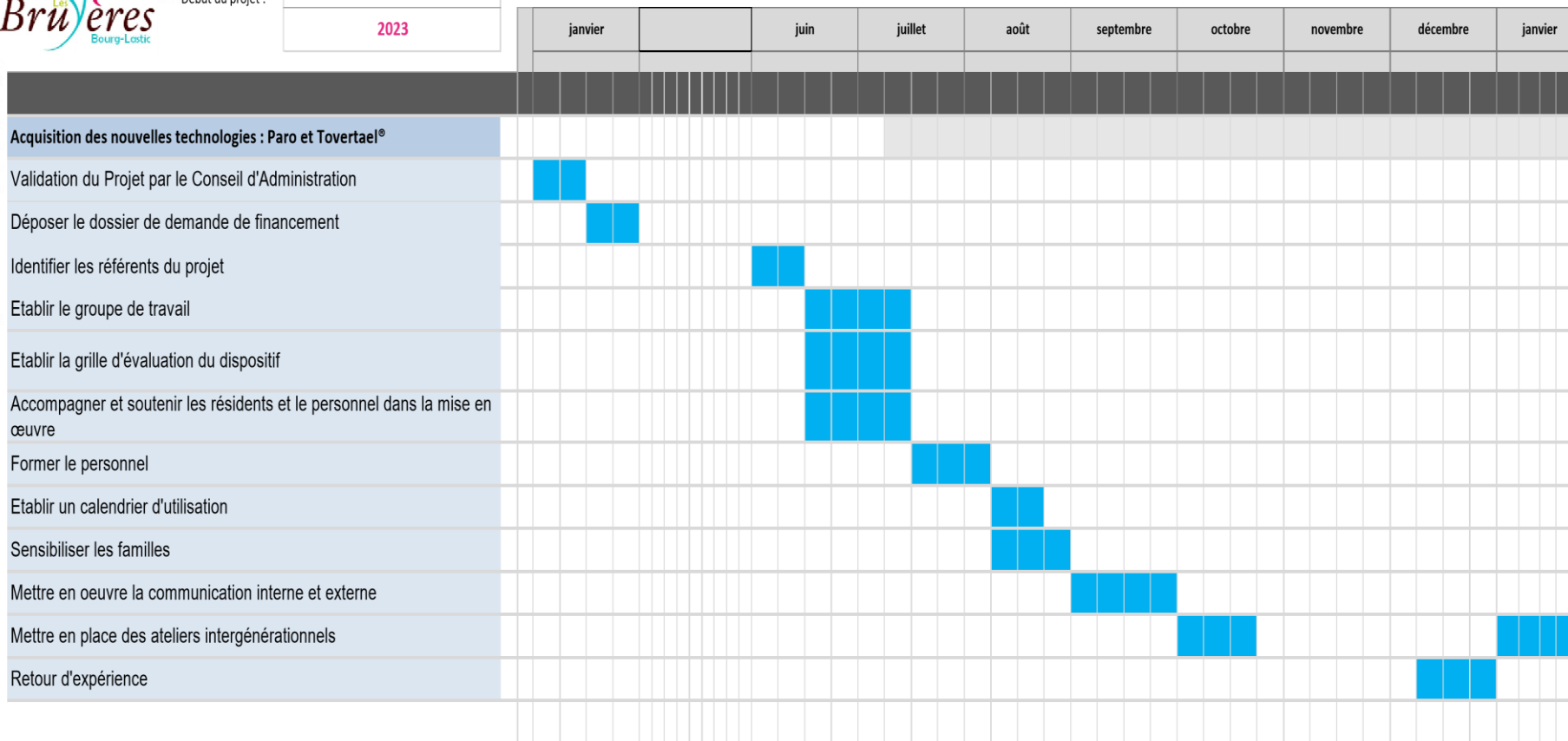


Diagramme réalisé par mes soins

**BIGOURIE**

**Éloïse**

**Septembre 2023**

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : ITSRA**

**Accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie  
d'Alzheimer ou apparentées : entre adaptation de l'offre existante et  
innovation.**

***Résumé :***

La maladie d'Alzheimer touche des millions de personnes dans le monde. La France n'échappe pas à cette règle. A ce jour, selon les données de Santé Publique France, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées est d'un million. Ce chiffre atteindra deux millions en 2040. En parallèle du taux d'incidence de la maladie, la France développe une politique publique de maintien à domicile de plus en plus forte, d'où une entrée en établissement de plus en plus tardive.

Au sein du territoire rural de Bourg-Lastic, l'EHPAD compte mettre en place un accompagnement innovant, en répondant aux politiques publiques tout en s'appuyant sur le développement des actions qui se font dans le monde.

Le concept du « care » permet une vision holistique de la personne, et associé à une appropriation des nouvelles technologies, il peut avoir un impact bénéfique dans l'accompagnement des résidents. L'aménagement du jardin thérapeutique complètera ces actions en permettant de créer un espace extérieur, chaleureux et agréable.

Le but sera, in fine, de retarder la progression de la maladie et de permettre aux personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs de vivre une fin de vie encore riche de partage.

***Mots clés :***

Maladies neuro-dégénératives, innovation, ruralité, tour du monde, nouvelles technologies, spécificité, care, humanager, adaptation, jardin thérapeutique.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*