

Diplôme universitaire d'infirmière coordinatrice en EHPAD et en SSIAD

La méthode Montessori, une approche valorisante.

Accompagner l'équipe soignante au travers de la mise en place d'une méthode non médicamenteuse en EHPAD :
Place et rôle de l'IDEC.



DAVID Mélanie
PRADÈRE Céline

Directeur de mémoire :
Mr PÉGON Gilles

Sommaire

Remerciements.....	p2
Glossaire.....	p3
Introduction.....	p4
1. Cadre Conceptuel.....	p6
1.1. La qualité de vie au travail en EHPAD : outil managérial.....	p6
1.2. L’infirmière coordinatrice (IDEC) en EHPAD.....	p9
1.3. La conduite du changement.....	p11
1.3.1. Les réticences au changement.....	p11
1.3.2. Le processus de changement.....	p13
1.4. La méthode Montessori appliquée à la personne âgée.....	p15
1.4.1. Maria Montessori.....	p15
1.4.2. La méthode Montessori appliquée à la personne âgée.....	p16
2. Enquête.....	p19
2.1. Méthodologie.....	p19
2.1.1. Présentation des établissements.....	p19
2.1.2. Les outils et méthodes.....	p20
2.1.3. Les freins et limites.....	p21
2.2. Résultats.....	p21
2.2.1. Pour les directions.....	p21
2.2.2. Pour la cadre de l’établissement de Bayonne.....	p23
2.2.3. Pour l’animatrice de l’établissement de Bayonne.....	p24
2.2.4. Pour les soignants.....	p25
2.3. Analyse et discussion.....	p35
2.4. Synthèse.....	p39
Conclusion.....	p41
Résumé.....	p42
Abstract.....	p43
Bibliographie.....	p44
Annexes.....	p46

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre Directeur de mémoire, Monsieur Gilles Pégon, qui nous a guidés et soutenus tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Nous remercions également tout le personnel des EHPAD « La Résidence du Bois de la Roche » de Cloyes sur Le Loir et « Marie Caudron-Fourcade » de Bayonne pour leur accueil et leur disponibilité à notre égard.

Glossaire

AG&D : Accompagnement en Gériologie et Développement

AGGIR : Autonomie Gériologie Groupes Iso Ressources

AMP : Aide Médico-psychologique

ARS : Agence Régionale de la Santé

AS : Aide-Soignante

ASG : Assistant de Soins en Gériologie

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPA : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EPADE : Echelle d'Evaluation des Personnes Agées qui Epuisent

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MAS : Montessori Assessment System

NPIES : Inventaire Neuropsychiatrique version Soignante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PATHOS : Système d'évaluation de la gravité globale des maladies des personnes âgées résidant en EHPAD

PRAP : Prévention des risques liés à l'Activité Physique

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UPAD : Unité pour Personnes Agées Désorientées

Introduction

Le nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée ne cesse d'augmenter. Selon l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), environ 900 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer aujourd'hui en France et 225 000 nouveaux cas sont recensés tous les ans. La maladie d'Alzheimer est devenue un véritable enjeu de santé publique.

En effet, cette maladie neurodégénérative se manifeste par des troubles de la mémoire et une diminution des facultés cognitives auxquels peuvent se rajouter des troubles du comportement. La société, les proches et parfois les soignants en ont une représentation négative du fait de ses conséquences comme la perte des repères, d'identité, de la reconnaissance de l'autre et d'objets conduisant à plus ou moins long terme à la dépendance pour les actes de la vie quotidienne. Cette perte d'autonomie progressive est par conséquent une des causes d'entrée en institution. Selon l'association France Alzheimer, « 40 % des personnes atteintes de cette pathologie vivent en institution »¹.

Alors que le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit, entre autre, dans un de ses objectifs « d'améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer » avec comme mesure la « création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux » et dans un autre objectif « de valoriser les compétences et développer les formations des professionnels »², nous avons remarqué lors de nos pratiques professionnelles que les soignants travaillant en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) éprouvaient des difficultés dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitifs . En effet, on peut voir aujourd'hui que le nombre d'unités spécifiques est en deçà des besoins, de ce fait une augmentation du nombre de cette population dans les structures dites « classiques » est constatée. L'accompagnement spécifique de ces résidents engendre chez le soignant des souffrances qui peuvent être liées à la peur de l'image que cela lui renvoie sur son propre vieillissement et sur ce qu'il ne voudrait pas devenir, sur sa difficulté de compréhension des besoins réels du résident. Les soignants, devant un investissement de plus en plus important, finissent par se démotiver voire s'épuiser.

¹ <https://www.francealzheimer.org/France/Alzheimer>

² https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

Les conséquences de cette souffrance sur la prise en charge du résident peuvent aller d'une mauvaise réponse à la demande du résident jusqu'à l'ignorance même de celui-ci, majorant ainsi les troubles du comportement de ce dernier. Cependant, le rôle du soignant est bien d'être garant du bien-être et de la qualité de vie du résident. A ce jour, il existe plusieurs méthodes non médicamenteuses permettant la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs afin d'améliorer leur qualité de vie et celle de leur entourage (familles et soignants). Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons à l'une de ces solutions : la méthode Montessori.

Nous nous sommes rapprochées autour de cette thématique car l'une d'entre nous, occupant un poste d'IDEC (infirmière coordinatrice) depuis 3 ans au sein d'un EHPAD, a suivi avec quelques soignants et la directrice, une formation sur la méthode Montessori appliquée à la personne âgée en 2018. Cette méthode a apporté un nouvel éclairage aux soignants engendrant un attrait retrouvé pour la profession.

Pour la 2ème, la mutualisation du mémoire a permis d'activer sa curiosité, d'effectuer plusieurs recherches (articles de presse, livres) afin de se familiariser avec cette nouvelle approche qui a bouleversé et complètement changé son regard sur les personnes âgées.

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de nous intéresser à l'impact de la mise en place d'un nouveau projet dans une organisation de travail afin d'améliorer la qualité de vie. **Quel est le rôle de l'IDEC dans l'introduction d'une nouvelle organisation de travail au travers de la mise en place de la méthode Montessori adaptée à la personne âgée en institution ?**

De cette question de recherche, nous envisageons alors plusieurs hypothèses :

- La maladie d'Alzheimer impacte les conditions de travail des soignants.
- La mise en place d'une nouvelle méthode de travail limite les risques professionnels et améliore la qualité de vie au travail afin de répondre favorablement au rôle du soignant.
- L'IDEC a un rôle dans l'amélioration de la qualité de vie au travail.
- L'introduction d'une méthode non médicamenteuse dans une organisation améliore les conditions de travail.
- Un membre du trio directionnel doit être le leader dans l'introduction d'une méthode non médicamenteuse.
- Un projet d'établissement ne peut pas perdurer lorsqu'une équipe de direction change.

1. Cadre Conceptuel

En lien avec ce travail, dans le cadre des apports théoriques, nous nous intéresserons à la qualité de vie au travail, à la fonction d'IDEC et son rôle dans l'amélioration de la qualité, à la théorie du changement au travers une nouvelle approche qu'est la méthode Montessori dans une organisation.

1.1. La qualité de vie au travail en EHPAD : outil managérial

Avant de définir ce qu'est la qualité de vie au travail, il nous a semblé intéressant de s'arrêter sur ce qu'est le travail des soignants exerçant dans des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

L'EHPAD, auparavant appelé maison de retraite est un lieu de vie où résident des personnes âgées de plus de 60 ans présentant une perte d'autonomie physique et/ou psychique. C'est aussi un lieu de soins où une équipe pluridisciplinaire prend en charge dans sa globalité la personne âgée afin de maintenir l'autonomie et le confort de vie.

Nous allons nous intéresser aux conditions de travail du personnel qui est le plus nombreux dans les structures et au plus près des résidents, à savoir, les aides-soignantes (AS) et les agents de service hospitalier (ASH) faisant fonction d'aide-soignante. Nous utiliserons le terme d'aide-soignante dans la suite de notre écrit pour ces 2 types de métier, compte-tenu des similitudes des tâches qui leur sont attribuées, pour faciliter l'écriture.

Tout d'abord, de part la spécificité de ce métier qui demande une prise en charge 24h/24 et 7 jours sur 7, le personnel soignant est contraint à des horaires spécifiques (travail les week-ends et jours fériés, travail en horaires décalés) qui peuvent engendrer un déséquilibre de la vie personnelle. Le soignant est aussi contraint à une station debout prolongée, au piétinement, à des manipulations répétées et au port de charge lourde entraînant fatigue, troubles musculo-squelettiques. Ces contraintes sont bien souvent connues et acceptées par le personnel soignant. Toutefois, lorsqu'on les interroge sur leurs conditions de travail, les principaux griefs ne portent pas sur ces contraintes.

Dans un 2^{ème} temps, du fait de l'amélioration de la prise en charge à domicile, l'entrée en institution se fait de plus en plus tard et ces établissements se voient accueillir des personnes de plus en plus âgées, polypathologiques et de plus en plus dépendantes. Cela a pour conséquences pour les aides-soignantes de prendre en charge un plus grand nombre de personnes pour les

actes de la vie quotidienne (toilettes, aide aux transferts et à la mobilisation, aide au repas, ...) au détriment de l'aspect relationnel et du maintien des capacités restantes. Les aides-soignantes verbalisent souvent leur sentiment de frustration ou de culpabilité de ne pouvoir répondre de façon adaptée et individualisée aux résidents par manque de temps.

Cette entrée tardive en institution impacte négativement la durée de séjour du résident, ceci implique au personnel soignant d'être plus souvent confronté à l'accompagnement de fin de vie, à l'adaptation plus fréquente à de nouveaux résidents et à leurs proches ce qui peut être un vécu moralement difficile pour le soignant.

On voit aussi arriver dans les EHPAD de nouvelles pathologies. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes principalement intéressés à la démence. Selon une enquête EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2007, « *42% des résidents en EHPAD ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle*³ ». En effet, cette pathologie accroît les difficultés de prise en charge du résident au sein des EHPAD qui ne sont pas tous pourvus d'unité spécialisée ou lorsqu'ils le sont, le nombre de lits dédiés est insuffisant par rapport au nombre de personnes qui y seraient éligibles. Malgré le plan Alzheimer 2008-2012 qui prévoyait entre autre dans un de ses objectifs « *de valoriser les compétences et développer les formations des professionnels*⁴ », le personnel est insuffisamment formé pour prendre en charge cette spécificité de la gériatrie. Les aides-soignantes sont en permanence à devoir adapter leur méthode d'approche du résident, à devoir gérer des troubles du comportement, à modifier leur organisation de travail en fonction des demandes et/ou besoins des résidents. Cette prise en charge spécifique engendre chez le soignant un stress supplémentaire. Plusieurs évaluations permettent de mettre en avant l'épuisement des professionnels face à cette prise en charge comme :

- L'inventaire neuropsychiatrique version soignante (NPI-ES) qui permet d'évaluer la présence ou non de troubles du comportement et leur retentissement sur les soignants
- L'échelle d'évaluation des personnes âgées qui épuisent (EPADE) qui permet d'évaluer les situations difficiles et de les gérer.

³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles-par-des-personnels>

⁴ https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

Ces évaluations permettent au soignant dans un 1^{er} temps de se sentir à l'écoute dans ce qu'il peut ressentir puisque cela est quantifié et par conséquent apporte une reconnaissance des difficultés éprouvées. Dans un 2^{ème} temps, cela permet de réfléchir en équipe à ce qu'il peut être fait pour limiter les troubles identifiés.

Dans leur pratique quotidienne, les aides-soignantes sont également confrontées à des ruptures de tâches (nombre intempestif de « sonnettes », pas toujours utilisées par le résident à bon escient), à des relations conflictuelles avec ce dernier, sa famille mais aussi entre collègues ce qui peut accroître le sentiment de stress.

A tout cela s'ajoute les évolutions réglementaires, avec la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui régit les droits des usagers et la convention tripartite, puis le CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) qui demandent aux EHPAD de travailler dans un environnement de plus en plus exigeant en termes de qualité et de sécurité (traçabilité, exigence de Bientraitance, individualisation de la prise en charge). Le soignant a l'impression de perdre du temps dans les tâches administratives plutôt que de passer du temps auprès du résident, ce qu'il considère comme son rôle majeur.

Alors que la DREES, dans son rapport de septembre 2016 sur les conditions de travail en EHPAD parle de pénibilité physique et mentale, les aides-soignantes poussent plus loin en qualifiant leur travail comme n'étant plus être celui qu'elles ont choisies, ne plus se retrouver dans les tâches qui leurs sont demandées, qu'elles trouvent avoir moins de temps à consacrer aux résidents, avoir l'impression de faire du travail à la chaîne. Elles sont parfois démotivées. On peut donc dire que les conditions de travail des soignants en EHPAD et à fortiori prenant en soin des personnes présentant des troubles cognitifs peuvent présenter un risque sur leur santé et leur bien-être.

D'autres critères déterminent la qualité de vie au travail, le dictionnaire du droit du travail, la définissant comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt au travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilité, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué*⁵ ».

⁵ [https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=1551&definition=Qualit%C3%A9+de+vie+au+travail+\(QVT\)](https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=1551&definition=Qualit%C3%A9+de+vie+au+travail+(QVT))

Cette définition montre qu'en plus des conditions de travail difficiles auxquelles les soignants sont confrontés quotidiennement, les relations avec la hiérarchie, leurs collègues, leur motivation pour exercer dans ce domaine, la place qu'ils occupent ou qui leur est laissé sont aussi importants pour leur bien-être au travail.

Ces critères montrent bien que la qualité de vie au travail est un vrai outil managérial. Comme le définit le Ministère des Solidarités et de la Santé, « *la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé*⁶ ». En effet, une meilleure qualité de vie au travail permet aux soignants de se sentir reconnu, de s'investir dans les nouveaux projets et dans la vie de l'établissement. Un soignant qui se sent bien offre une meilleure qualité de prise en charge au résident.

Quel rôle l'infirmière coordinatrice a-t-elle dans l'amélioration de la qualité de vie au travail des agents qu'elle encadre?

1.2. L'infirmière coordinatrice en EHPAD

Le terme d'infirmière coordinatrice apparaît avec la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales mais c'est seulement après le décret du 26 avril 1999 relatif au conventionnement tripartite des institutions gérontologiques et la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale que la fonction d'infirmière coordinatrice au sein des EHPAD est introduite. Cette fonction n'est pas reconnue par un référentiel métier comme peut l'être celui de l'infirmière. Il n'y a pas de formation obligatoire, ni diplôme officiel pour l'exercer. Par contre les infirmières ont possibilité de faire diverses formations comme des formations continues (management, spécificité de la gériatrie) ou des diplômes universitaires comme : Infirmière référente en EHPAD et en SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et/ou Management de proximité dans les structures de santé, leurs permettant de mieux appréhender les diverses missions auxquelles elles vont être confrontées lors de leur exercice.

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

L'IDEC travaille sous la responsabilité de la direction et en collaboration avec le médecin coordonnateur formant ainsi un trio managérial pour offrir une prise en charge de qualité à la personne âgée.

Pour cela, elle a pour missions (cf. Annexe 1) :

- L'accompagnement de l'équipe soignante. Elle est l'interlocuteur privilégié de l'équipe, veille à sa cohésion et gère les conflits. Elle élabore le planning du personnel soignant et organise leur travail. Elle participe aux recrutements et aux évaluations annuelles des soignants, valorise les compétences et la formation. Elle veille aux respects des protocoles et des bonnes pratiques professionnelles. Elle accueille et s'assure de l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires.
- L'accompagnement des résidents et leur famille. Elle participe à l'examen des demandes d'admission et à l'accueil des nouveaux résidents. Elle participe à l'élaboration du projet de soin et du projet de vie individuel et au respect de son application. Elle met en place les moyens nécessaires à la bonne prise en soin du résident et coordonne les intervenants extérieurs en regard de la prescription médicale. Elle participe aux évaluations de la dépendance (AGGIR, autonomie gérontologie groupes iso-ressources) et du niveau de soins (PATHOS).
- La gestion logistique. Elle a des liens avec les différents acteurs comme l'hôtellerie, la restauration. Elle définit les besoins en matériels et équipements et en assure le suivi de maintenance.
- La gestion administrative. Elle contribue au déploiement de la politique institutionnelle au regard du cadre réglementaire défini par les instances. Elle participe à l'élaboration du projet d'établissement, aux évaluations internes et externes. Elle est en étroite collaboration avec la direction.

Du fait de ces diverses missions, l'infirmière coordinatrice doit avoir des connaissances à un niveau d'expertise en soins infirmiers en gériatrie, être dotée de savoir-faire comme l'animation d'une équipe, la communication, l'évaluation de la charge de travail et son organisation, la conduite du changement ; et de savoir-être comme la capacité d'écoute et d'adaptation, la disponibilité, la remise en question, l'ouverture d'esprit.

1.3. La conduite du changement

Selon le dictionnaire français Larousse, le changement se définit comme « *une action, le fait de changer, de modifier quelque chose, le passage d'un état à un autre*⁷ ». Nous vivons donc au quotidien des changements pour lesquels nous ne devons pas faire d'efforts considérables pour se les approprier. Dans le cas de changement d'organisation, de méthode de travail, on parle plutôt de rupture d'un mode de fonctionnement pour s'adapter à un nouveau fonctionnement dans le but de s'améliorer. En effet, compte tenu de l'évolution des résidents entrant en EHPAD (dépendance, nouvelle pathologie comme la démence, âge avancé, etc. ...), de leurs exigences plus accrues et des réglementations, les établissements doivent revoir leurs organisations afin de répondre au mieux à ces nouvelles demandes. Pour cela, le trio (directeur, médecin coordonnateur et infirmière coordinatrice) en se référant aux résultats des évaluations internes et externes, en suivant les préconisations du projet d'établissement, se doit d'analyser les pratiques actuelles et d'envisager les mesures correctives à mettre en œuvre, en tenant compte des attentes des résidents et du personnel. Pour accompagner le changement, le triumvirat directionnel doit tenir compte de différentes étapes de mise en place afin de permettre la compréhension et l'acceptation de ce nouveau projet.

En effet qui dit changement, dit deuil d'une organisation actuelle pour passer à une organisation future. Quels impacts cela a-t-il sur les soignants ? Comment ce trio peut-il s'y prendre pour faire accepter le changement ?

1.3.1. Les réticences au changement

Les sentiments des soignants face au changement vont être perçus différemment selon leur personnalité, leur éducation, leur histoire, leur environnement, leur humeur, leurs désirs ou leurs contraintes.

Les réticences au changement sont principalement dues à :

- Une perte d'équilibre, une méconnaissance des attendus. Il est plus rassurant de continuer à travailler de la même façon que de changer ses pratiques et d'avancer vers l'inconnu, celui-ci faisant peur.

⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>

- Un deuil du temps d'avant, un doute sur l'intérêt de changer. Les soignants savent ce qu'ils vont perdre mais ne savent pas encore ce qu'ils vont gagner en changeant leur organisation.
- Un manque de confiance en soi, une peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas avoir les compétences nécessaires pour réaliser ce qui leur est demandé.
- Une peur de perdre les avantages liés à l'organisation actuelle comme le travail routinier sans avoir à se poser trop de questions, le gain de temps en pratiquant le « faire à la place de ».
- Un manque de temps pour réaliser les tâches habituelles à effectuer et devoir travailler sur un nouveau projet.

Elles peuvent s'exprimer par l'opposition au changement mais aussi par du retrait, du scepticisme, de la passivité, voire sur la critique de ce que font les autres.

Le rôle de l'IDEC est d'identifier les émotions de chaque soignant et d'adapter son type de management pour l'accompagner vers l'acceptation. Pour cela, l'IDEC peut se servir de la courbe du deuil, qu'Elisabeth KÜBLER-ROSS (psychiatre pionnière dans le mouvement des soins palliatifs), décrit en 1969, comme un processus psychologique qui passe par 5 étapes différentes:

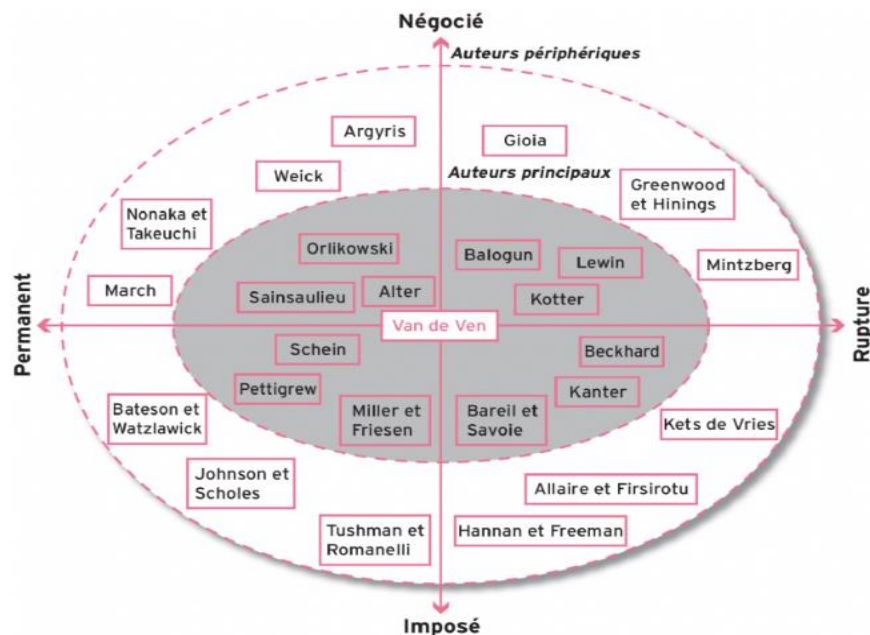
- **le déni**, le soignant est dans l'incompréhension de l'intérêt du changement. « Pourquoi changer d'organisation alors que cela fonctionne ainsi ? »
- **la colère**, le soignant a compris l'intérêt du changement mais peut se révolter contre les auteurs du changement. « Pourquoi changer alors qu'on n'a déjà pas assez de temps pour prendre en charge correctement les résidents ? » « Ça fait 20 ans que je fais comme ça. »
- **la dépression**, le soignant se résigne.
- **la négociation**, la personne essaie de conserver des pratiques de l'organisation passée pour ne pas tout perdre.
- **l'acceptation**, le soignant a accepté le changement et s'investit dans sa mise en place.

Chaque personnel y compris l'équipe de direction passe par chacune de ces étapes qui peuvent être plus ou moins longues et vécues différemment selon les individus.

1.3.2. Le processus de changement

Plusieurs auteurs ont abordé le thème du changement mais c'est en 1947 avec Kurt LEWIN (psychologue américain) que cette notion voit le jour. Depuis différents auteurs ont mis en exergue leur méthode. Dans son livre, *Conduite du changement : Concept clés*, David AUTISSIER parle de 4 catégories dans lesquelles sont classés ces auteurs en fonction de la définition qu'il donne au changement en termes de rythme (permanent ou de rupture) ou d'intentionnalité (imposé ou négocié).

Le schéma suivant présente de façon synoptique les grands auteurs en conduite du changement⁸.



Cette classification d'Autissier permet au trio directionnel de choisir quel type de conduite au changement il veut opérer en fonction de ses attentes. Pour cela, nous nous intéresserons à quelques auteurs des différentes catégories afin de nous projeter au mieux dans notre futur rôle d'IDEC dans l'accompagnement au bien-être de l'équipe à travers le changement.

Le changement continu est un changement négocié et permanent. Le changement est volontaire, décidé au sein de l'établissement par une ou plusieurs personnes identifiées, tels que la direction ou le trio directionnel. Ces décisionnaires ont donc un rôle auprès des équipes pour permettre l'acceptation du changement et les faire participer à celui-ci. Norbert ALTER (sociologue français) parle de logique de l'innovation. Cela consiste à laisser aux collaborateurs, ici les aides-soignantes, la possibilité de proposer des organisations pour

⁸ <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Les-grands-auteurs-en-conduite-du-changement-325597.htm#KSpCZczpaB2ihxlz.97>

atteindre l'objectif demandé. Les soignants dits « leaders » d'une équipe vont proposer et essayer des solutions, les suiveurs vont imiter et peut-être proposer à leur tour des organisations différentes ou complémentaires. D'autres vont s'opposer aux propositions. Le rôle du manager est de laisser les collaborateurs à leur propre imagination et remettre de l'ordre par la suite dans ce qui est réalisable ou pas.

Pour le **changement proposé** qui est un changement négocié et de rupture, la direction communique les objectifs et les résultats à atteindre dans un délai à respecter. Les acteurs du changement sont cependant libres dans le choix des moyens à mettre en place. Kurt LEWIN décrit 3 étapes **Unfreeze, Change, Refreeze** qui se traduit par Fondre la glace, la Modeler et la Recongeler pour la solidifier. Dans le cas d'un changement d'organisation, il s'agit de faire réaliser aux soignants que l'organisation va changer inévitablement, définir les nouvelles pratiques et les essayer puis enfin intégrer les nouvelles pratiques afin de ne pas retourner dans un travail routinier. K. LEWIN introduit également le concept de dynamique de groupe. En effet, lors de conduite du changement, 2 groupes s'opposent, ceux qui sont favorables au changement et ceux qui n'y sont pas. Le rôle de l'IDEC est donc de réduire le 2^{ème} groupe afin de permettre la mise en place de ce projet.

Le changement dirigé se définit comme un changement imposé et de rupture, on parle de changement de crise, d'urgence. La direction ordonne le changement qui doit être réalisé dans un temps court, ne laissant pas place à la négociation. Ce type de changement peut entraîner de fortes résistances au changement contenu son caractère d'urgence. Rosabeth MOSS KANTER, professeur en management à la Harvard Business School, parle de roue du changement, méthode qui repose sur 10 leviers opérationnels permettant l'acceptation du nouveau projet. En effet, elle préconise de travailler en groupe sur un projet défini et dans un même objectif avec des moyens pour permettre d'évaluer la progression du projet. Le manager a pour rôle :

- de motiver l'équipe, de reconnaître la participation des différents acteurs du changement,
- d'homogénéiser les pratiques en instaurant des règles et des procédures,
- de soutenir, d'être à l'écoute,
- de permettre la formation,
- de contrôler et de transmettre aux différents acteurs l'évolution du processus de changement.

Le changement organisé est quant à lui un changement imposé et permanent. Il est imposé par un facteur externe comme par exemple, une demande d'augmentation de la qualité ou une diminution de l'usage des psychotropes chez la personne âgée. L'établissement peut donc mettre en place des groupes de travail pour permettre de répondre aux nouvelles exigences. Andrew Marshall PETTIGREW (professeur de stratégie et d'organisation à la Saïd Business School de l'Université d'Oxford) s'appuie sur une théorie du changement qui prend en compte l'individu et l'organisation. Il définit la conduite du changement dans 3 dimensions qui sont le contenu du changement (qu'est ce qui va changer), le processus d'action (comment il va être mis en œuvre), et le contexte (les raisons et l'environnement). Il complète la théorie de K. LEWIN en recommandant au manager la participation de nombreux acteurs afin de permettre une prise de conscience de l'intérêt du changement en laissant le temps aux soignants de connaître et comprendre le problème pour ensuite planifier, agir et stabiliser le changement.

1.4. La méthode Montessori appliquée à la personne âgée

1.4.1. Maria Montessori

Maria MONTESSORI, née en 1870, devient à 26 ans, la première femme diplômée de Médecine en Italie. Elle débute sa carrière comme assistante en psychiatrie et découvre des enfants qualifiés de « débilés », traités comme des prisonniers, abandonnés de tous et sans aucun jeu à leur disposition. En 1899, elle se consacre à la pédagogie et permet aux enfants en psychiatrie de lire, d'écrire et même, de réussir des examens. Elle applique alors sa méthode aux enfants « normaux » défavorisés présentant des difficultés d'apprentissage et pour lesquels, elle crée la première « Maison des Enfants » qui a pour devise « Aide-moi à faire seul ». Elle développe sa méthode en donnant des conférences et des stages de formation. Cette approche globale éducative permet à chaque enfant de développer son propre potentiel, de se construire pleinement et de manière autonome afin de devenir un adulte confiant, responsable et acteur de sa propre vie. Cette pédagogie considère donc l'enfant comme une personne à part entière avec des besoins spécifiques et considère également l'éducation comme une aide, un guide au développement naturel de l'enfant. En effet, comme le dit Céline ALVAREZ, dans son livre les lois naturelles de l'enfant, « *chaque enfant est acteur de son apprentissage, l'enseignant est là pour l'accompagner* »⁹.

⁹ Alvarez (Céline), Les lois naturelles de l'enfant, éditions des Arènes, Paris, 2016, 454 pages.

1.4.2. La Méthode Montessori adapté à la personne âgée

Dans les années 1990, le Professeur Cameron CAMP, neuropsychologue, enseignant et chercheur américain spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées, prend connaissance de la méthode Montessori au travers de la scolarité de ses enfants. Il constate de réels progrès chez ses enfants notamment au niveau de leur autonomie, de leurs apprentissages et de leur développement. Après de nombreuses recherches, il constate des similitudes entre les besoins et les attentes des enfants et ceux des personnes âgées.

Le tableau ci-dessous établit ces similitudes :

L'enfant	La personne âgée
Besoin d'être respecté comme une personne à part entière avec des besoins et des attentes	Besoin d'être respecté comme une personne à part entière avec des besoins et des attentes malgré les troubles cognitifs
Besoin d'une éducation par le silence : montrer en expliquant le moins possible afin de mieux se concentrer, d'apprendre et de mémoriser plus facilement	Besoin qu'on lui montre sans parler en même temps et en répétant le geste si besoin afin de favoriser la concentration et la compréhension de l'acte
Besoin d'un guide (éducateur) qui facilite la prise d'initiative mais qui ne fait pas à sa place (climat de confiance et de bien-être)	Besoin d'un guide (soignant) qui facilite mais qui ne fait pas à sa place (climat de confiance et de bien-être)
Besoin que l'éducateur connaisse bien l'enfant afin de comprendre et respecter ses choix d'activités dans le but de développer son autonomie, son sens des responsabilités, sa propre identité, son estime de soi et prendre sa vie en main	Besoin que le soignant connaisse bien son histoire de vie afin de lui proposer des activités personnalisées (choix de la personne) à répéter quotidiennement et dans un environnement adapté à ses capacités. Le but, retrouver son identité, son estime de soi, favoriser le retour à l'autonomie, retrouver du contrôle sur sa vie et réapprendre les gestes du quotidien qu'il a oublié
Besoin d'évoluer à son rythme : l'éducateur ne juge pas l'enfant sur ses performances	Besoin d'évoluer à son rythme en évitant la mise en échec
Besoin de trouver une place au sein du groupe diversifié (classe mixte et d'âges mélangés)	Besoin de retrouver une place au sein de leur famille et de la communauté : redonner un rôle social

En 1995, C. CAMP réfléchit sérieusement à l'adaptation de l'approche Montessori aux personnes présentant des troubles cognitifs et convainc un Etablissement américain d'intégrer et d'adapter les principes Montessori à ces personnes afin de leur permettre de réaliser des

activités « signifiantes » pour elles d'une manière autonome et positive.

L'approche Montessori adaptée aux personnes présentant des troubles cognitifs permet de considérer la personne atteinte de démence comme une personne « normale » avec un handicap cognitif qui va la gêner dans sa vie quotidienne plutôt qu'une personne avec une maladie qu'il faut traiter.

En effet, la démence est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme « *un syndrome, généralement chronique ou évolutif dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensées) plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée* »¹⁰.

De nos jours, la démence est encore perçue par la population, les proches des personnes atteintes de troubles cognitifs, mais aussi par les professionnels de santé comme une maladie avec des troubles de la mémoire et du comportement rendant difficile le questionnement et la recherche d'autres causes possibles à ces troubles. Le mot « démence » les renvoie, inéluctablement, à une perte d'autonomie, une dépendance et à leur futur. Elles considèrent ces personnes comme n'étant plus capables de faire, de prendre des décisions et de faire des choix amenant parfois les professionnels à réaliser les actions à leurs places.

Avec l'approche Montessori, C. CAMP, propose de se focaliser sur les capacités préservées des personnes (lecture, langage...) à l'aide de la grille d'évaluation des capacités préservées : la MAS (Montessori Assessment System) et non sur leur démence, en adaptant les activités proposées et leur environnement. Cela dans le but de ralentir la perte d'autonomie, de valoriser le fait d'être aussi indépendant et autonome que possible en redonnant du choix, en étant acteur de leur propre vie, et ainsi limiter les troubles du comportement. Les personnes âgées pourront alors retrouver un sentiment de dignité et d'autonomie dans un cadre respectueux et bienveillant.

Au niveau matériel, l'introduction de cette méthode en établissement, n'exige pas de gros investissements puisque les activités sont basées sur les centres d'intérêts et les capacités préservées de la personne atteintes de démence. Ces activités peuvent être regroupées en trois catégories :

¹⁰ <https://www.who.int/topics/dementia/fr/>

- Les activités de la vie quotidienne : manipuler un gant de toilette, une serviette, se raser, se brosser les dents, les cheveux, plier du linge, le ranger, mettre la table, ranger la vaisselle, préparer ou arroser des fleurs, ...
- Les activités de loisirs : lire seul ou pour les autres, jouer à la pétanque, au loto, chanter (chorale), ...
- Les activités sensorielles : écouter de la musique, goûter, relaxation, soins esthétiques ...

Dans l'approche Montessori, chaque professionnel d'un établissement, quelle que soit sa fonction, devient alors un « facilitateur », le rôle du soignant, ne se définissant plus comme un « technicien du soin » au sens des activités qu'il exerce au quotidien.

2. Enquête

2.1. Méthodologie

Afin d'éclairer notre question de recherche puis d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous avons choisi d'enquêter sur 2 établissements ayant pour un déjà mis en place la méthode Montessori, et pour l'autre le désir de la mettre en place.

2.1.1. La présentation des établissements

Dénomination	EHPAD Résidence du Bois de la Roche	EHPAD Marie Caudron - Fourcade
Situation géographique	Cloyes-sur-le Loir dans le département d'Eure-et-Loir	Bayonne dans le département des Pyrénées Atlantiques
Type d'établissement, statut	Public et autonome	Privé associatif (loi 1901) à but non lucratif
Nombre de salariés en ETP pourvus	Directrice : 1 Médecin coordonnateur : 0,30 IDEC : 1 Administratif : 2 IDE : 3,8 AS : 20 Agents des services hospitaliers : 14 Animatrice : 1,50 Psychologue : 0,30 Auxiliaire médicale : 0 Cuisine : 5 Lingerie : 1,50 Maintenance : 3	Directrice : 1 Médecin coordonnateur : 0.40 Cadre de Santé : 0.90 Administratif : 1,85 IDE : 3,50 AS : 8,82 AMP : 4,13 Agents des services hospitaliers : 10,03 Animatrice : 1 Gouvernante : 1 Psychologue : 0,50 Ergothérapeute : 0,56 Psychomotricienne : 0,50 Cuisine : 6,68 Maintenance : 1
Répartition de la prise en charge soignante	Matin : 1 IDE, 8 AS/ASH Soir : 1 IDE, 6 AS/ASH Nuit : 1 AS, 1 ASH	Matin : 2 IDE, 7 AS/ASH Soir : 1 IDE, 5 AS/ASH Nuit : 1AS, 1ASH / 1 IDE
Capacité d'accueil	83 places en accueil permanent dont 11 l'Unité Protégée et 1 en temporaire 10 en accueil de jour du lundi au vendredi	60 places en accueil permanent 1 en temporaire
Public accueilli	Personnes âgées de plus de 60 ans	Personnes âgées de plus de 60 ans
Prix de journée	Hébergement + GIR 5-6 66.38€/jour Dépendance GIR 3-4 + 13.95€ Dépendance GIR 1-2 + 21.94€	Permanent : 58,93€ Temporaire : 61,88€
Moyenne d'âge	87 ans	88 ans
GIR Moyen Pondéré	757 (juin 2019)	715 (avril 2019)
PATHOS Moyen Pondéré	209 (juin 2019)	122 (2015, doit être refait en 2020)

2.1.2. Les outils et méthode

Nous avons choisi d'établir des questionnaires auprès des soignants de chaque établissement (cf. Annexe 2 et Annexe 3). Ces questionnaires vont nous permettre d'identifier les conditions de travail ressenties par les soignants, leur connaissance de la méthode Montessori et ce qu'elle pourrait leur apporter, ainsi que leurs motivations à la mise en place de cette nouvelle méthode au sein de leur organisation de travail. Cette méthode d'enquête permet d'obtenir un grand nombre de réponses sans mobiliser du temps pour l'enquêteur. Elle a également pour avantage de ne pas influencer les soignants dans leurs réponses. Cependant, le questionnaire ne nous permet pas de reformuler la question si le personnel soignant ne la comprend pas, ni d'approfondir leurs réponses en cas de doute sur ce qu'il a voulu dire.

Nous avons également décidé d'établir des entretiens semi-directifs (cf. grille Annexe 4) auprès des 2 directions de ces établissements afin d'évaluer leur motivation quant à l'introduction de cette nouvelle méthode et comment elles envisagent sa mise en place au sein de leur établissement respectif. Nous avons fait le choix de cette technique d'enquête car le nombre de personne interrogée étant minime, elle nous a semblé appropriées en termes de temps. Ce type d'entretien permet de recueillir les informations recherchées directement, avec la possibilité de reformuler les questions en cas d'incompréhension ou de demander des précisions dans les réponses apportées, toutefois sans influencer la personne. La direction de l'EHPAD de Bayonne n'étant pas à l'origine de la mise en place de cette méthode, nous avons également réalisé un entretien auprès de l'animatrice afin de connaître la façon dont la méthode a été envisagée auprès de la direction précédente et sa mise en place (Cf. grille Annexe 5).

Nous avons interrogé l'IDEC de Bayonne sur ce même principe (Cf. grille Annexe 6), pour connaître son rôle dans la mise en place d'une nouvelle organisation par la méthode Montessori afin de nous projeter dans notre futur rôle de manager.

Au niveau de l'EHPAD de Cloyes, 15 soignants ont répondu aux questionnaires sur 20 distribués. Nous avons recueilli 3 questionnaires sur 14 distribués au niveau de l'EHPAD de Bayonne.

2.1.3. Les freins et limites

Il nous a été difficile de recueillir des réponses à nos entretiens et questionnaires au niveau de l'EHPAD de Bayonne malgré plusieurs sollicitations téléphoniques. Les questionnaires qui nous ont été remis n'ont pas été remplis en totalité ne permettant pas une analyse objective pour cet établissement.

La distance nous séparant et le délai de réponses aux différentes enquêtes étant plus ou moins longs, il nous a été difficile de mettre en commun nos réponses.

Les réponses aux questionnaires auraient mérité d'être complétées par un entretien pour approfondir les subtilités qui peuvent apparaître lors de l'analyse. De plus, beaucoup de questions étant des questions ouvertes, les réponses recueillies rendent difficiles l'écriture des résultats.

Nous n'avons pas interrogé les médecins coordonnateurs du fait de leur faible temps de présence dans l'établissement et des missions qui leur sont confiées dans ce temps imparti.

2.2. Résultats

2.2.1. Pour les directions

➤ L'établissement de Cloyes :

La direction de l'établissement de Cloyes est à l'origine de ce projet. Elle a eu connaissance de la méthode Montessori par un agent qui l'avait demandé en formation et par des collègues directeurs lors d'une formation. La méthode Montessori a été intégrée dans le projet d'établissement dans le cadre de la bientraitance et de l'amélioration de la prise en charge des troubles liés à la maladie d'Alzheimer. En effet, l'intérêt de ce nouveau projet est qu'il permet aux résidents d'être acteur de leur vie avec la possibilité de faire des choix. Ayant suivi elle-même la 1^{ère} session de formation, la directrice a été convaincue par le contenu de cette dernière qui met en avant le respect de l'individualité et une vision positive des capacités des résidents plutôt que sur leurs déficiences. La formation Montessori a été inscrite au préalable à la politique de formation des agents. L'organisme retenu pour la formation est AG&D (Accompagnement en Gérontologie et Développements), elle rajoute : « *seul organisme à proposer cette formation* ». Cet organisme a été choisi par la direction d'un autre EHPAD, avec qui les formations sont suivies. **En effet, le nombre de participants à chaque session de formation étant limité à 12 personnes maximum, la fusion des 2 établissements permet**

d'optimiser les coûts de formation (5000 euros/12 personnes) et permettre la continuité des soins dans chaque établissement en mobilisant moins de personnel à chaque session.

A ce jour, il y a environ 30 agents de formés issus de tous les services (soins, animation, cuisine, lingerie, technique, administration). L'intérêt est d'avoir une meilleure diffusion de la méthode, de sensibiliser l'ensemble des services et de créer des sessions avec une équipe pluridisciplinaire afin d'obtenir un esprit de corps. La dirigeante affirme que : « *tous les agents seront formés sur une période de 2 ans, à raison d'une session par trimestre* ». Le 1^{er} groupe formé, à leur demande, était composé de la direction, de l'IDEC et d'aides-soignantes. Pour les autres sessions, le personnel a été choisi en fonction du fait qu'il soit susceptible d'adhérer à cette nouvelle méthode et en créant des sessions pluri-professionnelles. Afin de former tout le personnel de l'établissement, la direction envisage organiser 8 sessions pour un coût total de 20 000 euros.

Nous pouvons dire que la direction est en accord avec les requis de cette formation puisqu'elle estime que **cette méthode va permettre aux résidents :**

- Une prise en charge plus adaptée à leur capacité, plus respectueuse de leurs besoins et envies
- Des échanges plus bénéfiques avec les soignants
- Un renforcement de la satisfaction par rapport à la qualité de la prise en charge et de leur participation à celle-ci.

Cette méthode va permettre aux soignants :

- Une prise de recul sur leur pratique.
- De s'interroger sur la dimension bientraitante.
- De stimuler la créativité sur les prises en charge et la définition d'outils de travail.
- De valoriser l'activité des soignants.

Pour l'établissement, elle va permettre :

- La mise en œuvre du projet d'établissement.
- De fédérer les équipes autour d'un projet.
- De valoriser le travail de chacun.
- De stimuler les échanges entre professionnels.
- De conduire les changements par une approche progressive.

Concernant la question sur l'investissement en matériel, la directrice dit : « *la mise en place de cette méthode ne nécessite pas vraiment d'investissement en matériel puisqu'elle peut être faite*

avec peu de chose ». **Effectivement, le matériel pour les activités peut être réalisé par des résidents ayant les capacités de le faire pour l'utiliser avec d'autres résidents.**

Lorsque la méthode Montessori aura été mise en place dans l'établissement et que les équipes auront acquis de l'expérience, la directrice souhaiterait rencontrer des établissements qui ont déjà mis en place la méthode Montessori auprès d'un public d'enfants et auprès d'établissements qui ont suivi la formation pour les personnes âgées. Elle suggère de poursuivre la formation pour faire des rappels soit par l'intermédiaire de la formation des nouveaux agents, soit par une nouvelle formation d'une journée. Elle souhaite mettre en place une évaluation des apports et de sa mise en place, organiser une restitution des diverses formations et faire un plan d'actions.

➤ L'établissement de Bayonne :

Le nouveau Directeur, en poste depuis juin 2019, n'est pas à l'origine de ce projet. Il connaissait la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs de son ancien poste de Directeur à l'EHPAD de Tardets-Sorholus (département des Pyrénées Atlantiques) où la discussion d'un projet Montessori s'amorçait.

Il n'est pas soucieux, pour l'instant, de la pertinence de ce projet au sein de son nouvel établissement et n'a donc pas prévu la mise en place de ce projet avant la fin de l'année. Cependant il se tient posément informé des différents souhaits du personnel, des personnes âgées et de leur famille (formations, amélioration de la qualité de vie, du travail...).

Le Directeur et l'animatrice ne se sont pas encore entretenus sur ce projet et il ne peut donc répondre à d'autres questions sur le projet Montessori mis en place dans l'établissement.

L'ancienne Directrice n'avait pas souhaité impliquer le médecin coordonnateur et la Cadre de Santé dans le projet de formation Montessori. Nous pouvons constater que la volonté de mener le projet Montessori à son terme est inexistante au niveau du trio directionnel.

2.2.2. Pour la cadre de l'établissement de Bayonne

La Cadre ne connaissait pas la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Néanmoins, l'animatrice a pu lui expliquer les grandes lignes de cette méthode. Même si celle-ci ne se sent pas concernée par le projet, elle admet toutefois que cette approche pourrait apporter un confort de travail grâce à un gain de temps. Elle ne souhaite pas

être formée pour le moment car le nouveau Directeur ne s'est pas encore prononcé sur les projets à venir. La cadre n'a pu être plus explicite sur le sujet.

2.2.3. Pour l'animatrice de l'établissement de Bayonne

En 2018, l'animatrice, suite à un appel à projet de l'ARS (Agence Régionale de Santé) mutualisé avec cinq autres EHPAD et après autorisation verbale de la Directrice (c'est à dire sans aucun projet déjà établi), a pu proposer le projet Montessori seulement aux agents ayant un rôle dans l'animation. La formation proposée par AG&D s'est déroulée sur 2 sessions de 3 jours. Huit salariés de Marie Caudron ont participé à cette formation (l'animatrice, 5 AMP (Aide Médico-psychologique)/ASG (Assistant de Soins en Gérontologie), l'ergothérapeute et la psychomotricienne). Elle a été formée dès la première session en juin 2018. Elle attendait de la formation un meilleur accès à l'autonomie des personnes présentant des troubles cognitifs dans l'animation et la création de meilleurs liens avec leur famille. Au niveau personnel, elle attendait un changement de vision de ces personnes et espérait une diminution des plaintes des agents comme, par exemple : « je n'ai pas le temps ». Pour l'établissement, elle escomptait un « mieux-être », une structure plus chaleureuse.

Le souhait de l'animatrice, même si le nouveau Directeur ne s'est pas encore positionné, serait que tout le personnel soit formé à cette méthode d'ici cinq ans (projet d'établissement) afin de pouvoir retrouver une homogénéité dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

Concrètement, cette formation lui a apporté une nouvelle méthode d'approche globale. Au niveau des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, même si peu en profitent actuellement (les personnes les plus problématiques), l'animatrice a observé des changements significatifs principalement chez les personnes voulant quitter la structure pour rentrer chez elle. La création d'albums photos souvenirs personnalisés et de livres retraçant la vie de la personne, grâce également à l'implication de la famille, ont pu apaiser les troubles, calmer les personnes en faisant appel à leur mémoire épisodique. Elle constate d'autres petits changements comme la prise d'initiative grâce à la création d'un coin « bibliothèque » avec étiquetage lisible où les personnes peuvent librement choisir des livres, des revues...ou bien la mise en place de pancartes pour le repérage de la salle de restauration, du salon...

Néanmoins, au niveau des familles, l'animatrice note des difficultés à recréer des liens avec leurs proches, des moments de partage entre eux. Elle décrit des familles motivées et

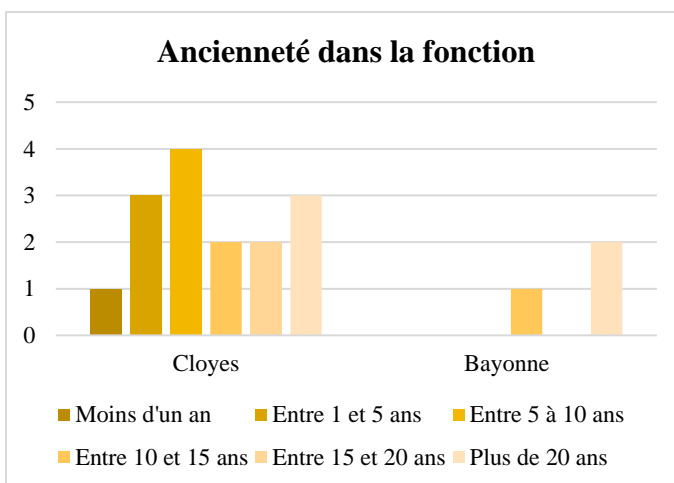
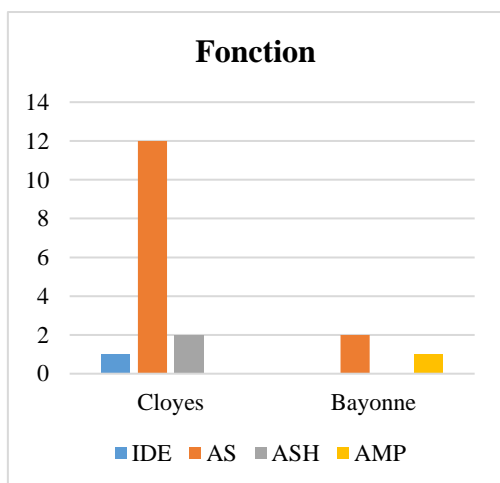
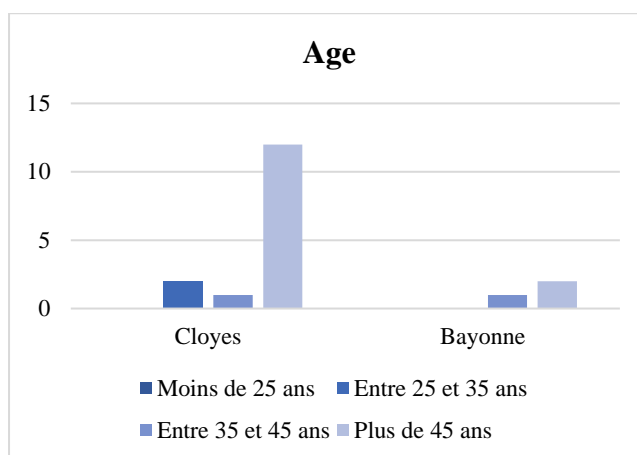
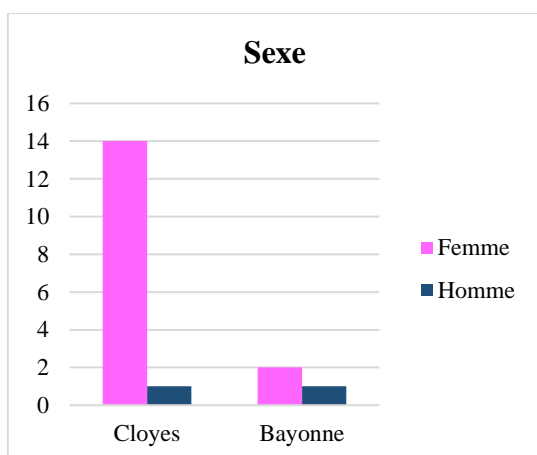
enthousiastes au début qui finissent par se « lasser » et elle ne s'imagine pas les stimuler à chaque visite.

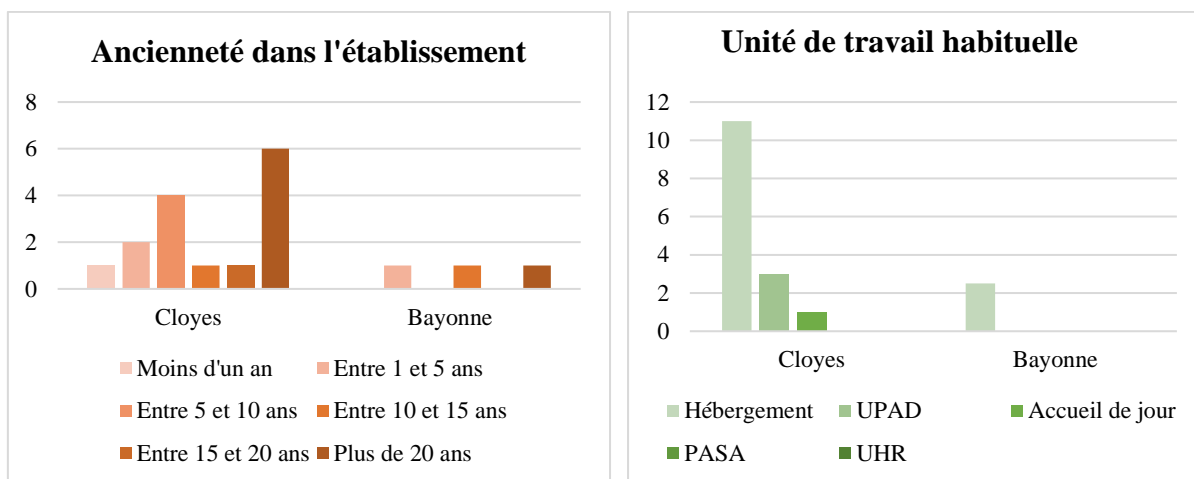
Pour conclure, l'animatrice déplore l'absence de motivation et de réactivité de la part de la Direction et du personnel mais également l'absence de réunions officielles, de bilans et de suivi par l'ARS. L'équipe formée se concerta brièvement et informellement lors d'autres réunions de service et l'animatrice en profite pour inciter les autres agents, sans imposer, à réaliser de petits gestes « faciles » qui ne perturbent pas, pour l'instant, leur manière de travailler.

Quelques agents non formés, surtout les infirmières (IDE) ont pu constater des résultats positifs notamment chez les personnes voulant « rentrer chez elle » et souhaiteraient être, à leur tour, formées. Néanmoins, aucune infirmière n'a répondu au questionnaire.

2.2.4. Pour les soignants

- **Leur identité**





➤ L'établissement de Cloyes :

Selon les réponses recueillies, nous pouvons voir que les soignants sont principalement des femmes âgées de plus de 45 ans (80%), pour la majorité des aides-soignantes. Parmi les 12 AS qui ont répondu, 2 sont ASG et une est AMP et ASG. Seuls 20% d'entre eux ont été formés à l'accompagnement des personnes âgées, dépendant ou pas, présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifique.

L'ancienneté dans la fonction est assez hétérogène puisqu'elle se situe entre quelques mois à plus de 20 ans. En ce qui concerne l'ancienneté dans l'établissement, on retrouve cette même hétérogénéité avec une prédominance de soignants présents dans l'établissement depuis plus de 20 ans (40%).

La majorité des soignants est affectée en unité hébergement (+ de 73%). Parmi ces derniers, 6 sont amenés à travailler dans les autres secteurs, UPAD (Unité pour Personnes Agées Désorientées) et/ou accueil de jour. Il s'agit de l'IDE, une AS (également ASG) qui travaille de nuit, 3 AS volontaires pour remplacer dans ces services et une ASH. On peut voir ici que la majorité du personnel ayant répondu, ne travaille pas dans une unité spécifique à la personne âgée présentant des troubles cognitifs.

➤ L'établissement de Bayonne :

Parmi les réponses recueillies, nous pouvons toutefois constater la participation d'un AMP et 2 AS dont la moyenne d'âge est de 42 ans. La moyenne de leur ancienneté dans leur fonction est de 20 ans et 18 ans d'ancienneté dans l'établissement.

- **Leurs conditions de travail**

- **L'établissement de Cloyes :**

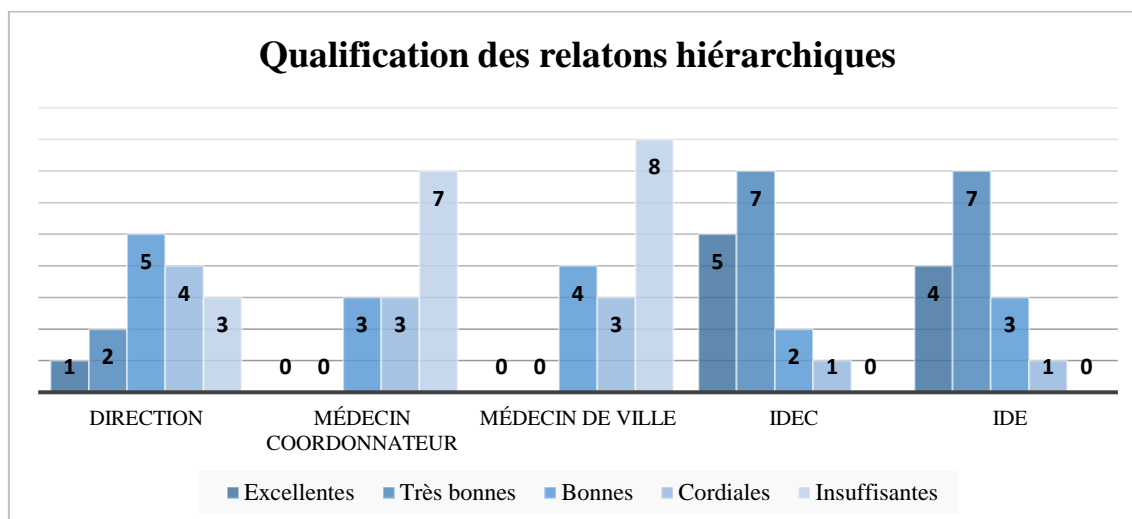
La quasi-totalité des soignants a choisi l'unité dans laquelle elle travaille (+ de 93%) et a la possibilité de changer d'unité (+ de 86%). Ils travaillent tous en 7h30 sauf l'aide-soignante de nuit qui travaille en 10h et l'aide-soignante de l'accueil de jour qui travaille en 7h.

Tous les soignants interrogés ont accès à la formation : 5 ont suivi une formation en 2019, 6 en 2018, 1 en 2017 et 1 en 2014 (ASH, arrivée cette année dans l'établissement), 2 n'ont pas noté de date. Les dernières formations suivies sont la méthode Montessori pour 10 d'entre eux, la gestion du stress pour 13%, un a suivi une formation sur les soins palliatifs, un sur la manipulation, gestes et postures et un n'a rien noté.

Pour 54% d'entre eux les souhaits de formation ont été honorés alors que 33% n'a pas eu accès aux formations demandées tels que Snoezelen, prévention des troubles de la déglutition, Montessori, gestion du stress, la maladie d'Alzheimer pour 2 d'entre eux, aide à la marche, ASG, éthique et maladie d'Alzheimer ; 13% n'ont pas répondu.

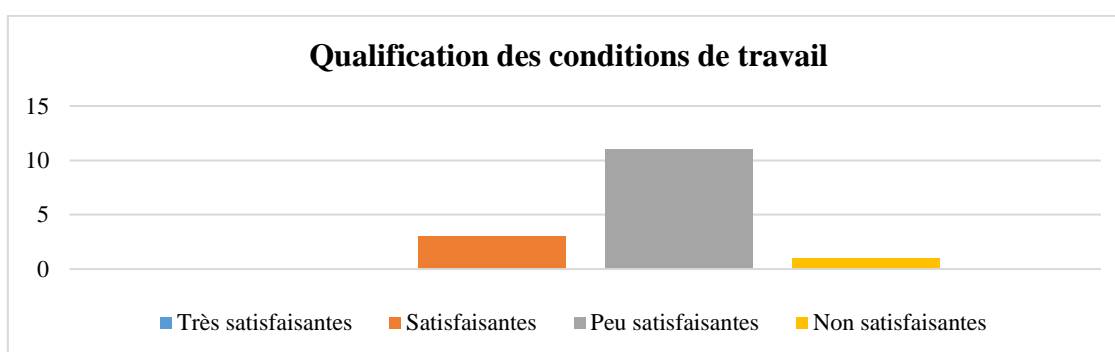
En ce qui concerne le taux d'équipement mis à leur disposition, 93% des soignants sont satisfaits, seul un agent trouve qu'il manque des fauteuils de massage et un transfert de bain pour les personnes âgées dépendantes.

Les soignants qualifient leurs relations avec la hiérarchie de la manière suivante :



Nous pouvons remarquer que les soignants ont de meilleures relations avec l'IDEC et les IDE, les relations semblent plus difficiles avec les médecins de ville et le médecin coordonnateur. 2 soignants n'ont pas qualifié leur relation avec le médecin coordonnateur. Peut-on l'expliquer par le fait que le temps de présence d'1h30 par semaine du médecin coordonnateur et que son rôle soit majoritairement accès sur les visites de pré-admission, ne facilitent pas les échanges ? En ce qui concerne les relations avec la direction, les avis sont partagés, 53% les qualifient de bonnes à excellentes alors que 47% les qualifient d'insuffisantes à cordiales.

Nous avons ensuite demandé aux soignants de qualifier leurs conditions de travail.



73% des soignants trouvent leurs conditions de travail peu satisfaisantes, ils qualifient leur insatisfaction pour différentes raisons.

Les raisons qui ressortent le plus sont le manque de personnel pour 80% des soignants interrogés, le manque de temps pour 27% et la surcharge de travail pour 20%. 14% expriment un manque d'écoute de la hiérarchie, une augmentation des remplacements des arrêts de travail et un manque de réunions pluridisciplinaires comme réalisées pour le service UPAD afin d'évoquer les situations complexes. Les autres motifs évoqués par un seul agent sont la frustration, le quotité de travail (pour l'IDE), le manque de reconnaissance du travail, la fatigue moral et physique, le manque de rapidité de réactivité de la hiérarchie, le manque de travail d'équipe et le manque de mise en pratique des formations.

Malgré leurs sentiments négatifs sur leurs conditions de travail, les soignants mettent en avant des critères de satisfaction comme la notion d'équipe (pour 47%) définie par la cohésion d'équipe, l'ambiance et l'entente entre les différents professionnels ; l'accès à la formation et la possibilité d'écoute de l'IDEC (27%). 13% sont satisfaits d'avoir du bon matériel. La notion de reconnaissance du travail bien fait est aussi mise en avant mais décrite différemment par le personnel. Il parle de satisfaction de pouvoir échanger quelques mots avec le résident, de réussir

à attirer son attention, de voir le résident avec le visage apaisé et souriant, d'avoir de bonnes relations avec celui-ci, de compréhension des résidents lorsque l'effectif soignant est réduit et de se dire à la fin de la journée : « *j'ai fait du bon travail* ». Les motifs suivants : travail diversifié, d'aimer travailler auprès des personnes âgées, de quotité de travail, d'établissement agréable et de possibilité de s'impliquer dans le service n'ont été évoqués que par un agent.

Pour finir sur les conditions de travail des soignants, nous les avons interrogés sur les sentiments qu'ils éprouvaient face à la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs de type Alzheimer. 3 soignants n'ont pas répondu à cette question. Nous pouvons décrire ces sentiments sur 2 versants.

Versant positif	Versant négatif
Satisfaction d'apporter du bien-être	Compliqué
Satisfaction de voir les résidents paisibles	Manque de formation
A l'aise	Impuissance (27%)
Sereine	Démuni (14%)
Bonne adaptation face aux troubles	Manque de temps
	Frustration par rapport à l'incompréhension des familles face à la maladie

A noter que les soignants éprouvant moins de difficultés à la prise en charge des résidents présentant des troubles cognitifs sont les soignants exerçant à temps plein ou en remplacement dans les unités dédiés comme l'UPAD et l'accueil de jour.

➤ L'établissement de Bayonne :

Les 3 agents ont choisi de travailler à Marie Caudron car elles retrouvent de meilleures conditions de travail par rapport à d'autres structures. Ils ont des amplitudes de travail assez variées et peuvent être amenés à travailler en coupure : journées de 10h-9h30-8h-7h30 et 5h. Aucune réticence n'est notée au niveau des horaires de travail.

Ces soignants ont accès à la formation. L'AMP est le seul à avoir suivi la formation Montessori proposée par l'ARS en 2018. Pour les 2 ASG, l'une a effectué une formation Alzheimer en 2017 et l'autre une formation PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique) en 2019. Les souhaits de formation pour l'année 2019 ont été honorés seulement pour 1 agent sur 3, l'AMP aurait souhaité être formé pour devenir animateur en gérontologie et l'AS pour devenir ASG.

A la question du taux d'équipement mis à leur disposition, 2 soignants sur 3 sont satisfaits et le troisième n'a pas répondu.

Au niveau des relations hiérarchiques, malgré le peu de questionnaires récupérés, nous pouvons constater également pour l'EHPAD de Bayonne, de meilleures relations avec la Cadre de Santé et les infirmières alors que les relations semblent plus difficiles avec le médecin coordonnateur et les médecins de ville. En ce qui concerne la Direction, les avis sont favorables : 2 les qualifient de « très bonnes » et le troisième de « bonnes ».

Les 3 agents qualifient leurs conditions de travail satisfaisantes dans l'ensemble (travail en binôme, matériel à disposition). Deux d'entre eux constatent une bonne entente et un bon esprit d'équipe. Les 2 AS considèrent rencontrer une bonne écoute de la part de la Cadre de Santé. Cependant, on note une insatisfaction pour 2 d'entre eux par rapport au manque de temps à passer avec les résidents surtout au niveau des soins ainsi que trop de remplaçants à former. Le troisième agent n'a pas répondu.

Pour finir, les sentiments éprouvés dans la prise en charge de personnes présentant des troubles cognitifs sont négatifs. En effet, les 3 agents déclarent difficile cette prise en charge du fait de l'augmentation et de la complexité des pathologies, de l'absence d'un ou plusieurs endroits calmes et sereins sans stimuli extérieurs et d'un manque de moyens et de temps. Le sentiment de frustration se ressent.

- La méthode Montessori

- L'établissement de Cloyes :

La totalité des soignants connaît la méthode Montessori. Soit, ils en ont eu connaissance par la formation (73%), soit par les collègues (27%). Un d'entre eux en a également eu connaissance aux informations télévisées et un autre avait connaissance de la méthode Montessori pour les enfants.

Lorsqu'on les interroge sur les principes de cette méthode, les soignants parlent de maintien de l'autonomie pour 12 d'entre eux en ne « faisant pas à la place », en préservant les capacités ou en les repérant. Cette méthode consiste également selon les soignants à laisser le choix, la liberté pour 20%. Le rôle du soignant mis en avant est aussi d'accompagner dans les gestes de la vie quotidienne (aider, guider et encourager), de ne pas faire à la place, de s'adapter à leur rythme, de mettre en place des activités permettant le maintien de l'autonomie, de permettre une prise

en charge globale, bienveillante, de permettre de garder une vie sociale, de le faire participer à sa propre vie dans l'établissement.

80% ont été formés à la méthode Montessori. Toutes les catégories de professionnels ont été formées puisque seulement 2 aides-soignantes et un ASH n'ont pas encore reçu cette formation (13% le seront en septembre 2019). 33% a fait le choix de faire la formation afin d'acquérir de nouvelles techniques de travail. Cette formation leur a apporté des connaissances supplémentaires (2 soignants), une pédagogie sur les activités proposées, une satisfaction personnelle dans l'approche des soins et activités avec la personne âgée (pour 3 soignants), une réponse positive de ce qui est déjà mis en place et de nouvelles idées (pour 3 soignants), une nouvelle approche des résidents qui engendraient des difficultés de prise en charge (pour 2 soignants), un intérêt d'une signalétique bien pensée, une confiance en eux. Les soignants qui n'ont pas été formés pensent que cette formation va leur permettre une meilleure prise en charge des résidents (pour 2 d'entre eux), des connaissances afin d'apporter les soins en fonction des besoins du résident.

Par rapport à la mise en place de cette nouvelle méthode de travail, le personnel exprime diverses attentes :

- Une meilleure prise en charge (2 soignants),
- Moins de médicaments,
- Une réduction des troubles du comportement,
- Une meilleure qualité de vie,
- Préserver un maximum l'autonomie,
- Travailler tous ensemble dans le même sens (2 soignants),
- Que tout le personnel soit formé et travaille avec cette méthode (3 d'entre eux),
- Avoir plus de temps pour l'utiliser correctement, faire des réunions,
- Aménager le secteur UPAD comme « à la maison »,
- L'implication des résidents dans les tâches de la vie quotidienne,
- Avoir du temps et groupe de parole pour mettre en place la méthode,
- Une évolution,
- Que les résidents soient acteurs de leur vie en participant aux décisions (animation, décoration de l'établissement) pour 2 d'entre eux,
- Etre écouté et entendu,

- Avoir du temps pour être avec les résidents,
- Revaloriser la personne et rassurer les familles.

Les attentes des soignants sont très variées, elles sont aussi bien pour le personnel que pour les résidents en eux-mêmes.

En ce qui concerne les limites éventuelles à sa mise en place, 9 soignants sur 15 ont répondu à cette question. Les limites décrites sont le manque de temps (pour 3 soignants), d'appliquer cette méthode à tous de la même façon sans individualité, la structure, les capacités des résidents, savoir quand elle fonctionne et quand elle n'est pas appropriée, d'épuiser le résident.

8 soignants expriment des appréhensions à sa mise en place du fait du temps (50% d'entre eux), d'un défaut d'adhésion des résidents et des familles, d'une vision différente des soignants (pour 2 d'entre eux), que la méthode ne soit pas bien utilisée et perturbe plus le résident. Un soignant n'a pas répondu à cette question et aux 5 dernières questions qui l'explique par : « n'ayant pas fait la formation, je ne peux pas répondre ».

Ils envisagent sa mise en place majoritairement par un travail de groupe (40%), de façon progressive (20%), en tenant compte des capacités et souhaits des résidents (13%). Un soignant estime qu'il faut revoir l'organisation de travail et avoir plus de personnel. Un des ASH l'envisage difficilement et le 2^{ème} en tant que prévention. Ils attendent de leur hiérarchie :

Direction	Médecin Coordonnateur	Infirmière Coordinatrice
Faire le point avec l'équipe (2)	Implication auprès de l'équipe	Faire des synthèses sur des cas précis (2)
Expliquer l'orientation de l'établissement aux familles	Soutenir l'IDEC en participant aux réunions (3)	Aide à comprendre les objectifs de la méthode (3)
Ouverte aux propositions	Donne des conseils et explications sur les pathologies (2)	Organiser des réunions de projet (2)
Etre à l'écoute (4)	Etre à l'écoute des soignants (3)	Continue à être à l'écoute des soignants et résidents (3)
Choix de la formation		Pilote du projet
Donne du temps et des moyens supplémentaires en personnel		
Compréhension de la charge de travail		

10 soignants sur 15 souhaitent avoir un rôle dans la mise en place de cette méthode, 3 ont répondu non. Un l'explique par le fait d'avoir des journées déjà bien remplies, un autre par avoir l'impression de perdre son temps et un autre par son arrivée récente dans l'établissement. Ceux qui veulent jouer un rôle dans sa mise en place, ont exprimé le souhait de participer à la réflexion et la mise en place d'activités (3 soignants), de s'investir dans l'établissement, d'associer l'animatrice qui peut apporter des éléments sur les capacités des résidents, de mettre en place une signalétique pour favoriser l'autonomie dans les déplacements et d'être impliqué sur le projet dans l'établissement.

Les soignants pensent que l'impact de cette nouvelle méthode sur leur quotidien sera : un vrai travail d'accompagnement (pour 2 soignants), une gratification de se sentir utile (2 soignants) en voyant le résident progresser et faire seul, un gain de temps (4 soignants), une satisfaction (pour 2 soignants), une modification de l'organisation de travail (2 soignants), un travail plus accompli et de meilleure qualité.

L'impact sur les résidents serait selon eux : une prise en charge adaptée pour chacun des résidents en fonction de leurs capacités (pour 2 soignants), un sentiment d'utilité (3 soignants), d'implication (4 soignants), de retrouver une certaine autonomie (2 soignants), de la reconnaissance (2 soignants), des moments d'activités privilégiés, moins d'ennui (2 soignants). En ce qui concerne la dernière question, certains (3 soignants sur 15) ont souhaité apporter des données complémentaires tels que :

- Mettre en pratique ce qui est appris en formation,
- Etre prêt à entendre et accepter le refus de soin,
- Interrogations sur comment cette méthode va être mise en place (groupe de travail).

➤ L'établissement de Bayonne :

Les 3 soignants connaissaient la méthode Montessori appliquée dans les écoles. Ils n'ont appris l'existence de cette approche adaptée aux personnes présentant des troubles cognitifs que récemment :

- L'AMP avec les 3 jours de formation en juin 2018,
- Une aide-soignante par la psychologue du travail fin 2018,
- La 2^{ème} aide-soignante par une collègue de travail qui a suivi la formation Montessori en septembre 2018.

A la question : « en quoi consiste cette méthode ? », les soignants sont unanimes. Ils déclarent : « aider la personne à effectuer seule des actes de la vie quotidienne, sans la mettre en difficulté et surtout ne pas faire à sa place ».

L'AMP était volontaire pour cette formation afin d'acquérir de nouvelles méthodes dans le bien-être des personnes âgées grâce à la création d'ateliers et d'activités. Malgré une formation centrée sur l'animation, elle lui a finalement permis de découvrir de nouveaux projets à réaliser dans l'établissement et une autre vision de la pratique soignante. Mais sa manière de travailler est restée identique par manque de temps et par la difficulté à faire « accepter », aux agents non formés, une nouvelle façon de travailler. Est-ce réellement son rôle ? A qui appartient-il ?

Il souhaiterait que la formation soit accessible également aux soignants afin d'harmoniser les pratiques et réduire les troubles chez certains résidents de manière significative.

Les 2 aides-soignantes voudraient aussi être formées à cette méthode afin d'approfondir leurs connaissances et mieux accompagner les personnes présentant des troubles cognitifs. Elles évoquent aussi la possibilité de pouvoir se remettre en question et d'échanger avec d'autres soignants sur les pratiques.

Les 2 aides-soignantes n'ont pas répondu aux questions suivantes.

Les attentes de l'AMP, par rapport à la mise en place de cette méthode de travail, seraient que les résidents puissent garder leurs capacités le plus longtemps possible sans les mettre en difficulté et dans le respect et qu'ils retrouvent un mieux-être. Toutefois, les limites éventuelles se situeraient au niveau des places et du temps accordés à chaque résident mais aussi au niveau de la Direction. Il appréhende, dans la mise en place d'un tel projet, la « déprogrammation et reprogrammation », évoquées en formation, du personnel si celui-ci est réfractaire à tout changement.

Concrètement et malgré le peu de moyens mis à disposition, l'AMP a noté quelques changements chez les personnes présentant des troubles cognitifs notamment une diminution de l'agressivité et du refus quand il a arrêté de faire à leur place.

A la question de ses attentes envers la hiérarchie (Direction, Médecin coordonnateur et Cadre) dans la mise en place d'une nouvelle méthode de travail, l'AMP, tout comme les aides-soignantes, n'a pas répondu.

2.3. Analyse et discussion

La majorité des soignants des 2 EHPAD interrogés sont des aides-soignants ou ASH faisant fonction d'aide-soignant. Certains ont suivi une formation diplômante d'ASG. Cette formation a été mise en place dans le cadre de la mesure 20 du plan Alzheimer « *Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer* »¹¹ afin de répondre à la charge de travail concernant la prise en soins des malades Alzheimer. Elle permet d'acquérir des connaissances nouvelles sur les personnes âgées en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs et sur les techniques de soins et d'accompagnement spécifique. Les résultats recueillis montrent que le personnel qui n'a pas cette qualification et ne travaillant pas dans les unités spécifiques tels que l'UPAD ou l'accueil de jour éprouvent plus de difficultés à la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs. En effet, ces unités accueillant un nombre limité de résidents sont renforcées en personnel, facilitant probablement la prise en charge individuelle et limitant ainsi les troubles du comportement. La prise en charge de ces personnes n'est pas la principale difficulté éprouvée par les soignants. Leur ressenti sur leurs conditions de travail qu'ils qualifient pour la majorité de peu satisfaisantes, est plutôt centré sur le manque de personnel, le manque de temps et la surcharge de travail et cela quel que soit l'unité de travail. Ces 3 critères sont liés entre eux, comme nous l'avons vu dans la 1^{ère} partie, l'augmentation des personnes présentant des troubles cognitifs et de la dépendance génèrent chez le soignant un sentiment de frustration qu'il qualifie par un manque de personnel ou de temps. On peut alors se poser la question si le manque de temps ou de personnel est la réelle cause de frustration ou bien si l'organisation de travail actuelle n'est pas responsable de ce sentiment ? En effet, les personnes présentant des troubles cognitifs demandant énergie, répétition, demandent du temps en termes de prise en charge. Est-ce l'augmentation du nombre de personnel ou le changement d'organisation de travail qui permettra de répondre plus favorablement à leurs troubles ?

On peut faire aussi le lien entre la satisfaction du personnel et le temps passé dans le service. En effet, la quasi-totalité des soignants présents dans l'établissement depuis plus de 5 ans qualifie ses conditions de travail peu satisfaisantes. Peut-on l'expliquer par le fait que plus le soignant exerce sa fonction moins il trouve d'intérêt à son exercice ? Peut-être considère-t-il son travail comme routinier ? Est-ce que les nouveaux professionnels sont dans la découverte

¹¹ https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

de ce métier et ne sont-ils pas réalistes des contraintes ? Nous rencontrons ici 2 catégories de personnel, une majoritaire plus démotivée que l'autre, l'IDEC va devoir adapter son management afin de permettre à chacun de se sentir bien.

Pour cela, nous avons vu que l'IDEC devait avoir des capacités d'écoute et d'adaptation afin d'accompagner l'équipe. D'ailleurs, nous pouvons voir que le personnel soignant est satisfait des relations entretenues avec les IDE et l'IDEC puisqu'il les qualifie de très bonnes à excellentes.

Le personnel exprime également de la satisfaction en ce qui concerne l'accès à la formation, le taux d'équipement mis à leur disposition et la cohésion d'équipe existante.

Cela met en évidence le rôle de l'IDEC dans les moyens qu'elle peut mettre en place pour le bien-être des soignants comme :

- Instaurer une ambiance de travail favorable. Cette tâche n'est pas facile et demande un effort de chaque membre de l'équipe mais l'initiative doit venir de l'IDEC qui doit montrer l'exemple. L'IDEC est la pierre angulaire de l'équipe soignante, un élément fondamental à la fondation de cette ambiance. Tout d'abord en faisant partie de l'équipe c'est-à-dire en étant au cœur de leur difficulté (réalité du travail), en répondant à ses attentes, interrogations ; en écoutant ses émotions, son ressenti permettant ainsi le sentiment de reconnaissance. L'infirmière coordinatrice doit faciliter les échanges entre les soignants par des moments formels comme les temps de transmissions ou les réunions mais aussi des moments informels comme des temps conviviaux permettant ainsi de discuter, renforcer les liens et créer une cohésion d'équipe.

- Instituer un cadre de travail sécurisant avec une organisation où chacun trouve sa place. L'IDEC doit être équitable dans l'élaboration du planning. Elle prévoit la planification des tâches en tenant compte de la charge de travail de chacun, en donnant les grands axes de ses attentes permettant ainsi la prise d'initiative et l'épanouissement professionnel. Ce dernier peut être majoré en donnant la possibilité aux soignants de mettre en œuvre leurs idées, d'augmenter leurs compétences par le biais des formations. L'IDEC peut également fédérer son équipe autour d'un projet commun permettant de redynamiser le groupe.

Nous pouvons noter que le personnel soignant éprouve un manque d'écoute et de réactivité de la hiérarchie, ainsi qu'un manque de reconnaissance. Nous pouvons penser que les relations entretenues avec l'IDEC ne sont pas suffisantes à leur bien-être au travail mais que celles entretenues avec la direction et le médecin coordonnateur sont aussi importantes.

Nous avons vu qu'afin d'améliorer les conditions de travail des soignants, ceux-ci avaient besoin d'être reconnu, d'être formé, d'être entendu dans leurs difficultés. Nous nous sommes donc intéressés à leur point de vue sur la mise en place d'une nouvelle méthode de prise en charge de la personne âgée présentant des troubles cognitifs, à savoir la méthode Montessori. Bien que les soignants n'aient pas tous été formés à la méthode Montessori, ils se rejoignent dans la description qu'ils en font à savoir que celle-ci permet aux résidents de maintenir son autonomie sans « faire à la place » et sans la mettre en difficulté. Nous nous posons alors la question : N'est-ce pas le rôle premier du soignant ? En effet, selon Walter HESBEEN, (infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain) « *le soin est l'attention particulière portée par un soignant à une personne ou à ses proches en vue de leur venir en aide dans leur situation en utilisant, pour concrétiser cette aide, les compétences et les qualités qui en font des professionnels. Le soin s'inscrit ainsi dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les soignants font, dans la limite de leurs compétences, pour prendre soin des personnes. Au regard de sa nature, le soin permet toujours de faire quelque chose pour quelqu'un afin de contribuer à son bien-être quel que soit son état. Le soin est nécessaire à la vie. En effet, si l'on ne porte pas une attention particulière à la vie et à l'existence du vivant, si l'on en prend pas soin, il s'abîme, il se détériore voire se détruit et puis se meurt; le vivant est dépendant de ce qui lui permet de vivre et d'exister et à ce titre il est fragile* »¹². Nous voyons donc ici, que ce qui est attendu par les soignants et l'impact qu'aurait la mise en place de cette nouvelle méthode n'est en fait que leur propre rôle de soignant. Nous pouvons penser que le manque de formation sur la spécificité de la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs fait perdre aux soignants ses compétences face à ces dernières. La mise en place de cette méthode ne permettrait elle pas aux soignants de retrouver l'intérêt pour lequel ils ont choisi ce métier ?

En ce qui concerne la hiérarchie, nous pouvons remarquer que les 2 directions n'abordent pas la méthode Montessori de la même façon. L'une étant à l'origine de ce projet, l'autre venant d'arriver dans l'établissement n'a pas poursuivi le projet débuté par l'ancienne direction. L'ancienne direction de Bayonne, avait répondu à un appel à projet de l'ARS et considérait la méthode Montessori comme une méthode à visée thérapeutique, axée principalement sur les activités (animation) et non sur le soin. Nous nous posons alors la question : Pourquoi la

¹² http://www.synora-commerce.fr/ch_bischwiller_extranet/Doc/Ressources/LE_SOIN_2017011108562317.pdf

direction n'a pas envisagé de former le personnel soignant. En effet, l'adjectif thérapeutique est défini par le dictionnaire Larousse comme : « *relatif au traitement des maladies* »¹³. Il s'avérait donc plus adéquat de former le personnel soignant que celui de l'animation.

Pour l'EHPAD de Cloyes, on peut voir, que l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer est impulsée par la direction de l'établissement. Cette dernière l'ayant intégrée dans le projet d'établissement 2018-2022, montre bien que la mise en place de la méthode Montessori, nouvelle organisation de travail est attendue dans un délai précis. Effectivement, la loi 2002-2 demande aux EHPAD d'écrire leur projet d'établissement pour une durée de 5 ans fixant ainsi le délai de réalisation des différentes fiches projet. Le rôle de la direction est de vérifier l'état d'avancement de ces projets avec les différents responsables.

La direction et l'IDEC de Cloyes ayant été formées, permet à ces dernières d'avoir les connaissances nécessaires à la mise en place de cette méthode au sein de l'établissement. Comme nous l'avons vu dans la partie conduite du changement, une nouvelle organisation ne peut se faire qu'en permettant aux collaborateurs de comprendre le sens de ce changement. Afin d'accompagner l'équipe dans l'acceptation du changement, il semble primordial que l'équipe directionnelle soit en capacité d'accompagner, de répondre aux interrogations et pour cela d'être formée. Nous pouvons voir que l'établissement de Bayonne, peine à mettre en place cette méthode (peu de réponses aux questionnaires, difficultés à rencontrer la cadre de santé), l'ancienne direction ayant fait le choix de former 8 professionnels en lien avec l'animation. L'animatrice a vu les bienfaits de cette méthode sur la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs. Elle transmet aux personnels soignants, quelques gestes à réaliser pour faciliter la prise en charge des résidents mais déplore l'absence de motivation même si quelques personnels trouvent cette approche positive pour les résidents. Nous pouvons l'expliquer par le fait que l'animatrice n'est pas responsable de l'équipe soignante. En effet, comme le montre les organigrammes (cf. annexe 7) des 2 EHPAD, le responsable de l'équipe soignante est la cadre de santé ou l'IDEC. En effet, l'IDEC a pour rôle le management de l'équipe soignante.

La cadre de santé de Bayonne ne peut être un moteur dans l'application de cette méthode au sein du service de soin. D'ailleurs, cette dernière ne souhaite pas être formée à cette méthode tant que le directeur ne l'a pas intégrée dans ses projets.

¹³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/th%C3%A9rapeutique/77749>

En effet, la cadre de santé ou IDEC forme le trio directionnel avec la direction et le médecin coordonnateur. Il coordonne les soins en lien avec le médecin coordonnateur en fonction des axes retenus par la direction.

La direction de Cloyes a pour objectif de mettre en place cette nouvelle méthode au sein de son établissement de façon progressive en permettant aux personnels de s'investir dans sa mise en place. Nous pouvons noter que 67% du personnel a exprimé le souhait d'avoir un rôle dans la mise en place de cette méthode. Les attendus de la direction rejoignent ceux exprimés par les soignants. Elle rajoute tout de même que cela va permettre une valorisation du personnel en leur permettant de participer aux changements. Cette méthode va également permettre de répondre au projet d'établissement 2018-2022 (Cf. Annexe 8) en ce qui concerne les différents axes de travail retenus comme « offrir un accompagnement de qualité, personnalisé et global » en proposant une prise en charge adaptée des pathologies neurodégénératives de type Alzheimer ou apparentées ; et « être un lieu de travail professionnalisant et épanouissant » en prévoyant l'accès à la formation du personnel soignant et en étant attentif à leur bien-être. On peut donc voir que le ressenti des soignants sur le manque d'écoute et de reconnaissance de la direction n'est pas en adéquation avec ce que la direction désire. Peut-on l'expliquer par un manque de réunions pluri professionnelles ?

2.4. Synthèse

Ces différents entretiens nous ont permis d'explorer le ressenti des soignants face à leurs conditions de travail, leurs difficultés de prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs et de leurs attentes face à la hiérarchie et la mise en place d'une nouvelle méthode de travail.

Malgré beaucoup de critères d'insatisfaction de leurs conditions de travail, nous pouvons retenir que la surcharge de travail, le manque de temps et le manque de personnel restent les principales contraintes évoquées par les soignants.

Une majorité reste tout de même motivée à la mise en place d'une nouvelle organisation même si celle-ci génère des craintes, des limites que nous pouvons comprendre comme des réticences

au changement. La satisfaction du bien-être du résident restant une des meilleures motivations au changement.

Le rôle de l'IDEC en collaboration avec le médecin coordonnateur et la direction sera de définir leurs attentes afin d'accompagner l'équipe dans une même direction à savoir le bien-être du résident à travers la méthode Montessori.

Conclusion

Ce que nous pouvons retenir de ces recherches est que le changement, quel qu'il soit, doit être initialement décidé par l'équipe de direction. Cette équipe, en adhérant au projet doit tout d'abord se l'approprier avant d'en diffuser l'esprit à l'ensemble des équipes placés sous sa responsabilité.

Un trio non investi ne peut attendre de son équipe une implication dans le projet, voire un projet voué à l'échec dans sa mise en place et ses résultats.

Un triumvirat formé, permettra d'acquérir les connaissances nécessaires à la mise en place du projet et fera de ces personnes des référents qui vont pouvoir organiser, ensemble, le changement. Cela correspond, dans un premier temps, à faire accepter à l'ensemble de l'équipe, l'intérêt du changement en tenant compte de leur ressenti face à ce dernier et de leur charge de travail actuelle. Puis dans un deuxième temps, leur démontrer tous les bénéfices qu'un tel projet peut apporter.

Quel que soit le type de changement introduit, l'implication du personnel dans la mise en œuvre d'un nouveau projet demeure inéluctable à sa réussite et l'équipe se sentira valorisée. Le projet doit donc être porté par l'équipe directionnelle mais également par l'équipe soignante pour aboutir.

Des réunions et des bilans réguliers permettront le suivi de l'évolution du projet et permettront également de restimuler les équipes.

« Un tel changement social ne peut venir des idées ou énergies d'individus isolés mais seulement de l'émergence lente et régulière d'un nouveau monde au cœur de l'ancien ¹⁴ ».

Maria Montessori

Nul doute que la réalisation de ce travail nous permettra ; lors de nos prises de fonctions futures, de nous interroger sur la mise en place de projets et l'impact managérial que ceux-ci auront sur les personnels, les résidents et les familles.

Ce travail nous a également permis de prendre conscience du rôle que nous avons dans le bien-être de l'équipe et par conséquent du bien-être des résidents.

¹⁴ <https://books.google.fr>

Résumé

Au regard de l'augmentation de résidents présentant des troubles cognitifs dans les EHPAD et des difficultés de prise en charge ressenties par les soignants, nous nous sommes interrogées sur le rôle de l'IDEC dans l'introduction d'une nouvelle organisation de travail au travers de la mise en place de la méthode Montessori adaptée à la personne âgée en institution.

Après avoir fait des recherches sur les conditions de travail des soignants en EHPAD, sur les différentes méthodes de management, sur la méthode Montessori, sur le rôle de l'IDEC et sur les conduites de changement organisationnelles, nous avons dirigé notre enquête auprès du personnel de 2 établissements pour lesquels la méthode Montessori appliquée à la personne âgée semblait être un projet.

Les résultats de ces enquêtes ont pu mettre en évidence les difficultés que pouvaient ressentir les soignants face aux résidents présentant des troubles cognitifs et que la méthode Montessori serait un moyen facilitant leur prise en charge. Cependant, ces enquêtes ont également révélé que les conditions de travail impactaient l'introduction d'un nouveau projet au sein d'un établissement au même titre que son appropriation par l'équipe de direction.

Malgré de grandes motivations de la part des équipes pour mettre en place cette méthode, nous pouvons retenir que le rôle de l'IDEC est prépondérant. Etre à la fois membre de l'équipe de direction et vecteur de la mise en place du projet font du cadre un des éléments essentiels dans la réussite de la conduite du projet, notamment au travers de ses choix managériaux.

Les mots clés : IDEC, EHPAD, management, méthode Montessori, Projet d'établissement.

Abstract

With regard to the increase of residents with cognitive impairment in the nursing homes and the difficulties of care felt by caregivers, we wondered about the role of the coordinating nurse in the introduction of a new organization of work through the implementation of the Montessori method adapted to the elderly person in an institution.

After researching the working conditions of caregivers in EHPAD, the different management methods, the Montessori method, the role of IDEC and the organizational change management, we conducted our survey of the staff of 2 establishments for which the Montessori method applied to the elderly person seemed to be a project.

The results of these surveys have highlighted the difficulties that caregivers may experience with residents with cognitive disorders and that the Montessori method would be a means to facilitate their care. However, these surveys also revealed that working conditions impacted the introduction of a new project within an institution in the same way as its appropriation by the management team.

Despite great motivations from the teams to implement this method, we can remember that the role of the IDEC is paramount. Being at the same time member of the directional team and vector of the implementation of the project make the framework one of the essential elements in the success of the project management, notably through its managerial choices.


Key words: IDEC, EHPAD, management, Montessori method, school project.

Bibliographie

- <https://www.lesmaisonsderetraite.fr/la-maison-de-retraite-ehpad.htm>
- <https://www.syndicat-infirmier.com/IDEC-infirmiere-coordinatrice-ou-referente-en-EHPAD.html>
- <https://iderco.wordpress.com/>
- <https://www.e-marketing.fr> › academie-1078 › fiche-outils-10154 › Les-grands-auteurs-en-conduite-du-changement
- www.francealzheimer.org/France/Alzheimer
- https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles-par-des-personnels>
- [https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=1551&definition=Qualit%C3%A9+de+vie+au+travail+\(QVT\)](https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=1551&definition=Qualit%C3%A9+de+vie+au+travail+(QVT))
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>
- Alvarez (Céline), Les lois naturelles de l'enfant, éditions des Arènes, Paris, 2016, 454 pages
- <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Les-grands-auteurs-en-conduite-du-changement-325597.htm#KSpCZczpaB2ihxlz.97>
- Autissier (David), Vendangeon-Derumez (Isabelle), Vas (Alain), Johnson (Kevin), Conduite du changement : concepts clés (3^{ème} édition), éditions Dunod, 2018, 334 pages
- <https://www.who.int/topics/dementia/fr/>
- http://www.synora-commerce.fr/ch_bischwiller_extranet/Doc/Ressources/LE_SOIN_2017011108562317.pdf
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/th%C3%A9rapeutique/77749>
- <https://decouvrir-montessori.com>biographie-maria-montessori>les-tarifs--dune-ecoles-montessori>
- https://fr.wikipedia.org>wiki>maria_montessori
- <https://www.montessori-sprit.com>ecoles>
- <https://www.montessori-france.asso.fr>page>198700-ecoles-adherentes>

- <https://acteursdeleconomie.la Tribune.fr>
- [inpes.santepubliquefrance.fr>Barometre>pdf>enquete-alzheimer](https://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometre/pdf/enquete-alzheimer)
- [https://www.ehpiea.fr>Troubles-cognitifs-des-personnes-agees-la-methode-Montessori-a-la-recherche-des-capacites-preservees](https://www.ehpiea.fr/Troubles-cognitifs-des-personnes-agees-la-methode-Montessori-a-la-recherche-des-capacites-preservees)
- <https://books.google.fr>
- Vidéo « You Tube » : Conférence sur la méthode Montessori par le Professeur Camp à la Fondation de l'Orme le 9 juin 2015
- Vidéo « You Tube » : Interview du Professeur Camp sur l'approche Montessori : « Un autre regard pour un autre accompagnement » le 17 avril 2013

Annexe 1

 <p> E.H.P.A.D. 31 rue de Courtalain 28220 Cloyes sur le Loir </p>	Type de document Administratif – Ressources humaines	Date :
	Fiche de poste « Infirmière coordinatrice en E.H.P.A.D. »	Identification : ADM-Fich-
		Page : 1/3
Date révision :		
Situation fonctionnelle		
<p><u>Service</u> : Hébergement des personnes âgées (Hébergement permanent et Accueil de Jour)</p> <p><u>Supérieur hiérarchique direct</u> : Le Directeur d'établissement ou, en son absence : Le Directeur de garde, le Directeur par intérim ou l'Adjoint des Cadres chargé des Ressources Humaines</p> <p><u>Responsabilité d'encadrement</u> : Equipe infirmière et soignante</p> <p><u>Relations fonctionnelles</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Directeur d'établissement ou le Directeur de garde ou le Directeur par intérim ou l'Adjoint des Cadres chargé des Ressources Humaines ; <ul style="list-style-type: none"> - Le Médecin Coordonnateur ; <ul style="list-style-type: none"> - La Psychologue - Les infirmières ; - Les agents de l'équipe de soins : ASG, AS, AMP, ASH ; <ul style="list-style-type: none"> - Le Responsable cuisine ; <ul style="list-style-type: none"> - L'Animatrice ; - Les agents du service ménage et de restauration ; <ul style="list-style-type: none"> - Les agents des services techniques <p><u>Liaisons extérieures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familles ; - Médecins traitants ; - Fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens ; <ul style="list-style-type: none"> - Instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires ; - Services de formation continue ; - IDEC d'autres établissements et autres professionnels dans le secteur de la gérontologie 		
Description du poste		
<p>Intérêt final Gestion et accompagnement de l'équipe de soins dans le cadre du « prendre soins » qu'elle aura contribué à élaborer.</p> <p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participer à l'élaboration du projet d'établissement (notamment le projet de soins et le projet de vie) et assurer le relais dans la mise en œuvre des différents objectifs <ul style="list-style-type: none"> ○ Veille et s'assure de l'application des bonnes pratiques gériatriques, de la réalisation du projet de soins, de la permanence des soins, de la prévention des risques et de la mise en place de mesures exceptionnelles, avec l'ensemble des autres intervenant de l'établissement ; ○ Participe avec le Directeur et le médecin-coordonnateur au suivi des signalements et des évaluations des événements indésirables concernant l'organisation des soins ; ○ Propose au Directeur et au médecin-coordonnateur – chacun pour ce qui le concerne – des protocoles d'organisation des soins et d'organisation du travail à mettre en place ; 		

- Participe à la formalisation des protocoles, les fait appliquer et contrôle leur application ;
- Veille au respect des règles d'hygiène spécifiques en EHPAD ;
- S'assure de la meilleure qualité de vie du résident, veille au respect de la Charte de la personne âgée accueillie dans l'établissement et à la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles

➤ **Assurer le lien et la coordination**

- Est un relais dans la circulation de l'information ;
- S'assure de la bonne communication avec les familles et les résidents ;
- S'assure de la coordination de l'action des intervenants extérieurs et des familles en ce qui concerne la réalisation des soins, dans le cadre de l'orientation générale de l'établissement.

➤ **Accompagner l'équipe de soins**

- Dialogue avec le personnel ;
- Veille et promeut la cohésion des équipes.
- Evalue les situations et fixe avec l'équipe les règles de fonctionnement et s'assure de leur respect ;
- Gère les dysfonctionnements et les conflits ;

- Connait la charge de travail de l'équipe qu'elle encadre directement ;
- Organise, coordonne et planifie le travail de cette équipe ;
- Participe à la gestion de plannings des personnels soignants qui interviennent directement auprès des résidents.
- Participe aux recrutements et aux évaluations des personnels soignants ;
- Accueille et s'assure de l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires ;

- Valorise les compétences et la formation ;
- Cible les besoins de formation de l'équipe, propose des priorités faisant suite aux entretiens d'évaluation des personnels soignants

➤ **Assurer / participer aux aspects administratifs et logistiques liés à la prise en charge des résidents**

- Dans le cadre des budgets alloués, définit avec l'équipe les besoins en matériels et équipements pour répondre à l'évolution des activités.
- S'assure de la fiabilité et de la maintenance des équipements et matériels de soins
- S'assure de la pertinence et de l'efficacité des choix opérés

Compétences

Connaissances :

Soins infirmiers en ehpad (expertise), droit des personnes âgées, maîtrise des outils informatique

Savoir-faire :

Animation d'équipe/management ; communication/ relations interpersonnelles ; évaluation de la charge de travail ; organisation du travail ; conduite du changement

Savoir-être :

Capacité d'écoute et d'adaptation, disponibilité, remise en question /ouverture d'esprit

Conditions statutaires

Fonction publique concernée : Fonction Publique Hospitalière.

Filière : Médico Technique regroupant sur l'établissement, notamment, les grades d'Agent des Services Hospitaliers, d'Aide-Soignant, d'Aide Médico-Psychologique, d'Infirmier et de Cadre de santé.

Corps : Corps des Infirmières

Catégorie : A

Diplôme : diplôme d'Etat infirmier

Conditions d'exercice

Moyens matériels mis à disposition :

- Un bureau privatif, équipé d'un P.C (avec suite bureautique et logiciel de soins). et d'une imprimante ;
- Un caisson de bureau fermant à clé ;
- Un D.E.C.T. (Poste téléphonique mobile interne) ainsi qu'un poste fixe ;
- Le prêt du véhicule de l'établissement si nécessaire.

Contraintes et spécificités du poste :

- I.D.E.C. à temps complet (100 %) ;
- Temps de travail : 35h X par semaine avec les horaires suivants : , susceptibles d'être modifiés en fonction des besoins du service (présence dès 6h30 le matin, en soirée, la nuit ou le week-end, pour motif particulier)
- Vacations de Médecin Coordonnateur dans l'attente du recrutement à hauteur de 0.50 ETP ;
 - Recrutement du psychologue en cours ;
- Fonctionnement actuel à réévaluer et modifier en fonction notamment des conclusions de l'inspection de l'ARS du 28 juillet 2016 ;
- Lien de confiance à inscrire dans la durée avec l'équipe de soins sur un mode constructif, participatif et de développement de compétences ;
 - Procédures à formaliser ;
 - Réorganisation des soins dans le sens d'une individualisation de la prise en charge ;
- Encadrement et accompagnement des équipes : contrôle des actes de la prise en soins, renforcement de la traçabilité, pilotage de groupes de travail

	Nom/Prénom	Fonction	Date	Emargement
Rédacteur		Directrice		
Vérificateur	-	Médecin Coordonnateur		
Approbateur		Directrice		
Agent		Infirmière coordinatrice		

Annexe 2

Questionnaire destiné aux soignants de l'établissement de Cloves sur le Loir

Dans le cadre de notre diplôme universitaire IDEC, nous effectuons un mémoire sur l'introduction d'une nouvelle organisation de travail au travers la méthode Montessori. Ce questionnaire est anonyme et les informations recueillies seront utilisées uniquement pour notre étude.

Nous vous remercions par avance d'avoir participé à ce questionnaire. Si vous le désirez nous vous ferons parvenir les résultats de cette enquête.

➤ **Votre identité :**

- 1) Sexe : Féminin Masculin
- 2) Age :
- 3) Fonction :
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction :
- 5) Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement :
- 6) Dans quelle unité travaillez-vous habituellement :
 UPAD hébergement Accueil de jour PASA UHR

➤ **Vos conditions de travail :**

- 7) Avez-vous choisi l'unité de travail dans laquelle vous exercez habituellement ?
 Oui Non
- 8) Avez-vous la possibilité de changer d'unité de travail ?
 Oui Non
- 9) Quel temps de travail journalier avez-vous ?
- 12H 7H30 10H Temps partiel
- Jour Nuit
- 10) Avez-vous accès à la formation ?
 Oui Non
- 11) Quelle est la dernière formation suivie et à quelle date ?
- 12) Avez-vous des souhaits de formation non honorés ?
 Oui Non
Si oui, lesquels ?
- 13) Pensez-vous avoir un taux d'équipement mis à votre disposition satisfaisants ?
 Oui Non
Si non, que vous manque-t-il ?

14) Comment qualifiez-vous vos relations hiérarchiques ?

	Excellentes	Très bonnes	Bonnes	Cordiales	Insuffisantes
--	-------------	-------------	--------	-----------	---------------

Direction					
Médecin coordonnateur					
Médecin de ville					
Infirmière Coordinatrice					
Infirmière					

15) Comment considérez-vous vos conditions de travail ?

- Très satisfaisantes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Non

satisfaisantes

16) Quels sont les motifs d'insatisfaction ?

17) Quels sont les motifs de satisfaction ?

18) Quels sentiments éprouvez-vous face à la prise en charge des personnes présentant des troubles type Alzheimer ?

➤ **La méthode Montessori :**

19) Connaissez-vous la méthode Montessori appliquée à la personne âgée ?

- Oui Non

Si oui :

- où, par qui et comment en avez-vous entendu parler ?
- En quoi consiste-t-elle en quelques mots ?

20) Avez-vous été formés à cette méthode ?

- Oui Non

a) Si oui :

- Etiez-vous volontaire ? Pourquoi ?
- Avez-vous été désigné(e) ? Par qui et pourquoi ?
- Qu'est-ce qu'elle vous a apporté ?

b) Si non :

- Pour quelles raisons ?
- Aimerez-vous être formé(e) ?
- Selon vous qu'est-ce que pourrait vous apporter cette formation ?

21) Quelles sont vos attentes par rapport à la mise en place de cette nouvelle méthode de travail dans votre établissement ?

22) Quelles en seraient les limites éventuelles ?

23) Avez-vous des appréhensions à sa mise en place dans votre établissement ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

24) Comment envisageriez-vous sa mise en place dans votre établissement ?

25) Dans la mise en place d'une nouvelle méthode de travail et/ou d'organisation, quelles sont vos attentes envers la hiérarchie ?

- Direction :
- Médecin coordonnateur :
- IDEC :

26) Souhaiteriez-vous avoir un rôle dans sa mise en place ?

Oui Non

a) Si oui, lequel ?

b) Si non, pourquoi ?

27) Quel impact pensez-vous que cela aura :

- sur votre quotidien ?

- sur les résidents ?

28) Avez-vous d'autres interrogations ou affirmations concernant la méthode Montessori ?

Annexe 3

Questionnaire destiné aux soignants de l'établissement de Bayonne

Dans le cadre de notre diplôme universitaire IDEC, nous effectuons un mémoire sur l'introduction d'une nouvelle organisation de travail au travers la méthode Montessori. Ce questionnaire est anonyme et les informations recueillies seront utilisées uniquement pour notre étude.

Nous vous remercions par avance d'avoir participé à ce questionnaire. Si vous le désirez nous vous ferons parvenir les résultats de cette enquête.

➤ **Votre identité :**

- 1) Sexe : Féminin Masculin
- 2) Age :
- 3) Fonction :
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction :
- 5) Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement :
- 6) Dans quelle unité travaillez-vous habituellement :
 UPAD hébergement Accueil de jour PASA UHR

➤ **Vos conditions de travail :**

- 7) Avez-vous choisi l'unité de travail dans laquelle vous exercez habituellement ?
 Oui Non
- 8) Avez-vous la possibilité de changer d'unité de travail ?
 Oui Non
- 9) Quel temps de travail journalier avez-vous ?
 - 12H 7H30 10H Temps partiel
 - Jour Nuit
- 10) Avez-vous accès à la formation ?
 Oui Non
- 11) Quelle est la dernière formation suivie et à quelle date ?
- 12) Avez-vous des souhaits de formation non honorés ?
 Oui Non
 Si oui, lesquels ?
- 13) Pensez-vous avoir un taux d'équipement mis à votre disposition satisfaisants ?
 Oui Non
 Si non, que vous manque-t-il ?

14) Comment qualifiez-vous vos relations hiérarchiques ?

	Excellentes	Très bonnes	Bonnes	Cordiales	Insuffisantes
Direction					

Médecin coordonnateur					
Médecin de ville					
Infirmière Coordinatrice					
Infirmière					

15) Comment considérez-vous vos conditions de travail ?

- Très satisfaisantes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Non

satisfaisantes

16) Quels sont les motifs d'insatisfaction ?

17) Quels sont les motifs de satisfaction ?

18) Quels sentiments éprouvez-vous face à la prise en charge des personnes présentant des troubles type Alzheimer ?

➤ **La méthode Montessori :**

19) Connaissez-vous la méthode Montessori appliquée à la personne âgée ?

- Oui Non

Si oui :

- où, par qui et comment en avez-vous entendu parler ?
- En quoi consiste-t-elle en quelques mots ?

20) Avez-vous été formés à cette méthode ?

- Oui Non

c) Si oui :

- Etiez-vous volontaire ? Pourquoi ?
- Avez-vous été désigné(e) ? Par qui et pourquoi ?
- Qu'est-ce qu'elle vous a apporté ?

d) Si non :

- Pour quelles raisons ?
- Aimerez-vous être formé(e) ?
- Selon vous qu'est-ce que pourrait vous apporter cette formation ?

21) Quelles sont vos attentes par rapport à la mise en place de cette nouvelle méthode de travail dans votre établissement ?

22) Quelles en seraient les limites éventuelles ?

23) Avez-vous des appréhensions à sa mise en place dans votre établissement ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

24) Comment envisageriez-vous sa mise en place dans votre établissement ?

25) Dans la mise en place d'une nouvelle méthode de travail et/ou d'organisation, quelles sont vos attentes envers la hiérarchie ?

- Direction :
- Médecin coordonnateur :
- IDEC :

26) Souhaiteriez-vous avoir un rôle dans sa mise en place ?

- Oui Non

- c) Si oui, lequel ?
d) Si non, pourquoi ?
- 27) Quel impact cela a eu :
- sur votre quotidien ?
 - sur les résidents ?
- 27 bis) La formation a-t-elle changé :
- Votre regard sur les personnes présentant des troubles cognitifs ?
 Oui Non
 - Votre manière de travailler ? Oui Non
- 27 Ter) Pouvez-vous appliquer, aujourd'hui, cette méthode sur le terrain ?
 Oui Non
- Pourquoi ?
- 27 quater) Avez-vous noté des changements chez les PAATC et /ou leur entourage ?
 Oui Non
- Si oui, lesquels ?
- 27 Quinquies) Inciteriez-vous vos collègues à effectuer cette formation ?
 Oui Non
- Pour quelles raisons ?
- 28) Avez-vous d'autres interrogations ou affirmations concernant la méthode Montessori ?

Annexe 4

Grille d'entretien des Directeurs des 2 établissements

- 1 / Qui est à l'origine du projet Montessori ?
- 2 / Comment en avez-vous eu connaissance ?

- 3 / Comment avez-vous instauré cette méthode Montessori dans le projet d'établissement ?
- 4 / Qu'est-ce qui vous intéresse dans ce projet ? Pourquoi l'avoir accepté ?
- 5 / Avec quel organisme avez-vous décidé de former le personnel ? Pourquoi ?
- 6 / Qui l'a choisi ?
- 7 / Combien d'agents sont déjà formés ? Quels agents (qualité) ? Pourquoi ?
- 8 / Combien seront formés : nombre de personnes / an, mois ? et sur quelle période ?
- 9 / Comment choisissez-vous les personnes à former ? Volontaires ? Désignés ?
- 10 / Coût de cette formation ? Individuellement ? En totalité ?
- 11 / Quels changements attendez-vous grâce à cette méthode ? :
 - a) Au niveau des personnes âgées présentant des troubles cognitifs / des familles ?
 - b) Au niveau du personnel ?
 - c) Au niveau de l'Etablissement ?
- 12 / Pensez-vous devoir ou avez-vous déjà investi dans du matériel en vous engageant dans ce projet ?
- 13 / Avez-vous d'autres suggestions ou remarques ?

Annexe 5

Grille d'entretien de l'animatrice de Bayonne

- 1/ Etes-vous à l'origine du projet Montessori dans cet Etablissement ?
- 2/ Comment en avez-vous entendu parler ?

- 3/ A qui en avez-vous parlé en premier ?
- 4/ Comment l'avez-vous présenté et fait valider à la Cadre, à la Direction ?
- 5/ Avez-vous déjà établi un projet avant de le soumettre au Directeur ? Ou l'avez-vous créé ensemble ?
- 6/ Avez-vous été formée ? Que vous a apporté, personnellement, cette formation ?
- 7/ Qu'espérez-vous de cette méthode ? Au niveau des personnes âgées présentant des troubles cognitifs / familles ? Du personnel ? De la structure ?
- 8/ Qui a informé le personnel de ce nouveau projet ? Et comment l'a-t-il accueilli ?
- 9/ Avez-vous pu mettre en place cette méthode avec des résidents ? Combien ?
- 10/ Si oui, quels changements avez-vous pu constater chez les résidents ? Le personnel ?
- 11/ Combien de temps pensez-vous qu'il va s'écouler avant que cette méthode soit complètement mise en place ?

Annexe 6

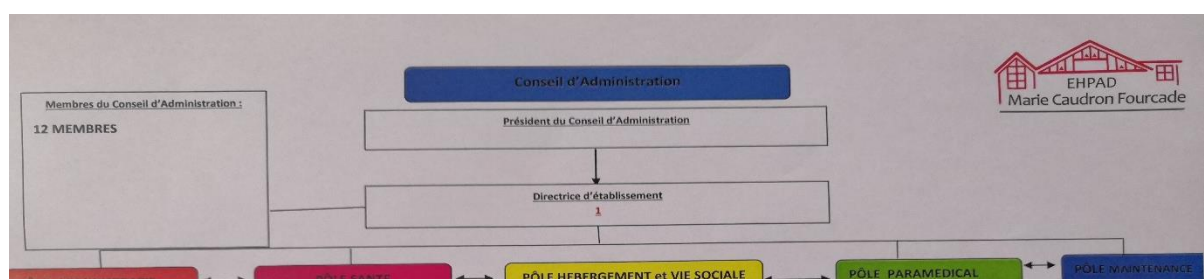
Grille d'entretien de la cadre de santé de Bayonne

- 1/ Combien de résidents la structure accueille-t-elle ?

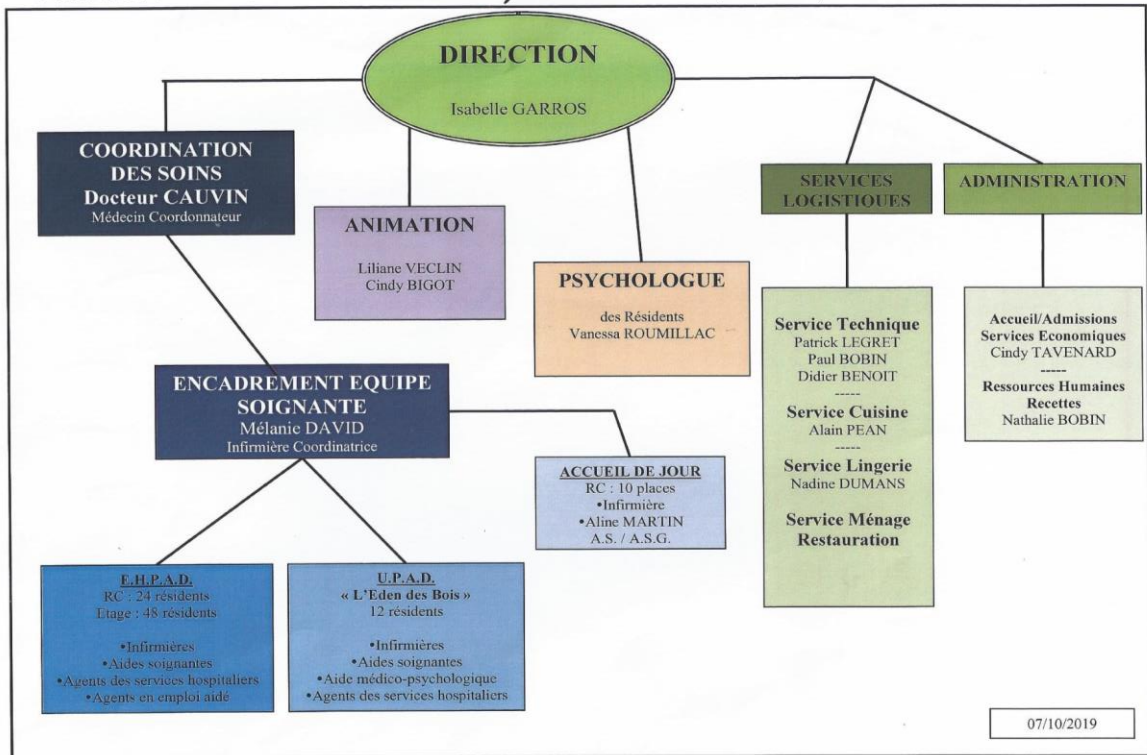
- 2/ Combien de personnes sont atteintes de troubles cognitifs (légers, sévères) ?
- 3/ Qui vous a parlé de la méthode Montessori ?
- 4/ En aviez-vous déjà entendu parler ?
- 5/ Avez-vous été formée ?
 - Si oui, que vous a apporté cette formation ?
 - Si non, allez-vous être formée ? Quand ?
- 6/ Avez-vous établi un projet ? Avec qui ?
- 7/ Avez-vous le soutien de la Direction ? Du Médecin Coordonnateur ?
- 8/ De quelle manière avez-vous présenté ce projet et cette formation à l'équipe ? (management : réunion... combien ? Quel personnel ?...)
- 9/ Selon vous, quels changements pourrait ou à apporter cette méthode au niveau des résidents / familles ? Du personnel ? De la structure ?
- 10/ Combien de résidents bénéficient, à ce jour, de cette méthode dans votre établissement ? Qu'avez-vous mis en place ?
- 11/ Comment et pourquoi avez-vous sélectionnés les PAATC ?
- 12/ Avez-vous noté des changements significatifs chez eux ? Leur entourage ? Le personnel ?...
- 13/ Avez-vous eu des retours (positifs ou négatifs) sur cette formation, cette méthode ?
- 14/ Vous réunissez-vous pour parler de cette méthode, des résultats, des choses à améliorer ?... Avec qui ? Fréquence des réunions ? Qui les organise ?

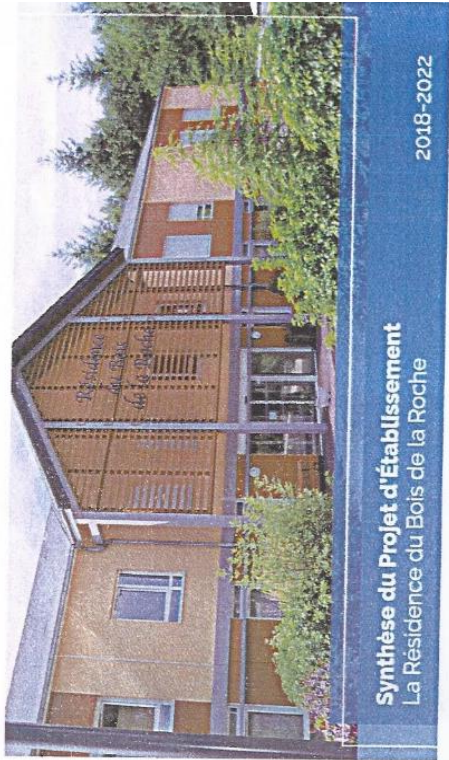
Annexe 7

Organigrammes des 2 établissements interrogés pour notre enquête

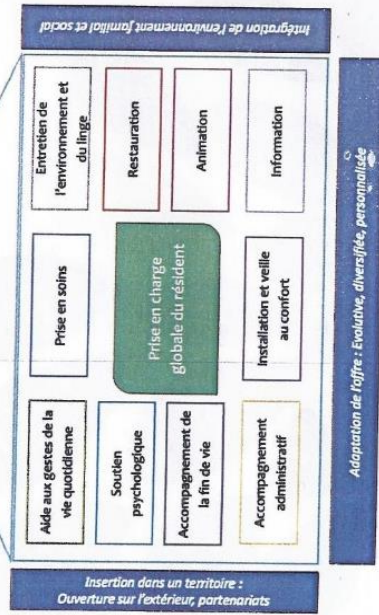


E.H.P.A.D. - Maison de Retraite de Cloues sur le Loir - 84 lits + 10 places d'A.J. - 7/10/2019





L'offre de service



Les points forts de l'établissement

- Un établissement à taille humaine, un personnel stable impliqué dans le développement du lien social.
- Une attention portée au bien-être du résident : accompagnement individualisé, restauration faite sur place, animation diversifiée...
- Un établissement proposant une offre diversifiée, un soutien aux aidants (accueil de jour et hébergement temporaire).

Introduction

Le Projet d'Établissement est un document obligatoire issu de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il décrit les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement et définit les objectifs de la Résidence, en matière de qualité de service rendu, pour les 5 prochaines années.

Les principes qui fondent le projet d'établissement

- Une démarche participative et pluridisciplinaire
- Un projet qui intègre les évolutions majeures du secteur médico-social et les besoins du territoire
- Un dispositif qui s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et en lien avec les évaluations interne et externe
- Un document de référence construit sur la base de valeurs partagées.

300 sens **ÉTHIQUE** *DIALOGUE* **Compétences** **RESPECT** **DÉONTOLOGIE**
SAVOIR-FAIRE **PERSONNALISATION** Esprit d'équipe **SAVOIR-ÊTRE** **INDIVIDUAL**
DIVIDUALITÉ Relations avec les usagers **ÉTHIQUE** Bon sens **Compétence**

Synthèse du Projet d'établissement
 La Residence du Bois de la Roche

