



HAL
open science

Réflexions éthiques autour de l'utilisation de l'unité de vie protégée : dispositif permanent ou transitoire pour les résidents ?

Ilana Hurtado

► To cite this version:

Ilana Hurtado. Réflexions éthiques autour de l'utilisation de l'unité de vie protégée : dispositif permanent ou transitoire pour les résidents ?. Santé publique et épidémiologie. 2024. <dumas-04891747>

HAL Id: dumas-04891747

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04891747v1>

Submitted on 16 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

DU ETHIQUE DES SCIENCES DE LA VIE : SOINS, SANTÉ, SOCIÉTÉ

Réflexions éthiques autour de l'utilisation de l'unité de vie protégée : dispositif permanent ou transitoire pour les résidents ?

Réalisé par HURTADO Ilana
Psychologue spécialisée en neuropsychologie

SOUS LA DIRECTION DE
M. COUTURIER MATHIAS

PROMOTION 2023-2024



REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie sincèrement mon directeur de recherche, monsieur Couturier, pour sa guidance éclairée, sa disponibilité constante et ses précieux conseils tout au long de ce travail. Sa connaissance approfondie du domaine et ses remarques pertinentes ont grandement enrichi ma réflexion et orienté mes recherches.

Un grand merci aux professionnels et chercheurs que j'ai eu l'honneur de rencontrer durant cette année. Leur expertise et leur partage d'expériences ont été essentiels pour éclairer les enjeux éthiques complexes auxquels nous sommes confrontés dans le domaine des soins.

Je suis également reconnaissante envers mes collègues et amis pour leur soutien moral et leurs encouragements tout au long de ce travail. Leur compréhension et leurs avis critiques ont constitué une source précieuse de motivation et d'inspiration pour mes écrits.

Enfin, je souhaite adresser des remerciements particuliers aux résidents interrogés durant ce travail pour la confiance accordée dans le cadre de ces précieux échanges. Je garderai en souvenirs l'ensemble de nos discussions dans l'objectif d'améliorer ma pratique de psychologue clinicienne.

À toutes et à tous, merci pour votre contribution à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

1. PARTIE THÉORIQUE.....	2
1.1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE	2
1.1.1. Économie.....	2
1.1.2. Législation.....	3
1.1.3. Soins.....	4
1.2. DISPARITÉ DU VIEILLISSEMENT.....	6
1.2.1. La dépendance physique	6
1.2.2. La dépendance cognitive.....	7
1.3. DISPOSITIFS ET OUTILS NATIONAUX.....	7
1.3.1. Maintien à domicile.....	7
1.3.2. Soutien et aide face à la démence.....	11
1.4. CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE ÂGÉES EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DÉPENDANCE	13
1.4.1. Définition d'un ehpad.....	13
1.4.2. Profils des résidents d'ehpad.....	14
1.4.3. UVP : entre respect des libertés et protection de la personne accueillie	16
1.5. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHESES	20
2. PARTIE EXPERIMENTALE	21
2.1. POPULATION	21
2.2. MATERIEL ET METHODE.....	23
2.2.1. Organisation générale du protocole.....	23
2.2.2. Procédure et déroulement.....	25
2.2.3. Hypothèses et analyses.....	27
3. RESULTATS	27
4. DISCUSSION.....	33
4.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS	33
4.2. REFLEXION AUTOUR DE LA METHODOLOGIE.....	34
4.3. QUEL(S) APPORTS(S) ?.....	36
CONCLUSION.....	38
RÉSUMÉ – ABSTRACT.....	40

INTRODUCTION

Au premier janvier 2024 nous comptons 68 373 433 habitants français en incluant les dom tom (Insee, 2024). Ce chiffre est en constante augmentation en France avec un solde naturel à + 47 000 (Insee, 2023). On connaît les deux raisons principales de cette évolution : une baisse de la natalité et bien évidemment, les progrès de la médecine (Haut-commissaire au Plan, 2023). L'OMS décrit le vieillissement d'un point de vue biologique comme l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre d'années. La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie (OMS, 2022). Broussy décrit en 2013 le vieillissement comme « un phénomène naturel, un processus physiologique irréversible, universel, mais très variable d'une personne à l'autre ». Il distingue trois étapes terminant par la perte d'autonomie. Le vieillissement impacte aussi les proches qui deviennent très régulièrement des aidants non professionnels. C'est également un enjeu collectif, selon Hentic-Giliberto & Stephan (2018) les sciences médicales sont largement concernées, les sciences humaines et sociales sont également percutées. C'est dans cette même analyse qu'ils ajoutent que toutes les disciplines sont invitées à se questionner, à envisager des pistes de réflexion, à proposer des solutions nouvelles afin de relever les défis qui s'annoncent et qui nous interpellent en tant que citoyen (Hentic-Giliberto & Stephan, 2018).

Ainsi, le phénomène mondial de vieillissement des populations est une réelle opportunité, porteuse de croissance et d'emplois, avec un préalable essentiel : l'éthique. À titre d'exemple, la récente lumière médiatique (janvier 2022) projetée sur le fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), conduisant à des maltraitances institutionnelles, a rappelé la nécessité de renforcer les politiques de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et de l'ensemble des personnes en situation de vulnérabilité.

Ce travail s'intègre dans le cadre de la « démarche SENS » promu par le groupe LNA Santé dont je faisais partie par le biais de l'établissement du Parc de la Touques (St Arnoult). Pour ce faire, dix résidents et onze salariés de cet établissement ont été interrogés sur leur opinion. L'objectif étant d'analyser l'ensemble des réponses afin d'améliorer les pratiques de l'établissement ainsi que celui du groupe par l'intermédiaire de cette réflexion éthique.

1. PARTIE THÉORIQUE

1.1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE

1.1.1. Économie

La majorité des études relevant des répercussions de l'augmentation du nombre de personnes vieillissantes en France, se basent sur les conséquences économiques. De fait, notre modèle de société repose sur le « un pour tous » avec des actifs, contribuables ou cotisants qui paient en temps réel pour l'enseignement, l'assurance maladie ou encore la retraite. Ainsi, comme le précise le Haut-commissaire au Plan (2023) en prenant en compte que le nombre d'actif baisse sans relève équivalente, alors ce système se fragilise allant jusqu'à sa remise en question au travers de différentes recherches. Toute stratégie pour revoir le modèle de notre société doit prendre en compte la diversité des situations individuelles. L'attention portée à ces différentes situations doit permettre de respecter les aspirations réelles des personnes âgées (désir d'activité, de liens sociaux, etc). Le Haut-commissariat au Plan (2023) formule des préconisations pour s'adapter à ces aspirations afin que les années de vie gagnées soient des années d'épanouissement. Les recommandations concernent ainsi, des champs aussi variés et essentiels que : le travail, l'engagement associatif, la mobilité, l'offre de soin et de logement, la coordination et la lisibilité des politiques publiques en faveur des personnes âgées (haut-commissaire au Plan, 2023).

D'après ce même rapport (haut-commissaire au Plan, 2023) nous relevons d'autres conséquences directes de cette évolution de la population. Divers frais vont devoir être engagés pour répondre aux diverses attentes comme l'aménagement du quotidien, nombre de logement adéquat, le maintien à domicile, habitat adapté ou maison de retraite en ultime étape. Par ailleurs, dans la mesure où l'avancée en âge accroît la consommation de soins, le vieillissement de la population française entraîne une hausse des dépenses de santé prises en charge par la solidarité nationale. En effet, les dépenses liées à l'âge, à la maladie et à la perte d'autonomie représentent les trois quarts des dépenses de protection sociale (haut-commissaire au Plan, 2023).

Cependant, bien que cette tendance soit à l'augmentation et inquiète de plus en plus les politiques publiques en faveur des personnes âgées toujours selon ce même rapport (haut-commissaire au Plan, 2023) depuis 1956 (date de création du « minimum vieillesse ») nombreuses d'entre elles se sont traduites par la mise en place de mesures d'aides financières directes ou indirectes. Celles-ci visant à leur offrir de meilleures conditions d'existence, à pallier la perte

d'autonomie et à faciliter leur maintien à domicile ou leur hébergement dans des structures d'accueil. La Silver économie est également une avancée dédiée aux seniors. En France, SilverEco - Gérontechnologie (2023) précise qu'elle a été officiellement lancée en 2013 sous l'impulsion de Michèle DELAUNAY alors Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de la Dépendance.

1.1.2. Législation

La protection des droits fondamentaux des personnes âgées est assurée au niveau international et européen mais aussi au plan national à travers un maillage textuel particulièrement dense que nous liste l'article de Vignon-Barrault (2022). La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a permis de garantir un pouvoir de décision sans discrimination aux personnes âgées (Vignon-Barrault, 2022). Dans le cadre de l'accueil dans un établissement médico-social, l'article L. 311-3 CASF garantit l'exercice de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité, auxquels la loi précitée du 28 décembre 2015 a ajouté le droit d'aller et venir librement. Diverses chartes de valeur juridique inégale complètent ces dispositifs. On peut citer la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée, la Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance créée par la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) ou la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie en établissement. Par ailleurs, une Charte éthique intitulée « Accompagnement du grand âge » a été rédigée et déposée le 2 septembre 2021 avec pour objectif de renforcer les droits des personnes âgées (Vignon-Barrault, 2022). Différents dispositifs ont vu le jour pour se déployer au gré du vieillissement de la population. Parmi ceux-ci, Vignon-Barrault (2022) songe aux dispositifs classiques de protection juridique figurant dans le code civil (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) mais aussi à de plus récents mécanismes (mandat de protection future institué en 2007 [Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007](#)) ou habilitation familiale créée en 2015 ([Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015](#)). Cette recherche met la loi du 28 décembre 2015 comme apogée de l'évolution relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui a proposé un meilleur accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie et de soins mais, en outre, a opéré un renforcement de leurs droits et libertés (Vignon-Barrault, 2022). Par ailleurs, Vignon-Barrault (2022) précise que certaines règles du droit pénal sanctionnent spécifiquement les violences et les discriminations dirigées à leur encontre.

Les droits des personnes âgées, comme ceux de tout être humain, sont indiscutables notamment lorsqu'ils touchent au corps humain, à la dignité, à l'intégrité ou l'intimité de la personne. Ils ont une valeur constitutionnelle et sont protégés comme cités plus tôt. En pratique

toutefois, Vignon-Barrault (2022) explique que les droits à l'intimité et à la dignité des personnes âgées sont fréquemment négligés, notamment lorsque des « considérations d'ordre organisationnel et budgétaire deviennent prédominantes ». Ce sont par ailleurs, des constats réalisés régulièrement dans les établissements d'hébergement pouvant résulter de mauvais traitements ou de négligences dans les soins. Le constat dressé par le Défenseur des droits dans son rapport est particulièrement accablant à cet égard. Vignon-Barrault (2022) ajoute que leur transgression est souvent justifiée sous couvert de la sécurité (accéder aux chambres sans frapper, utiliser une géolocalisation, vidéosurveillance, ... et ceci sans accord préalable). Heureusement, ces derniers éléments n'étant pas recevables aux yeux de l'Agence Régional de Santé et pouvant ainsi être dénoncés.

La Cour européenne des droits de l'homme en retient une conception extensive qui « englobe, entre autres, des aspects de l'identité physique et sociale d'un individu, notamment le droit à l'autonomie personnelle, le droit au développement personnel et le droit d'établir et entretenir des rapports avec d'autres êtres humains et le monde extérieur ». Vignon-Barrault, A. (2022) conçoit que le respect de ces droits fondamentaux est largement dépendant du mode de vie de la personne âgée et de son degré d'autonomie. De fait, il arrive plus régulièrement de restreindre les droits d'une personne ayant des capacités cognitives altérées (d'autant plus si à ces dernières s'ajoute une altération physique) puisque cette dernière n'étant pas en capacité de verbaliser un désaccord (au sens langagier du terme puisque les troubles du comportement sont en réalité leur support d'expression). Afin de limiter ces erreurs, il est essentiel de réaliser de nombreuses formations sur les troubles cognitivo- comportementaux, la bientraitance et l'éthique.

1.1.3. Soins

Durant mes recherches j'ai constaté que la majorité des études recensent les répercussions économiques de l'évolution de la population et que peu d'entre-elles se penchent sur l'impact dans notre système de soins. En effet, Hentic-Giliberto et Stephan notent en 2018 dans leur revue que si globalement la notion du temps, de la santé et de la finance sont discutées, la notion d'emploi n'arrive au 5ème rang académique et seulement au 19ème pour les revues professionnelles. Du point de vue de la Gestion des Ressources Humaines, ils notent que, si la formation est abordée (189 occurrences), la notion de professionnalisation est quasi-absente (13 occurrences) (Hentic-Giliberto & Stephan, 2018).

Évidemment, cette évolution permet des créations d'établissements, de dispositifs et donc d'emplois ce qui est une notion positive. Cependant, pour des raisons économiques, les emplois ne sont pas pour autant en nombre suffisants par rapport aux besoins. Les soignants, médecins, paramédicaux et autres professions gériatriques sont surchargés de tâches et doivent parfois faire des choix amenant à de la maltraitance ou du moins, des soins qui ne sont pas optimaux et à la hauteur des besoins des personnes âgées. Si le financement de la santé est souvent pointé à travers les comptes de la sécurité sociale, la situation RH interpelle. Divay (2018) pointe une désaffection grandissante des professionnels de santé et le possible risque d'une pénurie dans les prochaines années. Les travaux de Moisson-Duthoit (2016) et ceux de Daunj (2018) révèlent une situation critique où se côtoient syndrome d'épuisement professionnel et besoin de reconnaissance. Au sein du secteur médico-social, les professionnels notamment des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ainsi que ceux des soins à domicile sont en situation d'épuisement et réclament davantage de moyens pour s'occuper « dignement » des aînés. Inscrit dans une démarche d'amélioration continue de ses prestations à l'usager (Gucher *et al.*, 2017), le secteur est tiraillé entre les exigences de la loi 2002-2, celles des contrats d'objectifs et de moyens signés avec les financeurs (ARS et départements) et sa réponse aux exigences de pilotage. C'est par ailleurs, l'objectif de la Silver économie : proposer une offre adaptée et innovante permettant de répondre à l'évolution des incapacités fonctionnelles et cognitives (Clément & Dubreuil, 2016) des personnes vieillissantes.

Pour résumer, le constat est clair, la population française évolue avec une augmentation du nombre de personnes au grand âge sans équilibre par le nombre de naissances. Ce constat amène donc à une révision de notre système de fonctionnement français basé sur le « un pour tous ». Ce dernier ne semble plus correspondre à un maintien des finances et des réflexions autour des besoins nécessaires à un vieillissement réussi avec des soins de qualité et en quantité suffisante. Aujourd'hui le bilan n'est pas positif car les revenus ne contre-balancent pas les dépenses faites pour cette population ; les droits des personnes âgées sont transgressés avec un manque d'individualité et d'humanisme dans les emplois de la gériatrie. Ce constat amène donc des réflexions économiques, législatives et médicales mais aussi éthique.

1.2. DISPARITÉ DU VIEILLISSEMENT

1.2.1. La dépendance physique

Ajoutons à présent une autre dimension complexe à ce phénomène, la variété de situations individuelles : mille façons de vieillir se cachent derrière le phénomène général du vieillissement (Haut-commissariat au Plan, 2023). Agid (2020) décrit le vieillissement comme « différentiel ». Il n'y a pas *un*, mais *des* vieillissements, différents d'un individu à l'autre, différents d'un organe à l'autre chez un même individu (Agid, 2020). L'INSEE (2014) décrit la dépendance d'une personne âgée comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne. Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé (INSEE,2014). La frontière entre dépendance et problèmes de santé est poreuse, dans la mesure où ces limitations résultent souvent de problèmes de santé actuels ou passés (INSEE,2014).

Différents problèmes de santé s'associent au vieillissement et peuvent se superposer (communément appelés syndromes gériatriques). Parmi ceux-ci l'OMS recense en 2022, le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète les états confusionnels, la dépression et la démence sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées. C'est dans ce même article que l'OMS (2022) explique que même si certaines différences observées dans l'état de santé des personnes âgées sont d'ordre génétique, la plupart d'entre elles s'expliquent par l'environnement physique et social (le logement, le quartier et les communautés où ces personnes vivent) ainsi que par les caractéristiques personnelles (le sexe, l'appartenance ethnique ou la situation socio-économique). Ce constat s'étend plus loin dans l'âge de la personne, l'environnement dans lequel vit l'enfant, voire celui dans lequel le fœtus se développe, couplé aux caractéristiques personnelles, a des effets à long terme sur la manière dont cette personne vieillira (OMS, 2022). Le fait de conserver des comportements sains tout au long de la vie, en particulier d'avoir une alimentation équilibrée, de pratiquer une activité physique régulière et de ne pas consommer du tabac, contribue à réduire le risque de maladies non transmissibles, à améliorer les capacités physiques et mentales et à retarder la dépendance aux soins (OMS, 2022).

Ainsi, l'avancée en âge accroît le risque de dépendance, qui touche 25 % des personnes de plus de 85 ans et 100 % des personnes de plus de 95 ans (Haut-commissariat au Plan, 2023). Cette

dépendance se caractérise de deux manières : physique et psychique. Notons également que ces deux dimensions peuvent se superposer.

1.2.2. La dépendance cognitive

En raison du vieillissement actuel de la population, la démence représente une préoccupation sociétale majeure. En effet, en 2006 déjà, Rossollin expliquait que les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) représentent actuellement un défi de santé publique et posent des problèmes relatifs aux besoins de prise en charge médicale et sociale. La démence est une des pathologies contribuant le plus largement à la perte d'autonomie des personnes âgées dans la vie quotidienne et représente la principale cause d'institutionnalisation (Rossollin, 2006). Selon l'étude PAQUID, en France, la maladie d'Alzheimer est estimée à 17,8 % au-delà de 75 ans. Sur la base de cette même étude ainsi que des études des données de la Sécurité sociale, le nombre de personnes de plus de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées a été évalué à 1 million en 2018. Le nombre de nouveaux cas est estimé à plus de 225 000 personnes chaque année (fondation vaincre Alzheimer, 2020). D'ici 2050, le nombre de personnes touchées par une maladie neurocognitive devrait atteindre plus de 1 800 000 cas. Cela représenterait donc 9,6% des plus de 65 ans et 6,2% de la population active (fondation vaincre Alzheimer, 2020).

Ainsi, la difficulté principale dans le vieillissement est qu'il n'est pas égalitaire pour la population. Il n'existe pas de personne âgée « type » mais la diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Cette disparité dans le phénomène du vieillissement implique de répartir les coûts financiers de manière juste en fonction des besoins de la population, de répondre aux attentes concernant les aménagements de logements selon les degrés d'autonomie qui de plus, évolueront avec le temps etc. C'est par ailleurs, le Haut-commissaire au Plan (2023) qui précisera que ce phénomène ne se présente également pas de façon homogène selon les territoires. Une action de santé publique globale doit tenir compte de cette grande diversité d'expériences et de besoins des personnes âgées. L'hétérogénéité de ces situations amènent ainsi à différents questionnements éthiques riches et complexes.

1.3. DISPOSITIFS ET OUTILS NATIONAUX

1.3.1. Maintien à domicile

L'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé 2021-2030 « *Décennie du vieillissement en bonne santé* » et a demandé à l'OMS de prendre la tête de sa mise en œuvre. La Décennie du

vieillesse en bonne santé est une collaboration mondiale réunissant les pouvoirs publics, la société civile, les institutions internationales, les professionnels, les milieux universitaires, les médias et le secteur privé afin de mener pendant 10 ans une action concertée, mobilisatrice et collaborative à l'appui de vies plus longues et en meilleure santé (OMS, 2022). Cette Décennie s'appuie sur la Stratégie et le Plan d'action mondiaux de l'OMS et sur le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement et soutient la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des objectifs de développement durable (OMS, 2022).

Quels sont ses objectifs ? Selon l'OMS (2022) la *Décennie du vieillissement en bonne santé* vise à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés grâce à une action collective dans quatre domaines : changer notre façon de penser, de ressentir et d'agir en fonction de l'âge. Face à l'âgisme : renforcer les communautés de manière à favoriser les capacités des personnes âgées ; fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires adaptés aux personnes âgées et permettre aux personnes âgées qui en ont besoin, l'accès à des soins de longue durée de qualité.

Par ailleurs, divers dispositifs ont déjà vu le jour et se développent à travers le pays. On recense d'une part les **aides financières**.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le Haut-commissaire au Plan (2023) explique qu'elle est destinée à couvrir une partie des dépenses liées aux actes essentiels de la vie courante des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie (ménage, portage de repas, aide pour la toilette, etc), qui se décline en APA à domicile et APA en établissement médico-social. Son montant est calculé en fonction du degré de dépendance et les revenus de la personne âgée (Pacôme, 2024).

L'aide sociale à l'hébergement (ASH). C'est un dispositif départemental qui permet la prise en charge partielle ou totale des frais en cas d'hébergement en maison de retraite ou chez un accueillant familial agrée (Pacôme, 2024). Elle est accordée aux personnes de plus de 65 ans en perte d'autonomie, pour couvrir leurs frais d'hébergement s'ils sont supérieurs à leurs revenus, et leur donner un reste à vivre d'au moins 109 à. L'ASH finance l'hébergement en établissement (EHPAD, unité de soins de longue durée, résidence-autonomie) ou chez un accueillant familial. Elle constitue en réalité une avance, puisqu'elle doit être remboursée par les ayants-droits du bénéficiaire lors de la succession (Haut-commissaire au Plan, 2023).

Ma prime adapt de l'ANAH. Ceci est également un dispositif pour les personnes âgées de plus de 70ans en perte d'autonomie physique et nécessitant des travaux au sein de leur environnement (Pacôme, 2024).

L'État est le deuxième contributeur de l'aide aux personnes âgées de plus de 60 ans selon le Haut-commissaire au Plan (2023). L'aide de l'État prend d'abord la forme de dépenses fiscales en faveur des personnes âgées, surtout via la réduction d'impôt pour l'utilisation d'un service d'aide à domicile, l'abattement d'impôt sur le revenu de 10 % sur le montant des pensions et des retraites et l'abattement d'impôt en faveur des personnes âgées ou invalides de condition modeste (Haut-commissaire au Plan, 2023).

C'est dans ce même article que le Haut-commissaire au Plan (2023) explique que d'autres acteurs interviennent dans l'aide aux personnes âgées de plus de 60 ans. En effet, les communes peuvent verser des aides financières (54 % des communes) et/ou des aides en nature (63 %). Les caisses de retraite jouent également un rôle important, notamment via le versement (grâce à des ressources fournies par le Fonds de solidarité vieillesse, lui-même financé essentiellement par l'impôt) de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ou « minimum vieillesse », qui permet d'assurer un niveau minimum de ressources aux personnes âgées disposant de faibles revenus. Certaines caisses de retraite proposent également des aides financières ou matérielles à destination de leurs affiliés âgés en situation de fragilité, afin de faire face aux difficultés quotidiennes, de déménager ou d'améliorer son logement, ou encore de favoriser le lien social (Haut-commissaire au Plan, 2023).

On recense d'autre part les **aides techniques**.

Service d'aide à domicile pour personne âgée. C'est un service départemental qui s'adresse aux personnes à partir de 65 ans (60 ans dans certains cas) sous conditions de ressources mensuelles. Il s'agit de faire intervenir au domicile du bénéficiaire une aide-ménagère qui accompagne la personne âgée dans les gestes du quotidien (Pacôme, 2024).

Livraison à domicile ou prise en charge des repas.

La télémédecine. Il s'agit d'une pratique médicale à distance via la voie de nouvelles technologies. Elle permet notamment d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi médical, de prescrire des produits de santé, etc. Elle se traduit notamment par la téléconsultation et la

télesurveillance (service-public, 2024). Notons par ailleurs que parmi la télémédecine nous incluons la téléconsultation ; la télésurveillance ; la télé-expertise mais aussi la téléassistance. En effet, la téléassistance est un service qui permet de mettre en contact une personne âgée avec un téléopérateur en cas de problème à domicile (chute, malaise...), 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La personne contacte un téléopérateur en appuyant sur un médaillon ou une montre qu'elle porte en permanence. Selon l'urgence de la situation, le téléopérateur : contacte un proche de la personne âgée, ou déclenche une intervention pour porter assistance à la personne âgée. Quand la personne âgée appuie sur son médaillon ou sur sa montre, la centrale d'écoute est alertée (service-public, 2022).

L'habitat intergénérationnel. Ce dispositif est généralement porté par des bailleurs sociaux, il réunit des personnes de tous âges, leur offrant des loyers accessibles par la cohabitation intergénérationnelle, par laquelle un senior met à disposition d'un jeune de moins de 30 ans une chambre en échange de services (Haut-commissaire au Plan, 2023). Dans cette dynamique de partage intergénérationnel on recense divers organismes existants tels que Petit Frère des Pauvres, Granny&Charly et d'autres. C'est par ailleurs l'organisme « tous en tandem » (2021) qui évoque l'intergénérationnel comme un maintien avec l'extérieur : une stimulation pour les uns et une découverte pour les autres. Les plus jeunes entraînant leurs aînés en les sortant de leur routine et les plus âgés partageant leurs expériences et connaissances : une source d'enrichissement mutuel basée sur l'échange et la réciprocité (Tous en tandem, 2021).

Enfin, le Haut-commissaire au plan (2023) liste divers établissements permettant aux personnes âgées de maintenir un cadre de vie autonome tout en ayant des aides prenant vie de diverses façons. **L'habitat inclusif**, permet à des personnes âgées de vivre ensemble dans des lieux mixant le privé et le collectif, avec un accompagnement et une aide individualisée, sans être toutefois éligible à l'aide sociale à l'hébergement (Haut-commissaire au Plan, 2023). **Les foyers-soleil**, composés d'un espace commun dédié à la vie partagée et de logements diffus disséminés aux alentours (Haut-commissaire au Plan, 2023). **Les résidences âges et vie** : elles regroupent 8 seniors dans un pavillon employant 3 salariés qui assurent des prestations via le SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) (Haut-commissaire au Plan, 2023). **Les résidences services seniors** : elles offrent des prestations à titre onéreux aux personnes âgées, lesquelles peuvent être locataires ou propriétaires (Haut-commissaire au Plan, 2023). **Les résidences autonomie** : réunissant des personnes âgées autonomes mais ne pouvant ou ne désirant pas vivre

isolées, ces résidences offrent un habitat privatif et des espaces communs (Haut-commissaire au Plan, 2023).

Hospitalisation à domicile (HAD). L'HAD est une branche de l'hôpital se déplaçant au domicile des personnes permettant ainsi de rester chez soi même lorsque la personne nécessite des soins médicaux lourds. Par ailleurs, l'HAD permet également d'avoir le choix de mourir chez soi ou dans l'enceinte de l'hôpital.

On note également l'existence de divers organismes aidants pour la population âgée tels que, la CARSAT (Caisse d'assurance retraite), la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse), la CNRACL (Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales) , le CCAS (Centre communal d'action sociale), le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), la CAF également puisqu'elle peut intervenir dans le cadre d'une aide au logement en EHPAD par exemple, mais aussi les mairies et le conseil départemental (Pacôme, 2024).

Ainsi, divers dispositifs et aides financières existent à ce jour et sont utilisables en fonction des besoins de la personne. La majorité de ces services ont pour but de permettre un maintien à domicile pour retarder voire éviter l'entrée en EHPAD. En effet, les EHPAD ont toujours, mais notamment ces dernières années, eut la vie dure avec beaucoup de stéréotypes autour de leur fonctionnement et du mode de vie des personnes une fois entrées dans ce type de dispositif (ennui, mauvais traitement, aucune interaction sociale, peu de stimulation cognitive et motrice etc). Cependant, celles-ci évoluent au fil du temps tant du côté des services proposés que du côté hôtelier. Ils s'adressent à des personnes généralement âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien (service-public, 2024). L'offre d'un EHPAD est globale et comprend donc, hébergement, les soins médicaux et paramédicaux, la restauration et l'animation. Notons que parmi l'ensemble de ces dispositifs, peu d'entre eux ne sont suffisants pour la prise en charge d'une personne atteinte d'une maladie neuro-évolutive.

1.3.2. Soutien et aide face à la démence

Parmi les dispositifs existants nous pouvons citer l'équipe spécialisée Alzheimer et maladie apparentées à domicile (ESAD) ayant vu le jour suite au plan Alzheimer 2008-2012. Leur équipe est généralement constituée d'infirmier, de paramédicaux, d'aide-soignant et de psychologue et

intervient sous prescription médicale permettant une prise en charge par la sécurité sociale. L'objectif principal de ce dispositif est d'apporter une aide aux personnes atteintes de maladie neuro-évolutive (Alzheimer, Parkinson, démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy, démence sémantique, démence vasculaire ...) en leur proposant des accompagnements à domicile pour retarder l'institutionnalisation.

Une association nationale, la seule reconnue d'utilité publique dans ce domaine, est **France Alzheimer**. Celle-ci (2024) recense un réseau de 101 associations départementales. Grâce à l'engagement de plus de 2200 bénévoles, l'Association mène à bien différentes missions qu'elle cite. Former les personnes concernées par la maladie ; actions adaptées d'accompagnement pour aider les personnes malades à mieux vivre leur quotidien et à développer leurs capacités, mise en place de cafés-mémoire, des haltes relais, des groupes de parole, des ateliers à médiation artistique, de stimulation cognitive.... Elle informe et sensibilise également sur la maladie d'Alzheimer et toutes les problématiques inhérentes à la maladie par le biais d'un magazine d'informations (France Alzheimer, 2024).

Cependant, ces dispositifs ont des limites concernant le maintien à domicile des personnes atteintes d'une maladie neuro-évolutive. En effet, être le proche aidant d'une personne atteinte d'une telle pathologie expose souvent, selon Villars et De Perreti (2015) au risque de succomber à la fragilité. Le stress chronique qui accompagne les soins peut ainsi conduire à un épuisement physique et psychique.

Pour limiter cela, nous relevons trois dispositifs :

Tout d'abord, **l'accueil de jour (ADJ)**. Ceux-ci accueillent les personnes sur le temps de la journée (une à plusieurs fois par semaine) pour réaliser des activités stimulant les aspects cognitifs et moteur dans l'objectif de ralentir leur dégradation. Ces temps passés hors du domicile contribuent également à rompre l'isolement et à permettre aux proches de dégager du temps pour leurs propres occupations, se reposer mais aussi échanger avec les professionnels intervenant à l'ADJ (service-public, 2024).

Les aidants non professionnels peuvent également faire appel aux EHPAD proposant des **accueils temporaires**, c'est à dire des temps d'accueil à durée déterminée. Le service public (2024) le décrit comme une solution pour pouvoir continuer à vivre chez soi en ayant recours à ce

dispositif permettant également aux proches de pouvoir s'absenter ponctuellement et passer le relais.

Enfin, les EHPAD ayant des **unités protégées**. Ces lieux de vie sont spécialisés dans l'accompagnement des personnes présentant une démence neuro-évolutive à un stade avancé. Elles diffèrent donc des unités de vie classiques. Cette disparité sera étudiée dans le chapitre suivant.

1.4. CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE ÂGÉES EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DÉPENDANCE

1.4.1. Définition d'un ehpad

Nous focaliserons ici sur notre travail sur un fonctionnement d'hébergement permanent. Les EHPAD sont définies sur le site du service public (2023) comme des établissements médicalisés où sont hébergées des personnes âgées dépendantes. Ils doivent fournir au minimum certaines prestations : d'administration générale (état des lieux, document de liaison avec la famille, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge), d'accueil hôtelier (mise à disposition d'une chambre, un accès à une salle de bain comprenant au moins un lavabo, une douche et des toilettes, un accès à la télévision, à la téléphonie et à internet, un dispositif d'éclairage, de chauffage, d'entretien et de nettoyage des locaux, de blanchisserie, ...), de restauration (accès à un service de restauration, fourniture au quotidien de 3 repas, d'un goûter et d'une collation nocturne) et également d'animation (animation collective à l'intérieur et l'extérieur de l'Ehpad). En plus de ces services, ils doivent disposer d'une équipe pluridisciplinaire comprenant ; un médecin coordinateur, un infirmier, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et du personnel psycho-éducatif (service-public, 2023). Pour être admis en Ehpad, la personne âgée doit avoir au moins 60ans (bien que des dérogations soient possibles) et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour les actes de la vie courante (service-public, 2023).

Les maisons de retraite, et plus particulièrement les ehpad sont devenus des lieux mieux armés sur le plan médical selon Conrath (2016), dépoussiérant ces institutions qui avaient et ont encore parfois (notamment depuis l'affaire Orpéa) une réputation douteuse. La bientraitance fait partie de ces protocoles qui peuvent améliorer le quotidien des résidents (Conrath, 2016). L'aspect technologique, en ce qui concerne les psychologues, est souvent assuré par les procédures

neuropsychologiques aux fins de dépistage et d'objectivation de la détérioration mentale. Sans nier l'importance de ces diagnostics concernant les personnes âgées, celles-ci restent précisément des personnes nécessitant une prise en charge globale, d'autant plus en milieu institutionnel (Conrath, 2016). D'où l'importance, des liens entre troubles du vieillissement et psychisme, bien-être de la personne vieillissante en rapport avec les répercussions sur les modifications somatiques des personnes âgées (Conrath, 2026).

Ainsi, le choix d'une entrée en EHPAD se fait selon deux principes, une perte d'autonomie physique et/ou cognitive. L'entrée en maison de retraite est un moment particulier dans la vie d'une personne et correspond rarement à un souhait de vie, Leroux-Chemla (2016). L'enquête Ehpa, réalisée en 2000 sous la direction de Dominique Somme sur plus de trois mille personnes, rapporte que 32 % des personnes entrées en maison de retraite disent avoir participé à la prise de décision, alors que, dans 41 % des cas, la décision vient de la famille, et, pour 20 %, des professionnels Leroux-Chemla (2016). En effet, notre société porte les valeurs du jeunisme et de la rentabilité. Les personnes âgées, leurs maladies et la mort gênent et font peurs, c'est pour cela que Vincent (2020) décrit l'Ehpad comme le réceptacle de ce grand déni social. Par ce constat, il paraît essentiel de faire intervenir un psychologue pour travailler sur l'acceptation de cette nouvelle étape de vie et pour envisager l'avenir. Cependant, pour les personnes âgées subissant un déclin cognitif aiguë le travail du psychologue prend une autre dimension.

1.4.2. Profils des résidents d'ehpad

Dès l'âge de 40-50ans, le poids du cerveau diminue d'environ 2 % tous les dix ans selon Agid (2020) et la perte devient plus significative après 70 ans. Ainsi, dans un vieillissant dit « normal » Agid (2020) recense quatre éléments : 1) la perte neuronale est absente, et si elle existe, elle est réduite ou localisée dans une région restreinte du système nerveux (en revanche, on admet qu'une perte neuronale est observée dans 5 % des cas en raison d'une maladie neurodégénérative débutante qui ne s'est pas encore traduite par des symptômes) ; 2) cette perte neuronale limitée est variable selon les individus, et chez un même individu selon les structures cérébrales impliquées ; 3) elle n'apparaît qu'au-delà d'un certain âge, surtout à partir de 80 ans ; 4) l'espérance de vie théorique d'un neurone n'excède probablement pas 150 ans, sachant que ce sont parmi les cellules de l'organisme celles qui sont les plus résistantes (sans oublier que, à la différence des autres cellules de l'organisme, les neurones ne se multiplient pas, et qu'ils ont 100 ans chez un centenaire...). C'est dans ce même article que l'auteur ajoute que les neurones n'existent pas selon la loi du tout ou rien, et leur activité devient moindre, avec l'âge, en raison de

la perte progressive des connexions nerveuses et de la diminution de leur métabolisme. Les réseaux de neurones ne sont donc pas indemnes, certains sont déficients, d'autres pas (Agid, 2020). Les neurones vieillissants ont des ressources propres qui leur permettent de retrouver un fonctionnement normal en augmentant leur métabolisme et en créant de nouvelles connexions (Agid, 2020). Lorsqu'ils sont trop âgés, et donc trop déficients, les neurones voisins, intacts, peuvent compenser la transmission nerveuse mal ou non effectuée. En un mot, les neurones âgés ont des réserves qui leur permettent de compenser leur propre vieillissement... jusqu'à un certain point (Agid, 2020). Il arrive donc que le dysfonctionnement de certains neurones vieillissants soit suffisant pour produire un ou plusieurs symptômes (Agid, 2020). Cependant, près de 2% de la population française (1 227 558 personnes) n'est pas concerné par ce type de vieillissement mais par celui de la démence (fondation Alzheimer, 2020), multiples et à l'évolution diverse. La plupart de ces maladies sont sporadiques, impliquant l'existence de facteurs issus de l'environnement pour initier le processus pathologique. Cependant, Agid (2020) précise que les recherches menées depuis près de cinquante ans n'ont pas permis d'isoler le toxique, ou le virus, ou la bactérie, ou la protéine pathologique, responsables. Notons également qu'un petit nombre de ces affections sont héréditaires (Agid, 2020).

Tison (2023) définit la démence comme une altération de plusieurs fonctions cognitives, déclinant progressivement au fil des années, ayant pour conséquence une perte d'autonomie et l'apparition de troubles du comportement. Il précise également dans son ouvrage que le syndrome démentiel constitue la sémiologie commune aux différentes démences. Concernant le mode d'installation d'une démence, Tison (2023) explique qu'en cas de mécanisme dégénératif, le syndrome démentiel apparaît progressivement sur plusieurs mois, voire plusieurs années, avec impossibilité de dater l'âge du début des troubles. En cas de mécanisme vasculaire, l'involution est plutôt brutale et rapide, avec souvent la possibilité de dater l'épisode de perte des fonctions cognitives ; à chaque nouvelle lésion vasculaire cérébrale importante, il y a une perte cognitive importante, l'involution est alors dite en « marche d'escalier » ; les périodes entre chaque déclin vasculaire sont stables et peuvent le rester pendant plusieurs années. Les principales formes de démences sont : la maladie d'Alzheimer ; la démence vasculaire ; la démence mixte (Alzheimer et vasculaire) ; la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale. L'évaluation neuropsychologique est indispensable pour différencier les fonctions cognitives altérées et préservées et distinguer le type de démence. Parmi celles-ci, la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente (60% des démences selon Tison, 2023) et est marquée par des troubles de la mémoire

épisode en premier lieu. Concernant la démence vasculaire (12 % selon Tison, 2023), Belleville (2010) précise que dans près de 70 % des cas, celle-ci est associée à une atteinte des petits vaisseaux et à des changements de la substance blanche dans les régions sous-corticales. La démence mixte, elle, représente 15 % des démences selon Tison (2023) et se traduit par des mécanismes communs à la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire. La démence à corps de Lewy serait de l'ordre de 10 % des démences (Tison, 2023) avec trois symptômes ; les hallucinations visuelles ; des fluctuations cognitives et un changement dans la motricité. Enfin, la démence fronto-temporale (5%) comporte deux variantes, une comportementale avec une atteinte du comportement social et fonctions exécutives ; une variante langagière avec des atteintes sur cet aspect (Tison, 2023).

Ces différents troubles cognitifs impliquent un changement de comportement de la personne avec, selon Huang (2023), de la déambulation, des hallucinations, des comportements dits « aberrants », des agitations, cris, pleurs, inversion du rythme de vie, de l'agressivité verbale, physique etc. Afin de prendre en soins les personnes présentant ces pathologies, les Ehpad ont mis en place dans leurs établissements les unités de vie protégée, autrefois appelée « cantou » dans les années 1970 (cap retraite, 2024).

1.4.3. UVP : entre respect des libertés et protection de la personne accueillie

Une des questions fondamentales de l'unité protégée est celle du respect de la liberté d'aller et de sa reconnaissance comme contention. Il convient de souligner que le législateur n'attribue un cadre juridique à la contention qu'au sein du secteur sanitaire psychiatrique. Il s'agit d'une liberté fondamentale reconnue par les textes internationaux notamment l'article 13 de la Déclaration Universelle des droits de l'homme, l'article 12 du PIDCP et l'article 2 du protocole n°4 de la CESDH. Elle est, par ailleurs, consubstantielle au droit à l'autonomie de chaque personne en situation de handicap, consacré par les articles 3 et 19 de la CIDPH81 et par l'article 15 de la Charte sociale européenne, qui suppose que chaque personne ait le droit de se déplacer librement. Le Défenseur des droits rappelle que les mesures consistant à restreindre une liberté fondamentale ne peuvent être qu'exceptionnelles et, dans tous les cas, strictement nécessaires et proportionnées. On note également que le droit de toute personne accueillie en établissement médico-social d'aller et venir librement est rappelé à l'article L.311-3 1° du CASF. Ainsi, comment concilier deux principes opposés qui sont le respect des libertés, droit inaliénable et l'obligation

d'assurer la sécurité des résidents atteints de maladies neuro-évolutives, à présent, sous la responsabilité de la direction et des membres du personnel ?

Ainsi, Helmer (2016) indique que l'article L. 311-4-1 du CASF et le décret du 15 décembre 2016 fixent le cadre normatif de référence, en créant notamment l'annexe 3-9-1 du CASF, relatif aux mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident tout en favorisant l'exercice de sa liberté d'aller et venir. La procédure de mise en place de ces mesures est décrite toujours selon ce même auteur (2016) dans l'article R. 311-0-7 du CASF. Si l'annexe 3-9-1 du CASF se réfère explicitement aux dispositions constitutionnelles garantissant la liberté d'aller et venir des personnes et prévoit que « les mesures prises par l'établissement ne doivent pas être disproportionnées aux risques encourus par le résident et sont prévues seulement lorsqu'elles s'avèrent strictement nécessaires », il n'en reste pas moins que certaines dispositions du décret sont attentatoires à la liberté individuelle des résidents. Cette faculté concerne les résidents y ayant consenti mais également les résidents dans l'impossibilité de donner leur consentement, tant que la mesure apparaît nécessaire pour garantir leur sécurité. De plus, c'est Helmer (2016) qui affirme que le recours aux mesures de contention au sein de ces établissements est laissé à la libre appréciation des équipes. Il peut ainsi s'effectuer sans analyse de la proportionnalité, sans prescription médicale, sans limite dans le temps et sans être tracé. De cette manière, comment est-il possible de garantir le bien-être de nos aînés dans la mesure où leur liberté est laissée à l'appréciation de membres du personnel, parfois peu formés.

« *Vivre, d'abord. Non pas survivre, mais vivre* » (Kahn, 2020). Cette citation de Kahn (2020) est, à mon sens, représentative de la conception d'une unité de vie protégée puisqu'elle reste, comme son nom l'indique, un lieu de vie, avec une offre de soins similaire à une unité dite « classique » ou « ouverte » mais adaptée aux résidents avec des profils neuro-dégénératifs. Il existe autant de prises en soin qu'il existe de patients atteints de ces pathologies, d'une part car elles sont multiples et diverses dans leurs retentissement, d'autre part car elles ne se traduisent pas des mêmes façons selon la personne. Ce constat amène à une conclusion simple, les unités de vie protégée, doivent comprendre un large éventail d'offre de soins pour permettre à ces personnes de vivre en limitant les effets néfastes de ces pathologies.

Pour cela, nous retrouvons au sein de ces unités, des **professionnels formés régulièrement aux pathologies** qu'ils rencontrent. La multitude de ces profils implique des formations adaptées

et actualisées de manière régulière auprès des intervenants en unités protégées. Comme l'explique Pelluchon (2020) dans son livre ; ils s'engagent, par leurs formations, à rechercher l'origine des troubles du comportement qui se manifestent afin de les prendre en charge en pluridisciplinaire et de les stabiliser. Notons qu'au-delà de ces compétences pratiques, Pelluchon (2020) insiste également sur l'importance des traits moraux, c'est parce qu'il relève de l'éthique et que celle-ci ne consiste pas seulement à appliquer des principes ni des normes. Selon ce même auteur, il importe d'avoir du discernement pour évaluer une situation unique et souvent imprévisible et pour y répondre de manière proportionnée. Le discernement suppose l'attention, qui exige d'avoir fait le vide en soi, afin d'écouter autrui au lieu de projeter sur lui ses propres désirs. Vanderheyden (2017) précise également que le degré de tolérance du personnel pour les troubles du comportement des personnes démentes est plus important.

Il est également nécessaire que ces **unités soient réduites en taille et nombre de chambres**. Ces pathologies impliquent pour la personne un besoin de réassurance, d'encadrement et de guidance au cours de la journée (Vanderheyden, 2017). C'est ce même auteur qui explique l'importance de bien communiquer et lentement, afin qu'elle puisse, tant que possible, bien comprendre, faire bien attention et donc tenter de mémoriser ce qui lui est dit. Il est également important de la faire écrire pour soutenir sa mémoire. Il est tout aussi souhaitable de continuer de sortir cette personne de ses quatre murs, de garder des contacts avec des personnes extérieures, pas trop nombreuses cependant pour garder une stimulation bien sûr, mais aussi des points de repère connus. En effet, pour le patient, il n'y a rien de plus grave que de perdre tous ses points de référence, ce qui pourrait arriver s'il est noyé dans des contacts débordants et très variés. Au fur et à mesure que la maladie progressera, il faudra également assurer tous les besoins liés à la perte d'autonomie et à l'apparition de la dépendance, à la fois mentale, mais aussi physique. Sur le plan mental, il faudra veiller à créer dans la maison des petites pancartes sur chaque porte, sur chaque armoire pour rappeler à quoi sert cette porte ou bien ce qui est déposé derrière. L'être humain qu'est toujours le dément mérite donc un lieu de vie plus élargi, où il pourra sortir de sa chambre et rencontrer d'autres personnes dans un espace de vie beaucoup plus convivial, avec une cuisine, une salle de repas, une salle de détente, une salle de réunion avec la famille, voire aussi un accès à l'extérieur vers un jardin. Cet ensemble de ressources est maintenant disponible dans des structures spécialisées telles que les seigneuries, les maisons de repos et, si nécessaire, pour les cas évolués, dans les « cantous », petites unités de prise en charge d'une dizaine de déments où l'on essaye de recréer une vie un tant soit peu sociale. Il note également qu'à un stade pas trop

évolué, le dément peut encore travailler dans le jardin, qu'on appellera alors jardin thérapeutique. À un stade beaucoup plus évolué, même grabataire, le dément continuera de bénéficier de la structure pour autant que celle-ci soit conçue de manière suffisamment grande, permettant à des patients en lit de pouvoir participer comme les autres aux diverses activités de la journée telles que les repas, les animations, les contacts avec la famille, ... *Le second axe de réflexion sera de maintenir la qualité de vie la meilleure possible*, en prévoyant dans la structure d'accueil du dément toutes sortes de facilité permettant l'accès en chaise roulante, en lit..., en vérifiant l'accessibilité à la salle de bain..., à des stimulations par télévision, musique, etc (Vanderheyden, 2017). Pour que ces prises en charge soient possibles, elle nécessite un nombre de soignant en quantité plus importante ; c'est ce que proposent ces unités.

Avec l'évolution de la démence, le patient perd progressivement ses capacités fonctionnelles et profite de moins en moins des activités qui lui procuraient du plaisir. L'individu devient moins capable d'initier des activités en raison de ses déficits, en particulier praxiques et aphasiques. C'est pour cela que des **programmes d'activités spécifiques** font partie intégrante de leur prise en charge (Vanderheyden, 2017). Ces activités sont complétées par d'autres plus ponctuelles, appelées interventions non médicamenteuses. Ce type d'activité diminue les troubles psycho-comportementaux qui peuvent se présenter de différentes manières. Selon, Higuët (2017) il peut s'agir d'épisodes d'anxiété, de fluctuations thymiques, d'idées délirantes, d'hallucinations, d'apathie, ou bien d'un comportement moteur aberrant, de moments de désinhibition, etc. Cliniquement, l'agitation peut se présenter sous la forme d'une déambulation incessante, de mouvements répétitifs, d'agressivité verbale, voire physique (cris, insultes). Une anxiété et une labilité de l'humeur sont fréquemment associées. Ces manifestations sont associées à une diminution de qualité de vie du patient. Les moyens non pharmacologiques sont probablement aussi efficaces que les traitements médicamenteux (Luijpen, 2003) c'est pour cela qu'il est nécessaire qu'ils soient déployés dans ces unités. Par ailleurs, certaines d'entre-elles sont aussi bénéfiques aux résidents d'unités ouvertes lorsqu'elles ont pour objectif d'augmenter leur bien-être, leur thymie ou encore estime d'eux-mêmes.

Les risques d'accidents domestiques sont accrus chez les personnes en perte cognitive (Depris, 2017). Outre le risque de chutes lié aux difficultés motrices inhérentes à la maladie, ce type de patient qui « oublie » peut prendre ou faire prendre des risques. C'est pour cela qu'il est nécessaire **d'adapter le lieu de vie** de ces personnes. Parmi ces adaptations on note, une sécurisation des ascenseurs et des escaliers avec des codes, une fermeture des fenêtres, des objets

apaisants accrochés sur les murs, des couloirs dégagés pour faciliter et rendre la déambulation sécuritaire etc.

Enfin, Vanderheyden et autres (2017) ont analysé l'impact de ces unités sur les résidents en bénéficiant, leur entourage et le personnel. Pour les résidents, ils notent, l'absence de différence dans le taux de déclin fonctionnel, notamment dans la perte de poids, la marche, l'habillement, l'incontinence fécale et urinaire, etc. ; l'absence de différence dans les performances cognitives ; dans le taux d'hospitalisation ; moins de problèmes comportementaux ; une réduction de la contention physique et chimique et une participation aux activités plus importantes. Ils impliquent également les résidents d'unités ouvertes dans cette analyse en expliquant que le mélange de ces deux types de population (dément et saine) diminue le moral de cette dernière. Pour les familles, il existe un taux de satisfaction familiale plus élevé dans les unités spécialisées dans la démence. Enfin, Vanderheyden et col (2017) ajoutent que pour le personnel, l'affectation du personnel de soin est plus stable avec moins de turn-over ; la formation du personnel sur la démence est plus importante ; la satisfaction dans le travail augmente chez les infirmiers de ces unités ; la satisfaction dans le travail n'est pas associée directement à la présence d'une UVP, mais aux facteurs qui en découlent (supervision administrative, travail d'équipe, relation et proximité avec le résident, adaptation de l'environnement).

Ainsi, par l'offre de soins d'un service comme celui-ci, les conditions d'entrée se sont éclaircies au fil des années. A ce jour, le choix d'une entrée en unité ouverte ou protégée est fait lors de la réception du dossier par le médecin coordinateur de l'établissement et avec rencontre de la famille et/ou du résident par le reste de l'équipe pluridisciplinaire. Nous proposons ces lieux de vie aux personnes atteintes de pathologies neuro-évolutives à un stade avancé avec des troubles du comportement.

1.5. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHESES

Plusieurs études ont mis en évidence les intérêts bénéfiques au recours à l'unité de vie protégée pour les personnes ayant une pathologie neuro-évolutive à un stade avancé. Des effets positifs ont été retrouvés dans le cadre de leurs troubles du comportement et donc plus largement sur leur qualité de vie ainsi que celle de leur proche. A contrario, une nouvelle démarche voit le jour au sein du groupe LNA Santé amenant à favoriser la réinsertion de ces personnes en unités de

vie classiques autant que faire se peut. Soulignons également le questionnement quant au cadre légal de ces unités à ce jour inexistantes.

L'objectif de ce travail est précisément d'analyser l'ensemble des réponses des résidents d'unités ouvertes ainsi que des salariés de manière pluri professionnel afin d'améliorer nos pratiques par le biais de cette réflexion éthique. Ceci permettant également de sensibiliser les salariés aux démarches de réflexion éthique en ehpad.

A ce jour, aucune étude ne semble avoir observée l'impact d'une telle démarche sur ces différents acteurs. Par ailleurs, au regard de la revue de littérature réalisée, l'utilisation de cette démarche pourrait de prime abord nous amener aux trois hypothèses suivantes ; **une inquiétude serait ressentie de la part des résidents d'unités ouvertes et de leur famille (A)**, à ce jour peu confrontés à ces populations. Nous pourrions penser que les **soignants d'unités protégées auraient un sentiment de satisfaction de leur travail plus faible (B)**. Enfin, nous pourrions penser que **la prise en charge de ces résidents serait moins qualitative (C)** de par l'absence des caractéristiques majeures des UP (plus de soignants, mieux formées, ...)

2. PARTIE EXPERIMENTALE

2.1. POPULATION

21 personnes ont participé à cette étude, parmi lesquelles nous comptons 11 salariés pluri-professionnels, 6 résidents d'unité de vie classique et 4 personnes âgées se rendant en accueil de jour la semaine mais résidant à domicile (Tableau 1). Notre questionnement ayant émané d'une demande d'établissement et d'un désaccord entre collaborateurs, il était évident d'interroger ces derniers mais également les résidents, premiers concernés par notre questionnement. Notons par ailleurs qu'il est nécessaire de mêler points de vue et obédiences pour réaliser des réflexions éthiques et qu'ainsi, le choix de la population était sensé.

Les critères **d'inclusion** pour les salariés étaient : 1) être salarié au sein de l'établissement du Parc de la Touques 2) connaître les différences entre les deux types d'unité 3) connaître les pathologies neuro-évolutives et les troubles cognitivo-comportementaux associés. Les critères **d'inclusion** pour les résidents étaient : 1) résider au sein de l'établissement en unité ouverte 2) être en capacité cognitive de répondre aux questions. Afin de s'assurer de chacun de ces critères, des questions contrôles étaient posées aux participants.

Le consentement éclairé des sujets a été recueilli. Proposer cette procédure à l'établissement semblait cohérente, d'une part puisque la question éthique de l'utilisation de l'unité protégée reste d'actualité, d'autres part car la question de son utilisation comme intervention non médicamenteuse plutôt qu'en hébergement permanent émane récemment du groupe LNA Santé et amène à de multiples interrogations chez ses salariés.

CODE PARTICIPANT	MÉTIER	CONNAISSANCES UP	AVIS PRÉ-ENTRETIEN
MADAME CM	KINESITHERAPEUTE	✓	SANS AVIS
MADAME MF	ANIMATRICE	✓	SANS AVIS
MONSIEUR GE	IDE	✓	FAVORABLE
MONSIEUR ET	IDE	✓	SANS AVIS
MADAME EG	AS UP	✓	DÉFAVORABLE
MONSIEUR ER	AS UP	✓	DÉFAVORABLE
MONSIEUR NE	AS UO	✓	SANS AVIS
MADAME BV	AS UO	✓	DÉFAVORABLE
MADAME AB	AS UO	✓	DÉFAVORABLE
MADAME ML	DIRECTRICE D'EXPLOITATION	✓	FAVORABLE
MADAME AB	ADJOINTE DE DIRECTION	✓ (après explications)	FAVORABLE

Tableau 1 : Caractéristique des participants de l'étude salariés.

CODE PARTICIPANT	LIEU DE VIE	CONNAISSANCES UP	AVIS PRÉ-ENTRETIEN
MONSIEUR LG	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DEFAVORABLE
MADAME GJ	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DEFAVORABLE
MADAME NA	UNITÉ CLASSIQUE	✓	SANS AVIS
MONSIEUR LP	UNITÉ CLASSIQUE	✓	SANS AVIS
MADAME AJ	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DÉFAVORABLE
MADAME DM	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DÉFAVORABLE
MONSIEUR GX	DOMICILE (ADJ)	✓	SANS AVIS
MADAME PP	DOMICILE (ADJ)	✓	DÉFAVORABLE
MADAME JP	DOMICILE (ADJ)	✓	DÉFAVORABLE
MADAME LA	DOMICILE (ADJ)	✓	DEFAVORABLE

Tableau 2 : Caractéristique des participants de l'étude résidents.

2.2. MATERIEL ET METHODE

2.2.1. Organisation générale du protocole

Le protocole, organisé sur des semaines consécutives à duré quatre mois et s'est découpé en cinq étapes distinctes (cf tableau 3). La première étape fût de proposer l'étude et ses objectifs à la direction et après accords, aux résidents. La présentation du projet aux participants mais également aux autres professionnels de l'établissement du Parc de la Touques (cf [fiche de présentation annexes](#)) était nécessaire pour assurer l'adhésion de ces derniers qui, selon Erlich (1995) est un prérequis indispensable. Cette adhésion permettant d'engager une réflexion éthique collective sur le sujet. Une fois l'étude expliquée et validée par ces derniers il a été nécessaire de réaliser un référencement bibliographique des études déjà réalisées sur ce sujet et plus largement dans ce domaine. En effet, n'ayant recensé aucune étude dans cette même direction de réflexion, j'ai élargi mes recherches aux réflexions gravitants autour de la mienne pour m'aider à orienter mes réponses. L'une des étapes les plus importante dans cette dernière fût ma recherche sur l'aspect juridique de ma question. La troisième et quatrième partie de ma recherche,

correspondant à son expérimentation, fût la réalisation des entretiens semi-directifs auprès des résidents et des salariés. Enfin, l'ultime étape était d'analyser l'ensemble de ces verbatimes afin de répondre à mes hypothèses et ma problématique. Cependant, une sixième étape s'est ajoutée suite à un changement de situation professionnelle m'amenant à réaliser de nouveau des entretiens semi-directifs avec des salariés de mon nouvel établissement. Cette étape m'aura permis d'alimenter et ouvrir la réflexion initiale de mon travail.

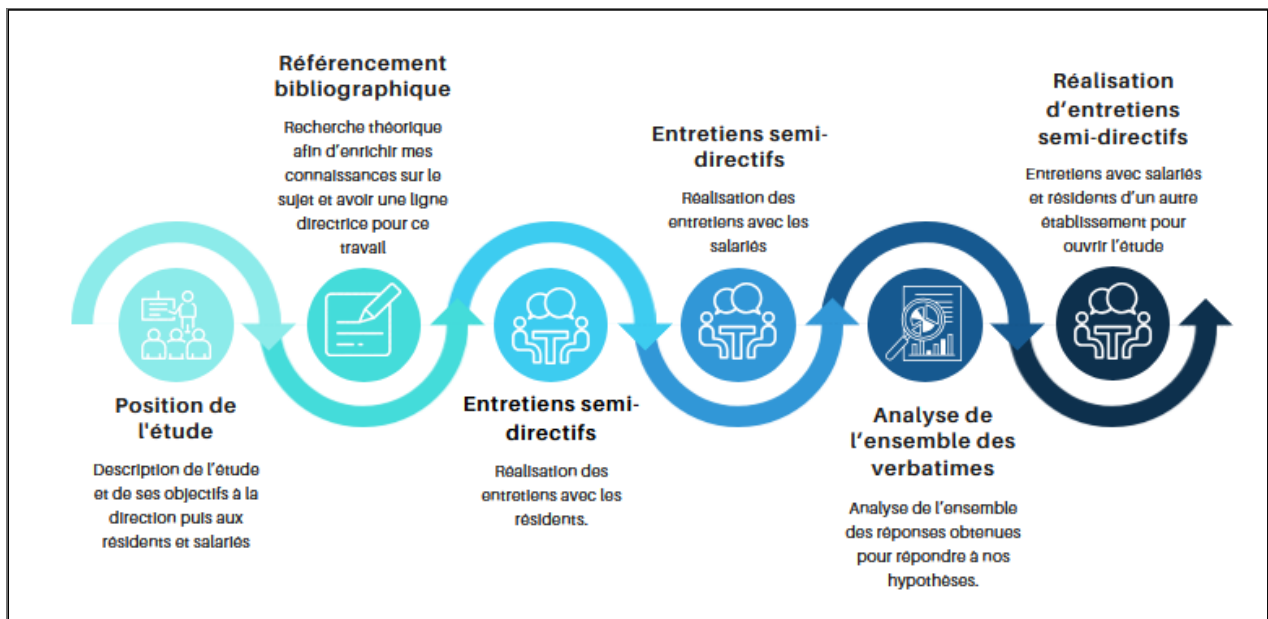


Tableau 3 : Schéma de l'organisation du protocole.

2.2.2. Procédure et déroulement

Afin de répondre à mes hypothèses j'ai fait le choix de réaliser des entretiens de recherche semi-directifs. Cet outil est un guide d'entretien composé d'une trame de questions ouvertes organisées en amont. En effet, l'intérêt de cette méthode est de diriger la réflexion sans la restreindre permettant la production d'un discours libre. L'attitude générale à avoir durant ces temps doit être neutre avec peu d'intervention dans le discours, une écoute active composée de relances et d'approfondissement voire de reformulation au besoin.

La première **hypothèse (A)** qui, pour rappel, supposait qu'une inquiétude serait ressentie de la part des résidents d'unités ouvertes et de leur famille. Dans l'objectif d'y répondre, 6 questions ont été posées aux participants :

Questionnaire destiné aux résidents d'unités ouvertes.

- ◆ *Quels impacts le retour en unité ouverte cela aurait pour eux ? Ainsi que pour vous ?*
- ◆ *Quels impacts cela aurait auprès des familles de ces résidents ? et des vôtres ?*
- ◆ *Qu'auriez-vous ressenti à votre entrée en ehpad si ces résidents étaient dans les mêmes lieux de vie que vous ?*

Questionnaire destiné aux salariés d'unités ouvertes

- ◆ *Quels impacts sur les familles des résidents d'unité ouverte ?*

Dans l'objectif de répondre à la seconde **hypothèse (B)** selon laquelle le sentiment de satisfaction au travail serait moindre pour les soignants d'unités protégées, 8 questions ont été proposées :

Questionnaire destiné aux salariés d'unités ouvertes

- ◆ *Pensez-vous pouvoir apporter les mêmes soins (type TNM) qu'en UP ?*
- ◆ *Quels impacts la réinsertion en unité ouverte pour ces résidents aurait pour vous ?*

Questionnaire destiné aux salariés d'unités protégées

- ◆ *Quels impacts la réinsertion en unité ouverte pour ces résidents aurait pour vous ?*

- ◆ *Seriez-vous satisfaits d'observer un turn-over plus conséquent auprès de ce type de résidents ?*
- ◆ *Pourriez-vous envisager les unités protégées comme des hébergements temporaires plutôt que permanents ?*
- ◆ *Quelles différences observez-vous entre une prise en charge de quelques semaines et une PEC de plusieurs mois/années ?*
- ◆ *En définitive, quel serait votre sentiment et satisfaction dans votre travail si vous n'interveniez qu'au moment où les troubles du comportement seraient trop conséquents pour les UO ?*
- ◆ *Pensez-vous que l'on pourrait apporter les mêmes soins (type TNM) qu'en UP ?*

Concernant, la troisième et dernière **hypothèse (C)** qui supposait que la prise en soins des résidents serait moins qualitative, 14 questions ont été posées aux participants.

Questionnaire destiné aux résidents d'unités ouvertes

- ◆ *Lors de votre entrée dans l'établissement, qui a fait le choix de la chambre et de l'unité de vie ?*
- ◆ *Si vous n'y avez pas participé, pensez-vous que cela limite vos libertés et votre individualité ?*
- ◆ *Dans le cas où vous ne seriez plus en état d'exprimer vos besoins, quels seraient vos ressentis si l'établissement faisait le choix de vous changer de lieu de vie ?*
- ◆ *Pour vous, quels intérêts au fait d'avoir toujours la même équipe de soignants ?*
- ◆ *Pouvez-vous me lister les critères impératifs à votre bien être au sein de l'établissement ?*

Questionnaire destiné aux salariés d'unités ouvertes et protégées

- ◆ *Quels bienfaits observez-vous auprès des résidents d'UP ?*
- ◆ *Quels inconvénients observez-vous également ?*
- ◆ *A quel moment de leur prise en charge pensez-vous que nous pourrions les réintégrer en milieu ordinaire (unité ouverte) ?*
- ◆ *Comment pourrions-nous nous assurer de l'accord du résident dans cette démarche ?*
- ◆ *Dans quelle mesure il serait possible d'en tirer les mêmes bénéfices ?*
- ◆ *Quels seraient les bénéfices pour ces résidents dans la réinsertion en unité classique ? quels seraient les inconvénients ?*

- ◆ *Quels bénéfices et inconvénients cela aurait sur les résidents d'UO ?*
- ◆ *Comment envisageriez-vous l'inclusion de ces résidents en UO ?*

Questionnaire destiné aux salariés d'unités protégées

- ◆ *Quels impacts sur les familles de ces résidents auraient une telle démarche ?*

Par ailleurs, pour répondre à l'ensemble de ces questions il était indispensable que les participants connaissent les fondements et fonctionnements des unités protégées pour éviter les biais durant l'étude (*cf critères inclusion*). Ainsi, une question a été proposée au début de chaque entretien afin de s'en assurer.

2.2.3. Hypothèses et analyses

Notre objectif était d'analyser l'ensemble des réponses des résidents ainsi que des salariés de manière pluri-professionnelle afin d'améliorer nos pratiques par le biais de cette réflexion éthique. Ceci permettant également de sensibiliser les salariés aux démarches de réflexion éthique en EHPAD. Ainsi, afin de vérifier les trois hypothèses proposées pour cette étude, j'ai dans un premier temps listé des questions qui nous permettraient d'orienter les réponses, en classant ces dernières par catégorie (impact sur les résidents, sur les familles et sur les salariés) puis en procédant en entonnoir pour orienter vers la problématique posée plus tôt. Afin de procéder à l'analyse des résultats, pour chaque question j'ai relevé les mots ou éléments équivalents pour définir le nombre de personnes ayant des avis similaires ou contraires. C'est de cette manière que j'ai pu déduire l'avis majoritaire et ainsi répondre à mes hypothèses. J'ai également relevé des verbatims représentatifs de l'avis majoritaire ou ayant été davantage développé pour approfondir la réflexion.

3. RESULTATS

Concernant la **première hypothèse (A)** ce sont des salariés d'unités ouvertes, des résidents de ces mêmes unités et des personnes âgées qui ont été sondés. Sur les 7 salariés, 5 ont pensé que les familles des résidents d'unités ouvertes seraient impactées négativement par ce fonctionnement. Parmi les mots revenant régulièrement dans leur discours nous pouvons relever « *jugements* » « *effet miroir* » « *peur* ». Les salariés m'ont fait part de retours de familles qui

jugeaient négativement la présence de résidents atteints d'un point de vue physique et/ou cognitif. Dans ces retours, des familles pensant que cela allait diminuer le niveau cognitif de leur proche en côtoyant ces résidents, que leur proche n'allait pas avoir de liens sociaux comme ils l'espéraient ou encore disant que ces personnes pouvaient avoir tendance à crier et déranger les autres résidents. Sur ces 5 salariés nous retrouvons trois aides-soignants et deux professionnels paramédicaux. Les 2 salariés restants pensent qu'aucun impact ne serait retrouvé sur les familles puisque les résidents concernés par ces changements sont des résidents en fin de vie ou apathiques. Notons que ces deux salariés sont des employés de bureaux.

Concernant les résidents, trois questions ont été posées pour répondre à cette hypothèse. La première étant de s'exprimer sur les potentiels impacts (positifs comme négatifs) sur eux et les résidents d'unités protégées. Sur les 10 résidents interrogés, l'ensemble a répondu que le mélange de profils serait délétère pour tous. Nous relevons parmi les réponses, des éléments tels que « *liens sociaux* » « *angoisses* » « *perturbation* ». Une résidente a par ailleurs relevé un élément intéressant, expliquant qu'elle entendait déjà quotidiennement des moqueries sur les résidents ayant des troubles légers et qu'ainsi, elle supporterait difficilement d'en entendre davantage. Notons qu'un argument est ressorti pour l'ensemble des résidents interrogés, ce dernier étant l'impossibilité de nouer des liens avec ces résidents. Également, ils craignent de subir moralement la présence de personnes très atteintes. Une question posée aux résidents consistait à lister l'ensemble des éléments qu'ils considèrent comme nécessaire à leur bien-être. Dans ce listing nous retrouvons de manière systématique les liens sociaux. Notons cependant les termes de « *liberté* » et « *environnement* » reconnus par l'ensemble des résidents, appuyant ainsi la réflexion de l'intérêt et l'utilisation de l'unité protégée.

La seconde question pour répondre à l'hypothèse concernait l'impact auprès des familles de l'établissement. 9 résidents ont pensé que cela serait compliqué pour ces dernières pour les raisons suivantes : les familles d'UO pourraient être gênées, ne sachant pas comment agir auprès de ces résidents, certaines pourraient projeter ces états sur leur proche et développer de l'angoisse ou encore ressentir de la tristesse lors de leurs visites et ainsi les limiter. Parmi ces résidents, l'une d'elle m'a fait part d'une expérience récente similaire. Un résident d'unité protégée aurait emprunté l'ascenseur se retrouvant confronté à la fille de madame, cette dernière n'aurait pas su comment réagir et aider le résident dont le discours n'était pas sensé et aurait été impactée par cet échange. **Notons que les retours des résidents coïncident avec ceux des salariés.** Pour le dernier résident, il pense que ce ne serait pas difficile pour sa propre famille puisque cette dernière a été confronté à la maladie (la femme de monsieur était atteinte de la maladie

d'Alzheimer). Ainsi, seul le résident ayant connu cette maladie par le biais d'une expérience personnelle pensait que cela ne serait pas une difficulté pour les familles.

Enfin, la troisième question concernait l'impact de ce fonctionnement sur l'entrée des personnes âgées en établissement. En effet, l'étape de l'arrivée en ehpad est majoritairement difficile pour les résidents puisque, en dépit de leur évolution, ces établissements sont encore largement associés à l'idée d'hospice et de mouroir selon Dorange (2005). Ainsi, la présence de résidents au profil apathique voire en fin de vie pourrait donc aggraver ce sentiment allant jusqu'à limiter les entrées en institution. Sur les 10 résidents interrogés, 6 ont exprimé qu'ils ne seraient potentiellement pas entrés dans l'établissement dans ce contexte. Concernant les 4 autres, ces derniers ont expliqué ne pas se souvenir de leur entrée (situations post hospitalisation), décidés pour l'ensemble par leurs proches. Ainsi, ils ne savaient pas si un tel mélange de profils aurait eu une incidence. Certains résidents ont développé leur réponse avec des arguments notamment madame PP, personne âgée résidant à domicile « *moi je ne viendrais pas, car ça m'attristera trop au quotidien de les voir, ça me ferait penser à plus tard pour moi, en plus si je viens ici c'est pour rencontrer du monde et là ce serait difficile. C'est un pas difficile à franchir, on a besoin de réassurance, de stabilité, d'être avec des personnes qui nous ressemblent.* »

Ainsi, nous observons dans les retours des salariés et résidents une certaine méfiance quant à la démarche proposée avec des inquiétudes posées sur la réaction des proches et leur ressenti mais aussi sur les résidents qui expriment être en demande de liens sociaux, ce qui ne serait pas réalisable dans ces circonstances. Nous pouvons donc **approuver notre hypothèse** qui supposait qu'une inquiétude serait ressentie de la part des résidents et familles.

Concernant la **deuxième hypothèse (B)** selon laquelle les salariés auraient un sentiment de satisfaction au travail moins important dans le cadre d'un tel turn-over de résidents, des salariés des deux types d'unités ont été interviewés. Diverses questions de l'interview permettent d'orienter la réponse à cette hypothèse. Les questions se basaient sur l'impact dans leur travail, leur ressenti, les possibilités de soins et leur satisfaction quant à cette procédure.

Les salariés interrogés travaillant en unités ouvertes se sont tous accordés pour dire qu'ils auraient des difficultés à prodiguer les mêmes soins que ceux proposés en unités protégées par manque de temps (argument revenant systématiquement). En effet, pour rappel Vanderheyden, (2017) explique que les UP sont adaptées en nombre et en taille afin de permettre aux salariés de prendre en soins cette population nécessitant souvent plus de temps dans le cadre de leurs troubles cognitivo-comportementaux. Dans le terme « **soins** », les salariés ont précisé qu'ils

parlaient notamment d'interventions non médicamenteuses voire de soins d'hygiène. C'est Mathiot (2022) qui explique que, le sentiment d'accomplissement dans le contexte professionnel est essentiel à l'épanouissement d'un salarié et donc moteur de productivité et créativité. Les salariés rattachés aux unités protégées ont tous été dans la même direction de réponses avec notamment le terme « *frustration* » exprimé lors de 3 entretiens. L'une d'eux a étayé sa réponse en expliquant que « *tout ce qui serait mis en place au sein de l'unité ne sera pas forcément transposable dans une autre* ». Une autre exprimant que « *les liens créés avec le résident sont très importants pour ces derniers mais également pour les salariés afin d'accompagner au mieux le résident en le connaissant et en l'ayant vu évoluer* ». Par ailleurs, notons également que trois salariés ont fait part de leur questionnement quant aux familles, se demandant comment ils pourraient accompagner comme ils le désirent ces dernières si les résidents changeaient d'unité.

Ainsi, par l'ensemble des retours nous pouvons affirmer que le sentiment de satisfaction au travail et donc d'épanouissement professionnel serait moindre dans le cadre de turn-over des résidents.

La **troisième hypothèse (C)** supposait que la prise en soins des résidents serait moins qualitative dans le cadre d'une telle démarche. Pour y répondre, résidents et salariés ont été interrogé au travers de diverses questions.

Pour les **résidents** interrogés, les questions nous permettent de déduire ce que les résidents d'unité protégée, en incapacité de s'exprimer peuvent ressentir sur le choix de leur lieu de vie. Une autre question basée sur la régularité des équipes nous permet également d'orienter la réponse. Enfin, pour élargir leur réponse, la dernière question supposait de lister l'ensemble des critères impératifs à leur bien-être au sein de l'établissement. Pour l'ensemble des résidents, le choix d'entrée en institution fût réalisé par eux-mêmes ou par un membre proche de leur famille (enfant ou conjoint). Lorsque le choix fût réalisé par un proche, aucun d'entre eux n'a pensé que cela limitait leur liberté et individualité car ce sont pour chacun, leur personne de confiance. Enfin, dans le cas où ils ne seraient plus en capacité d'exprimer leur souhait, tous souhaiteraient que ce soit leur.s enfant.s uniquement qui prennent une décision en leur nom. Par ailleurs, les éléments que les résidents relèvent d'essentiels pour leur bien-être sont listés comme suit : la stabilité du personnel ; la qualité des repas ; la douceur et gentillesse ; la confiance ; une bonne connaissance de leurs besoins, habitudes et histoire de vie. Parmi ces éléments, certains sont révélateurs d'un besoin de stabilité une fois entré en institution. Cette stabilité permet le développement d'une

confiance mutuelle en se connaissant pour répondre au mieux aux attentes des résidents et favoriser ainsi leur bien-être.

Concernant les **salariés**, ces derniers sont unanimes sur les bienfaits retrouvés : maintien des repères et donc diminution de l'anxiété ; évite les sorties inopinées ; favorise le sentiment de sécurité du résident ; favorise les liens sociaux et limite le risque d'exclusion sociale ; permet un accompagnement des troubles du comportement plus approfondi et adapté, permet de développer un sentiment d'appartenance à un groupe et enfin offre un accompagnement adapté aux familles. Concernant les inconvénients de cette prise en soin notons que l'environnement peut être restrictif, manquant parfois d'un extérieur, pas toujours adapté à la déambulation et souvent difficile dans le cadre d'émulation de troubles du comportement. Dans le cas où nous proposons cette prise en charge, il serait essentiel de pouvoir obtenir une prise en soin tout aussi qualitative. Un salarié exprime que, bien que l'ensemble des résidents doivent bénéficier des mêmes soins (au sens large du terme), sur le terrain nous savons que les résidents d'unités ouvertes, étant plus nombreux, ne bénéficient pas du même temps de soins (ratio personnel/résidents moindre). Par ailleurs, dans le cadre d'une sortie de l'UP, les résidents sont plus apathiques donc nécessitent plus d'aide et ainsi plus de temps pour l'équipe. Cette dernière étant en contradiction avec l'élément apporté plus tôt. Lors des entretiens, aucun bénéfice n'est listé par les salariés dans le cadre de ce fonctionnement. Cependant, les inconvénients seraient, selon ces mêmes personnes, le regard des autres, le manque de lien sociaux (différence de capacités cognitives entre résidents), le jugement, perte de l'aspect cocooning et enrobant des UP. Notons, une fois encore, un désaccord entre salariés. Les deux salariés de bureau pensent qu'il est possible d'en obtenir les mêmes bénéfices en formant de manière uniforme toutes les équipes (aux troubles du comportement notamment). Seulement 4 salariés ont pensé qu'il pouvait y avoir un moment dans la prise en charge où nous pourrions proposer un retour en unité classique. Pour chacun, il ne serait possible de proposer une telle prise en soin qu'en fin de vie ou lorsque le résident serait complètement apathique. Pour les autres, les intérêts d'un retour en unité classique seraient bien moindres comparés aux intérêts d'une fin de vie en unité protégée (garder leurs repères, les liens avec les salariés, les liens avec l'entourage, ...). Par ailleurs, tous, à l'exception d'une salariée (bureautique) pensent qu'il n'est pas possible d'obtenir l'accord des résidents à ce stade de la pathologie. Ainsi, il n'est pas envisageable de changer de lieu de vie si nous ne pouvons demander l'avis au résident concerné. Par ailleurs, pour l'envisager il serait nécessaire d'allouer du temps en équipe pluridisciplinaire pour échanger sur chacun des profils et échanger également avec les familles de ces résidents.

Pour l'ensemble des salariés interrogés à l'exception de ceux en bureautique, cette proposition de prise en soin n'est pas concevable pour de multiples raisons : l'accord du résident ne peut être récolté puisque seuls les cas de fin de vie ou d'apathie prononcée ne pourraient bénéficier de cette proposition. En effet, avant cet état psycho-moteur les inconvénients seraient plus nombreux que les avantages dans le cadre d'un retour en unité ouverte (jugements multiples des autres résidents, perte de liens sociaux, perte des interventions non médicamenteuses, des temps alloués pour les soignants, perte des activités adaptées, ...). Notons que quatre salariés n'ont pris position qu'à la fin de l'entretien. Les résidents interrogés étaient tous d'accord pour dire que cette procédure ne leur serait pas favorable pour plusieurs raisons : écarts de capacités cognitives trop importantes pour échanger des liens, tristesse à la vue de ces résidents, sentiment de peur ressentie, impacts potentiels sur leur famille, ...

CODE PARTICIPANT	MÉTIER	CONNAISSANCES UP	AVIS PRÉ-ENTRETIEN	AVIS POST-ENTRETIEN
MADAME CM	KINESITHERAPEUTE	✓	SANS AVIS	DEFAVORABLE
MADAME MF	ANIMATRICE	✓	SANS AVIS	DEFAVORABLE
MONSIEUR GE	IDE	✓	FAVORABLE	DEFAVORABLE
MONSIEUR ET	IDE	✓	SANS AVIS	DEFAVORABLE
MADAME EG	AS UP	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MONSIEUR ER	AS UP	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MONSIEUR NE	AS UO	✓	SANS AVIS	DEFAVORABLE
MADAME BV	AS UO	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MADAME AB	AS UO	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MADAME ML	DIRECTRICE D'EXPLOITATION	✓	FAVORABLE	FAVORABLE
MADAME AB	ADJOINTE DE DIRECTION	✓ (après explications)	FAVORABLE	FAVORABLE

Tableau 4 : Récapitulatif avis post-entretiens des participants salariés

CODE PARTICIPANT	LIEU DE VIE	CONNAISSANCES UP	AVIS PRÉ-ENTRETIEN	AVIS POST-ENTRETIEN
MONSIEUR LG	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DEFAVORABLE	DEFAVORABLE
MADAME GJ	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DEFAVORABLE	DEFAVORABLE
MADAME NA	UNITÉ CLASSIQUE	✓	SANS AVIS	DEFAVORABLE
MONSIEUR LP	UNITÉ CLASSIQUE	✓	SANS AVIS	DEFAVORABLE
MADAME AJ	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MADAME DM	UNITÉ CLASSIQUE	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MONSIEUR GX	DOMICILE (ADJ)	✓	SANS AVIS	SANS AVIS
MADAME PP	DOMICILE (ADJ)	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MADAME JP	DOMICILE (ADJ)	✓	DÉFAVORABLE	DEFAVORABLE
MADAME LA	DOMICILE (ADJ)	✓	DEFAVORABLE	DEFAVORABLE

Tableau 5 : Récapitulatif avis post-entretiens des participants résidents

4. DISCUSSION

La littérature présente dans le domaine du recours à l'unité de vie protégée dans un cadre temporaire sont pauvres cependant, nos résultats sont encourageants pour poursuivre cette question d'une manière plus large qu'à un seul établissement. Bien que nos hypothèses n'est pu être objectivées statistiquement, nous avons observés des avis majoritairement similaires pour chacune d'elles nous permettant d'orienter la réponse à ces dernières.

4.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS

La première **hypothèse (A)** de cette étude était qu'une inquiétude serait ressentie de la part des résidents d'unités ouvertes et de leur famille si les résidents d'unités protégées, donc, atteints de pathologie neuro-évolutives à des stades modérés à avancés intégraient des unités classiques. Par les retours des salariés et notamment des résidents, nous pouvons répondre favorablement à cette hypothèse. Ces derniers semblent déjà anxieux dans le cadre d'un échange sur cette

éventualité. Les salariés quant à eux, relèvent des situations problématiques déjà connues pour des situations similaires et s'accordent tous à penser que cette procédure ne seraient pas bénéfiques aux résidents. Seulement deux collaborateurs ne partagent pas la même pensée, cependant relevons qu'ils ne travaillent pas auprès des résidents mais dans l'administration.

La seconde **hypothèse (B)** supposait que le sentiment de satisfaction au travail serait moindre pour les soignants d'unités protégées. Cependant, au cours de l'étude nous nous sommes aperçus que, pour l'ensemble des salariés, quelle que soit l'unité de vie, le recours à cette procédure c'est à dire, le changement d'unité lors d'une fin de vie ou lors d'aggravation de la pathologie, ne permettrait pas de réaliser des soins et un accompagnement optimal voire, rendrait le travail quotidien encore plus rude pour eux. Les divers apports en psychologie du travail ainsi qu'études diverses sur le sentiment d'accomplissement professionnel nous permettent de répondre favorablement à cette hypothèse en incluant également les salariés d'unités ouvertes.

La troisième et dernière **hypothèse (C)** de notre étude supposait que la prise en soins des résidents serait moins qualitative dans le cadre de cette démarche. Les échanges effectués auprès des salariés et résidents nous permettent également de répondre favorablement à cette hypothèse pour les diverses raisons listées plus tôt. Par ailleurs, certains salariés ont également fait part d'essais déjà réalisés dans cette démarche (changement d'unité en cas d'apathie du résident) qui avaient tous été un échec pour les collaborateurs (insatisfaction dans la prise en charge, difficultés ressenties, incompréhension des familles dans le cadre de ce changement, retour des troubles du comportement du résident, ...) et les résidents qui retournaient systématiquement en unité protégée. Aucun essai n'a cependant été effectué dans le cadre d'une prise en soins de fin de vie.

Pour l'ensemble des entretiens, les collaborateurs et résidents ont émis leur avis pré et post échange. Notons que sur les quatre salariés qui n'avaient pas d'avis sur la procédure ont terminé l'entretien en pensant que cette dernière ne serait pas adaptée pour le bien être des résidents. Pour l'ensemble des entretiens j'ai fait le choix de peu orienter l'avis des salariés en essayant plutôt de relancer leur réflexion par le biais de questions.

4.2. REFLEXIONS AUTOUR DE LA METHODOLOGIE

Les limites dans le choix de l'étude : au cours des entretiens avec l'ensemble des participants, notamment collaborateurs, j'ai remarqué la difficulté rencontrée par l'ensemble de

ces derniers pour répondre à la question générale. Cette difficulté fût ressentie par la largeur de la question. Il est difficile d'avoir un avis tranché sur une telle question alors que chaque cas doit être pris et réfléchi en équipe dans son individualité. Lors des échanges avec les salariés, nous pouvions illustrer les réflexions avec les résidents actuellement en unité protégée mais il aurait été intéressant d'introduire officiellement ces exemples dans l'étude.

Les limites concernant la méthodologie : le choix d'une analyse qualitative n'était pas idéal pour rendre plausibles mes conclusions. Par ailleurs, réaliser des temps d'échange en pluri-professionnel aurait amélioré la qualité de l'étude puisque pour le moment, aucun salarié n'a pu confronter son point de vue à celui d'un autre à mon exception. Ainsi, nous ne pouvons exclure un biais dans l'étude puisque j'ai réalisé seule le questionnaire, posé les questions et involontairement orienté les réponses. Réaliser des groupes d'échange aurait permis de favoriser les réflexions et ainsi maximiser les points de vue. Notons également qu'il aurait été pertinent de confronter les points de vue des salariés de bureau à ceux de terrain qui étaient divergents.

Les limites dans la sélection des participants : enfin, la plus grande limite de l'étude aura été la sélection des participants. Durant cette dernière, seule un établissement aura été sondé (résidents et collaborateurs) limitant ainsi les points de vue puisque ce dernier est ancré dans l'ehpad et donc son mode de fonctionnement. Cette dernière limite m'est notamment apparue lors de mon embauche au sein d'un nouvel établissement, ayant un fonctionnement différent du dernier. Leur vision et utilisation de l'unité de vie protégée est différente de celle du Parc de la Touques engendrant ainsi, de fait, une approche différente dans le cadre d'un retour en unité de vie ouverte. J'ai ainsi interrogé la direction de ce nouvel établissement pour comparer les points de vue et ouvrir la réflexion quant à la problématique générale, l'intérêt de favoriser la réinsertion de ces personnes en unités de vie classiques autant que faire se peut. L'orientation des résidents en unité protégée ne se fait pas selon les mêmes critères, seuls les résidents présentant des troubles du comportement productifs avancés (c'est-à-dire, avec besoin d'une présence constante) et ayant un risque de fugue sont orientés en unité de vie protégée. L'infirmière coordinatrice explique par ailleurs que l'établissement ne possédant qu'une seule UP (28 places), il est nécessaire de prioriser des profils par rapport à d'autres. La directrice de l'établissement ajoute également que ce dernier est sécurisé qu'elle que soit l'unité de vie (fenêtres en oscillo-battant et codes pour accès aux escaliers). L'aménagement de l'établissement joue également un rôle sur le choix de l'unité de vie, en effet, au Parc de la touques les escaliers sont en libre accès favorisant le risque pour les

résidents déambulants et désorientés dans le temps et l'espace. Ainsi, la Villa Bérat a recours à l'UP lors d'aggravation de la pathologie, la majorité de leurs résidents vivants dans un premier temps en unité classique. De ce fait, les collaborateurs interrogés expliquent envisager un retour en unité ouverte une fois le résident devenu apathique ou en fin de vie dans l'objectif d'ouvrir de nouvelles places à des résidents se mettant en danger actuellement en unité classique ou ayant besoin de soins privilégiés. Notons par ailleurs qu'à la différence du Parc, la direction de l'EHPAD de la Villa Bérat possède les mêmes avis que ses salariés (IDEC, soignants, MEDEC). Le ressenti général de l'ensemble des collaborateurs des deux établissements est que d'un côté, la direction met au cœur les entrées et recettes de l'établissement alors que de l'autre la direction met à cœur le bien être du résident, priorisant leurs besoins aux nouvelles entrées et rentabilité.

4.3. QUEL(S) APPORT(S) ?

Cette étude m'aura permis d'expérimenter la réflexion éthique et ainsi développer des compétences en ce domaine. Elle aura été difficile à traiter pour deux raisons principales : la complexité de la question et le manque d'éléments théoriques à ce sujet dans une littérature qui traite davantage de l'entrée en unité protégée que de la sortie de cette dernière. Cette difficulté aura cependant favorisé la réflexion active, l'écoute de multiples points de vue et des échanges formateurs entre collaborateurs. L'ultime difficulté de mon travail aura été lors de mon changement d'emploi puisque celui-ci a précipité la récolte de données d'une part, et ne m'a pas permis de récolter l'avis des familles, d'autre part car les deux établissements réfléchissent différemment lors du choix d'orientation de lieu de vie. Cependant, une fois encore, cela aura alimenté ma réflexion m'amenant à une conclusion moins tranchée que celle que je pensais avoir il y a un an de cela.

Concernant l'établissement qui avait fait émerger cette question, cette étude aura été bénéfique à l'établissement puisqu'elle aura imposé des temps de réflexions entre collaborateurs, temps souvent difficile à s'accorder aux vues des situations de sous-effectif et de surcharge de travail. Par ailleurs, selon les salariés interrogés ou non, cette étude aura développé un regard différent quant à l'éthique. En effet, au démarrage de mon travail, peu de collaborateurs et aucun résident (interrogé) ne connaissait et ne pouvait définir le concept de l'éthique. A la fin de celui-ci, la majorité des salariés avait la capacité d'en donner une définition et était motivée à l'idée d'intégrer les réflexions éthiques à leur quotidien.

La place de l'éthique est centrale dans les EHPAD, j'espère avoir fait comprendre aux collaborateurs que celle-ci n'est pas une tâche supplémentaire ni un règlement moral. Définie par la HAS (2010) comme une réflexion qui vise à déterminer le « bien agir » en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. L'éthique nous aide à mieux accompagner les personnes en situation de dépendance, à travailler tous ensemble pour leur permettre de vivre pleinement (Monneron, 2020). En pratique, nous pouvons même affirmer que les collaborateurs ont déjà esquissé des démarches de réflexions éthiques lors de réunions d'équipe ou temps d'échange informels. Pelluchon (2020) explique que l'éthique est favorisée par les échanges que les membres du personnel ont entre eux mais ceci suppose qu'il y ait des lieux dédiés à ces échanges et que la confiance entre les soignants et entre les soignants et la direction ne soit pas érodée. Cet examen permet aux soignants d'apprécier l'adéquation entre leurs valeurs et les fins en vue desquelles ils ont choisi ce métier, d'une part, et les moyens mis à leur disposition, d'autre part. Il peut les aider à voir s'ils ont une marge de manœuvre et à réfléchir à ce qu'ils pourraient faire dans le respect du résident et d'eux-mêmes. Dans le cas où l'application homogène des normes les contraindrait à trahir leur sens moral, ils doivent s'en ouvrir à leur hiérarchie et demander s'il ne serait pas légitime d'interpréter les normes, qui sont toujours générales, et de les appliquer de manière contextualisée (Pelluchon, 2020). Comme l'explique Boullard (2022), un des enjeux majeurs de l'éthique est de lutter contre la maltraitance. C'est un phénomène complexe à appréhender en raison des formes multiples et souvent combinées qu'elle peut revêtir (physiques, sexuelles, psychiques, matérielles et financières, etc.), de son lieu de survenance (à domicile ou en institution), des mécanismes à l'œuvre (violence ou négligence), de la victime et de l'échelle de responsabilité (individuelle et/ou collective et/ou institutionnelle). Elle fait donc l'objet de diverses définitions (Conseil de l'Europe, 1987 (*citée par ANESM, 2012, p. 1*) et 1992 ; enfants : HCDH, 1989 et OMS, 1999 ; adultes : HCCH, 2000 ; personnes âgées : OMS, 2016) et selon ce même auteur, c'est cette absence de langage commun qui contribue au manque de coordination de la pluralité des acteurs impliqués dans le repérage, l'alerte et le traitement des risques et situations de maltraitance. En institution, la pénurie de personnel, le manque de formation ou encore l'épuisement constituent d'autres formes de risques. La vulnérabilité relève donc autant de facteurs individuels que contextuels puisqu'il existe des fragilités personnelles mais aussi des environnements et des lieux qui vulnérabilisent (Beaulieu *et al.*, 2019).

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique au sein de l'établissement du Parc de la Touques à partir d'une proposition de prise en charge nouvelle par le groupe LNA SANTE. Pour arriver à cet objectif, une analyse des récits de résidents, de personnes âgées vivants à domicile et de salariés de diverses professions a été effectuée à la suite d'entretiens individuels semi-directifs. Ce travail permettant ainsi d'améliorer les pratiques des collaborateurs en formant à la démarche de réflexion éthique.

Divers auteurs ont mis en lumière les nombreux bénéfices à la prise en soins par le biais d'unités protégées pour les résidents atteints d'une pathologie neuro-évolutive à un stade modéré à avancé. Ces bénéfices sont notamment retrouvés dans le cadre de la gestion des troubles du comportement et ainsi, pour leur qualité de vie ainsi que celle des proches. A l'instar de cette démarche, le groupe LNA santé souhaite favoriser le retour des résidents en unités de vie classiques. Cette démarche questionnée par les salariés de l'établissement a fait émerger trois hypothèses. Les discours des salariés ainsi que des résidents amènent à valider l'hypothèse selon laquelle une inquiétude serait ressentie par les résidents vivants en unité classique ainsi que leur famille. De même, les échanges par le biais des entretiens individuels ont permis de valider l'hypothèse selon laquelle les salariés d'unités protégées auraient un sentiment de satisfaction dans leur emploi plus faible. Notons également que les retours des salariés permettent également de penser que les salariés d'unités classiques auraient également un impact sur leur sentiment de satisfaction et donc de bien être dans le cadre professionnel. Enfin, les retours de ces trois acteurs amènent à valider l'ultime hypothèse de cette étude selon laquelle les résidents seraient tributaires d'une démarche à prise en soins moins qualitative.

Cette étude émettrait ainsi l'avis d'un retrait de la procédure au sein de l'établissement. Le bien-être du résident étant le cœur de notre travail, leur avis et point de vue doit être central pour notre décision tout en prenant en compte les différents risques et bénéfices pour ces derniers. Cependant, mon changement de lieu d'exercice aura apporté une nuance non négligeable à cette conclusion : il est nécessaire de prendre en compte tous les paramètres itinérants à une question éthique. Pour cette étude, la conclusion est presque unanime. Cependant, dans ce nouvel établissement, l'unité de vie protégée n'est pas perçue et utilisée de la même façon. Cette dernière n'est pas un lieu de vie mais une étape intermédiaire à la prise en charge des résidents. Cette procédure offrant (après interview de l'IDEC) une prise en soins adaptée pour les résidents présents dans l'établissement. A la différence du Parc de la Touques et de sa direction, qui

souhaitait favoriser les nouvelles entrées car plus de demandes se faisaient pour ces lieux de vie. Cette étude aura ainsi permis de comprendre que, parler de la dignité et de l'intimité des résidents ne suffit pas, il faut se rendre compte de la situation réelle, de leurs difficultés et ceci, en étant auprès des personnes concernées. L'éthique se façonne au cas par cas, en fonction de chaque personne, au sein d'une réflexion collective et d'une concertation avec tous.

RÉSUMÉ

L'HAS définit l'éthique comme une réflexion qui vise à déterminer le « bien agir » en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. Selon Monneron (2020) l'éthique nous aide à mieux accompagner les personnes en situation de dépendance, en travaillant de façon pluri-professionnelle pour leur permettre de vivre pleinement. L'objectif était de recueillir l'avis de résidents et salariés sur une nouvelle procédure de prise en soin : le retour de résidents à un stade avancé de leur pathologie démentielle en unité de vie classique. Onze salariés et dix résidents ont été inclus à l'étude par le biais d'entretiens semi-directifs individuels. Les retours ont permis de dessiner une tendance de pensée majoritaire qui serait défavorable à la procédure pour des raisons liées aux différences dans les capacités cognitives (limitant les interactions sociales), aux besoins en soins, accompagnements et stabilité du personnel ainsi que de l'environnement. Ainsi, les trois hypothèses selon lesquelles : une anxiété serait perçue par les résidents et familles d'unités ouvertes ; le sentiment de satisfaction au travail serait amoindri pour les soignants ; la prise en soins serait moins qualitative, ont été approuvées.

mots clés : éthique ; ehpad ; unité protégée ; résidents ; salariés ; bien être ;

ABSTRACT

The HAS (Haute Autorité de Santé) defines ethics as a reflection aimed at determining "good practice" while considering the constraints related to specific situations. According to Monneron (2020), ethics helps us better support individuals in dependent situations by working in a multi-professional manner to enable them to live fully. The objective was to gather the opinions of residents and staff on a new care procedure: the return of residents at an advanced stage of their dementia to a regular living unit. Eleven staff members and ten residents were included in the study through semi-structured individual interviews. The feedback helped to outline a majority viewpoint that would be unfavorable to the procedure for reasons related to differences in cognitive abilities (limiting social interactions), needs for care, support, and stability of staff and the environment. Thus, the three hypotheses that: anxiety would be perceived by residents and families in open units; job satisfaction would be diminished for caregivers; and the quality of care would be lower, were confirmed.

keys words : Ethics ; Nursing Home ; Protected Unit ; Residents ; Employees ; Well-being

BIBLIOGRAPHIE

Agid, Y. (2020). Qu'est-ce que vieillir ? Huit questions importantes pour comprendre le vieillissement. Dans : Dominique Monneron éd., *Éthique du grand âge et de la dépendance* (pp. 205-222). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/puf.droit.2020.02.0205>

Belleville, S., Villeneuve, S., Peters, F. & Protat, S. (2010). Fardeau vasculaire, cognition et vieillissement. *Revue de neuropsychologie*, 2, 106-113. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.1684/nrp.2010.0065>

Bérard, A. (2016). L'évolution de la politique de santé face à l'enjeu du vieillissement de la population. *Vie sociale*, 15, 131-147. <https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0131>

Boullard, C. (2022). Maltraitance et vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 44(169), 35-47. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/gs1.169.0035>

Cap retraite. (2024). *Unité protégée Alzheimer et Cantou*. Cap retraite. <https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/types-de-maison/unite-protgee-alzheimer/>

Boullard, C. (2022). Maltraitance et vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 44(169), 35-47. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/gs1.169.0035>

Conrath, P. (2016). Psychologues en ehpad: À l'écoute des personnes âgées. *Le Journal des psychologues*, 336, 20-20. <https://doi.org/10.3917/jdp.336.0020>

Daunj, D. (2018). Parcours et récits biographiques d'infirmiers chercheurs : de l'engagement dans la démarche de recherche à la transformation de soi. *Le sujet dans la cité*, N7, 165-181. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.hs07.0165>

Depris, C. (2017). Chapitre 12. Le nursing spécialisé pour patients en déclin cognitif. Dans : Jean-Émile Vanderheyden éd., *Démence et perte cognitive: Prise en charge du patient et de sa famille* (pp. 155-160). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dbu.vande.2017.01.0155>

De Peretti, E., & Villars, H. (2015). Maladie d'Alzheimer, relation d'aide et fragilité [Alzheimer's disease, caregiving and frailty]. *Soins. Gerontologie*, (115), 18-20. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2015.07.004>

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36, 39-64. <https://doi.org/10.1684/sss.2018.0102>

DORANGE, M (2005). Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société*, 2005/1 vol. 28 / n° 112. pp. 123-139. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/g.s.112.0123>.

Fondation Alzheimer. (2020, 24 février). *Le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer devrait doubler en 30 ans*. Fondation Alzheimer. <https://www.fondation-alzheimer.org/le-nombre-de-personnes-atteintes-de-maladie-dalzheimer-devrait-doubler-en-30-ans/>

Fondation vaincre Alzheimer. (2020). *Alzheimer en quelques chiffres*. Fondation vaincre Alzheimer. <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/quelques-chiffres/>

France Alzheimer. (2024). *Quelles sont nos missions*. France Alzheimer et maladies apparentées. <https://www.francealzheimer.org/association/quelles-sont-nos-missions/>

Gucher, C., Alvarez, S., Laforgue, D., Vial, B. & Warin, P. (2017). De la disjonction entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile: Vers une compréhension des phénomènes de non-recours et de non-adhésion. *Vie sociale*, 17, 55-70. <https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0055>

Haut-commissaire au Plan. (2023). *Vieillesse de la société française : réalité et conséquences*. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2023/09/hcp_vieillesse_de_la_societe_francaise_-_realite_et_consequences.pdf

Helmer C, Grasset L, Pérès K, Dartigues JF. Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(28-29):467-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_2.html

Hentic-Giliberto, M. & Stephan, S. (2018). Les impacts du vieillissement de la population française sur les systèmes sanitaires et médico-sociaux : une analyse des revues académiques et professionnelles depuis la loi ASV. *Management & Avenir Santé*, 4, 99-123. <https://doi.org/10.3917/mavs.004.0099>

Higuet, S. (2017). Chapitre 9. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux de la démence. Dans : Jean-Émile Vanderheyden éd., *Démence et perte cognitive: Prise en charge du patient et de sa famille* (pp. 123-135). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dbu.vande.2017.01.0123>

Huang, J. (2023, février). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Le manuel MSD version pour professionnels de la santé. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/sympt%C3%B4mes-comportementaux-et-psychologiques-de-la-d%C3%A9mence>

INSEE. (2014, 19 février). *Tableaux de l'Économie Française*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404#titre-bloc-1>

Kahn, A. (2020). Éthique de la vie en Ehpad. Dans : Dominique Monneron éd., *Éthique du grand âge et de la dépendance* (pp. 195-202). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/puf.droit.2020.02.0195>

(2020). « L'éthique se cache dans les détails, c'est un climat »: (version dialoguée de la Déclaration). Dans : Dominique Monneron éd., *Éthique du grand âge et de la dépendance* (pp. 357-365). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/puf.droit.2020.02.0357>

Leroux-Chemla, C. (2016). Quand une perte d'autonomie précipite le départ de chez soi. *Le Journal des psychologues*, 336, 22-25. <https://doi.org/10.3917/jdp.336.0022>

Moisson-Duthoit, V. (2016). Infirmières, entre implication et stress au travail. *Forum*, 149, 35-43. <https://doi.org/10.3917/forum.149.0035>

OMS. (2022, 1 octobre). *Vieillesse et santé*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organisation mondiale de la santé. (2022, 1 octobre). *Vieillesse et santé*. Organisation Mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Pacôme, C. (2024, 25 janvier). *Aide personne âgée : comment obtenir une allocation ? Que faire en cas de "petite" retraite ? Les aides financières et matérielles*. Aide-Social. <https://www.aide-sociale.fr/aide-personne-agee/>

Pelluchon, C. (2020). Enfermement et vulnérabilité. Dans : Dominique Monneron éd., *Éthique du grand âge et de la dépendance* (pp. 133-149). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/puf.droit.2020.02.0133>

Rossollin, F. (2006). Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?. *Institut de veille sanitaire – BEH*, N°5-6, P.49-52.

Service-public. (2024, 1 janvier). *Télesanté : Télémédecine (téléconsultation, télésurveillance...)*. Service-public. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34696>

Service-public. (2024, 1 janvier). *La téléassistance*. Portail national d'information pour les personnes âgées et les proches. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/la-teleassistance>

Service-public. (2024, 15 janvier). *Les EHPAD*. Portail national d'information pour les personnes âgées et les proches. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

Service-public. (2024, 15 janvier). *L'accueil de jour*. Portail national d'information pour les personnes âgées et les proches. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-daccueil-temporaire/aller-a-laccueil-de-jour>

Service-public. (2024, 15 janvier). *L'hébergement temporaire : ce qu'il faut savoir*. Portail national d'information pour les personnes âgées et les proches. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-daccueil-temporaire/lhebergement-temporaire-ce-quil-faut-savoir>

Service-public. (2023, 1 janvier). *EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Service-public. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

[SilverEco - Gérontechnologie](https://www.silvereco.fr/silver-economy). (2023). *Silver Economie*. Silver Eco. <https://www.silvereco.fr/silver-economy>

Tison, P. (2023). 27. Définition, classification, évaluation des démences. Dans : , P. Tison, *Psychologie du vieillissement en 40 notions* (pp. 207-219). Paris: Dunod.

Tous en tandem. (2021, 11 septembre). *L'intergénérationnel : un vecteur de cohésion sociale*. Tous en tandem. <https://tousentandem.com/lintergeneracionnel-un-vecteur-de-cohesion-sociale/>

Vanderheyden, J. (2017). Chapitre 3. Les besoins du patient en perte cognitive, de ses proches et de ses soignants. Dans : Jean-Émile Vanderheyden éd., *Démence et perte cognitive: Prise en charge du patient et de sa famille* (pp. 41-49). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dbu.vande.2017.01.0041>

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

Vignon-Barrault, A. (2022). *Les droits fondamentaux de la personne âgée*. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), 31, 8-17. <https://doi.org/10.3917/jdsam.221.0008>

Vincent, M. (2020). Quand notre peur de la mort nous fait oublier leur vie.... Dans : Dominique Monneron éd., *Éthique du grand âge et de la dépendance* (pp. 75-84). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/puf.droit.2020.02.0075>

RÉFLEXION ETHIQUE en ehpad

FLASH INFO

par Ilana Hurtado, neuropsychologue

INFORMATIONS



Chers résidents et familles, cette affiche a pour but de vous notifier de la réalisation, cette année, d'un diplôme universitaire et que par conséquent, je réalise un mémoire sur le thème de la **réinsertion des résidents d'unité protégée au sein des unités de vie ouvertes**.

VOTRE ROLE

Vous serez ainsi amenés à être **sollicités** au même titre que les salariés sur votre opinion concernant cette démarche. Vous pourrez donc, de manière **anonyme**, participer à cette **étude** si vous **l'acceptez**.



SUJET



Objectifs : Améliorer les pratiques de l'établissement et initier les réflexions éthiques.

Populations : les résidents, familles et salariés.

Méthode : échanges avec les résidents et salariés.

Périodicité : récolte des échanges jusque fin juin.

des questions ? psychologue.touques@lna-sante.com