

**MASTER MENTION :  
Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé**

**PARCOURS :  
Psychologie Gérontologique**

**Master 1  
Semestre 2**

**UE : Stage**

**Titre : Rapport de stage en EHPAD privé**

**Par** [MARECHAL Alexandra](#)

**Enseignant de supervision de stage:** [Benedicte DIEUDONNE](#)

**Année universitaire : 2024-2025**

## **Table des matières**

I. Introduction :.....	1
II. Présentation de l'entreprise .....	2
III. Présentation de la structure.....	3
IV. Rôle de la psychologue .....	6
V. Apprentissage .....	10
VI. Limites, améliorations.....	17
VII. Conclusion.....	20
VIII. Bibliographie .....	21
XI. Annexes .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

### **I. Introduction :**

Pour cette première année de Master en psychologie gérontologique, j'ai fait le choix de postuler exclusivement en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette décision repose sur plusieurs considérations :

D'une part, sur le plan académique, il était important d'opter pour une structure mettant l'accent sur les problématiques psychologiques liées au vieillissement normal, ce qui excluait d'emblée toutes les structures du secteur psychiatrique à mes yeux.

D'autre part, en raison de la diversité des environnements professionnels, il m'a semblé pertinent de privilégier une structure offrant des perspectives et des outils différents de ceux que j'avais pu aborder en hôpital de jour en troisième année de licence. Ce choix m'a conduit à exclure les hôpitaux de jour de mes recherches.

Enfin, ce choix s'inscrit dans une volonté d'acquérir une nouvelle expérience. Durant ma licence, plusieurs professeurs ont souligné les avantages d'effectuer un stage en EHPAD. En effet, selon eux, les stages dans ces structures sont souvent plus formateurs, car les tuteurs y laissent davantage d'autonomie aux étudiants, leur permettant, dès la troisième année de réaliser des passations de test et de s'entretenir directement avec les patients.

Par la suite, j'ai pu confirmer mon choix en observant les intérêts spécifiques du travail psychologique en EHPAD. Premièrement, les résidents y sont nombreux, tout comme les problématiques qu'ils rencontrent. Le travail du psychologue auprès des personnes âgées vivant en EHPAD consiste notamment à l'accompagnement dans l'acceptation des pertes brutales ou progressives. Ces établissements, davantage lieux de vie que de soins, offrent une perspective plus naturelle des troubles psychologiques, avec des évolutions fluctuantes, contrairement à d'autres structures où les patients consultent ponctuellement et de manière volontaire.

L'EHPAD permet au clinicien d'avoir une vision beaucoup plus large du fonctionnement psychique des résidents. Contrairement à un entretien ponctuel, ici, le psychologue a accès à des informations issues de multiples sources (proches, autres résidents, soignants, bénévoles), tout en pouvant observer les attitudes et habitudes quotidiennes des résidents, indépendamment de leur discours subjectif (comportement alimentaire, état de santé, relations sociales, hygiène de vie). Ces éléments me paraissent particulièrement riches et pertinents dans une perspective de prise en charge intégrative.

L'EHPAD dans lequel j'ai effectué mon stage fait partie de la filiale Korian du groupe Clariane.

## **II. Présentation de l'entreprise**

Korian est une entreprise fondée en 2003 à Besançon, résultant de la fusion de quatre sociétés spécialisées dans le soin de longue durée. A ses débuts, elle ne comptait que quatre établissements médico-sociaux. Elle est entrée en 2006 en bourse sur Euronext Paris, puis a amorcé son expansion européenne dès l'année suivante, en 2007, par l'acquisition d'entreprises en Allemagne et en Italie. Leader en Allemagne, Korian fusionne avec l'entreprise Médica en 2014 et s'étend en Belgique en 2015.

En 2017, l'entreprise crée sa propre fondation Korian (Fondation Clariane maintenant) prônant la santé des soignants et valorisant le métier du soin. En 2018, elle met en place deux nouveaux métiers : les aides à domicile avec « Petit fils » et des habitats partagés. En 2019, elle arrive en Espagne et aux Pays-Bas. A partir de 2020, l'entreprise se spécialise aussi dans le secteur de la santé mentale en rachetant Inicea, Ita (2021) et IGH et Grupo 5 (2023). En 2022, l'entreprise compte 144 structures en France et à l'étrangers et est promue société Européenne. En 2023, la société devient une entreprise à mission et devient Clariane. A ce jour, l'entreprise a mis en place des partenariats avec des Universités (Toulouse et Paris Cité) et mis en place son propre centre de formation (Université Clariane et Ways).

L'entreprise est fondée par Charles Ruggieri, puis est dirigée par Yann Coléou jusqu'en 2016, où celui-ci est remplacé par Sophie Boissard, toujours PDG à ce jour. A ses côté, l'entreprise fait un chiffre d'affaires de plus en plus importants : de 3,3 milliards à 4,5 milliards en seulement 4 ans (2018 à 2022). Sa direction permet de prendre un tournant majeur dans l'activité de l'entreprise par le développement des formations, des fondations et des recherches. Les clients principaux du groupe Clariane sont en premier lieu, les personnes âgées et leurs proches avec 525 000 résidents à ce jour, ce qui en fait le plus grand réseau français d'établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD).

### **III. Présentation de la structure**

L'EHPAD dans lequel j'ai effectué mon stage aux cotés de la psychologue est un EHPAD Korian. Construit en 2004, il peut accueillir jusqu'à 85 résidents. Situé dans les Yvelines, cet établissement se compose de cinq niveaux. Le rez-de-chaussée constitue le lieu de vie commun des résidents. Le premier étage est dédié à l'EVP, l'Espace de Vie Protégée, qui accueille les résidents nécessitant un accompagnement spécifique (e.g. troubles neurocognitif majeur, Symptômes Psycho-Comportementaux de la démence, troubles psychologiques, vulnérabilités

importantes). Les trois étages supérieurs, sont réservés aux chambres des résidents n'ayant pas besoin d'un suivi en EVP. L'équipe comprend 68 professionnels, répartis entre le personnel de jour et celui de nuit.

L'organisation de l'établissement repose sur une structuration en pôles, chacun répondant aux besoins spécifiques et complexes des résidents. On retrouve tout d'abord, le pôle direction, composé de la directrice, de ses assistantes, de l'adjointe à la direction et sa stagiaire. Ensuite, le pôle soins médicaux comprend deux médecins gériatres dont l'une est coordonnatrice (MEDEC), une cadre de soin (IDEC), une infirmière référente (IDER) ainsi que des infirmiers et des aides-soignants (AS) de nuit et de jour et enfin les aides médico-psychologiques (AMP). L'établissement, en tant que lieu de vie comprend également un pôle hébergement, dirigé par une responsable chargée de coordonner les agents de service hospitalier de jour et de nuit (ASH), la lingère et l'équipe de restauration (chef cuisinier et cuisiniers). Ensuite, il y a un pôle animation uniquement constitué de l'animateur et de son stagiaire. Et enfin, il y a trois derniers pôles ; d'une part, le responsable relation-famille, d'une autre part, les paramédicaux (kinésithérapeutes, ergomotricienne, Art-thérapeute et psychomotricienne) et enfin celui des soins psychologiques géré par la psychologue.

Sur le plan hiérarchique, chaque pôle est représenté par un responsable (MEDEC, psychologue, animateur, responsable hébergement, responsable famille) rattaché à la direction. Cependant, dans la pratique quotidienne, ces pôles doivent collaborer sans hiérarchie stricte, tout en poursuivant des objectifs spécifiques à leur domaine.

Pour favoriser cette collaboration, différentes réunions (hebdomadaire, trimestrielle, ou semestrielle) ont lieu comme ; des COPIL, comités de pilotage, œuvrant pour la mise en place de projets et de leur réalisation, auxquels tous les responsables doivent participer, des réunions pluridisciplinaires abordant les points de vue des soignants sur l'évolution de chaque résident

ou encore des commissions « éthiques et bientraitances », permettant d'amener une réflexion sur la prise en charge des patients/résidents.

Ces réunions sont indispensables car elles permettent, d'une part, une coordination efficace et une réflexion collective, et d'autre part, une prise en compte globale de chaque situation, en croisant les observations sur les comportements, l'humeur, les soins, ou les relations familiales.

De plus, Korian met à disposition une plateforme « Netsoin » qui permet à l'ensemble des employés de décrire des comportements particuliers observés chez des patients. Tout cela permet d'obtenir une perspective pluridisciplinaire et intégrative des soins en EHPAD.

L'entreprise Korian propose différents types de soins. Tout d'abord, l'approche médicamenteuse, qui vise à traiter certaines maladies, à soulager des symptômes, à gérer la douleur dans les maladies chroniques ou à accompagner la fin de vie dans une visée palliative.

En parallèle, Korian met également en place des interventions non médicamenteuses (TNM ou INM), intégrées aux projets personnalisés des résidents. Celles-ci ont pour but de prévenir divers risques (chutes, dénutrition, angoisse, douleur, pertes des capacités cognitives). Elles peuvent permettre de diminuer les doses prescrites et ont pour bénéfice secondaire de favoriser le bien-être du patient. Elles sont recommandées au moins une fois dans la semaine pour le résident.

A Korian, les INM sont présentées sous trois axes. Premièrement, les thérapies fonctionnelles, prescrites pour le maintien ou la réadaptation motrice (e.g. atelier équilibre pour la prévention des chutes), deuxièmement, les thérapies cognitives pour la stimulation des capacités cognitives (e.g. Formacube, pour la flexibilité mentale) et troisièmement, les thérapies comportementales visant à diminuer les troubles du comportement (e.g. atelier d'Art thérapie).

Seules les personnes formées aux INM peuvent les pratiquer comme les paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien), les psychologues et les soignants formés en tant qu'assistant de soin en gérontologie.

L'établissement où j'ai effectué mon stage est une structure de soin longue durée. Dans la majorité des cas, les personnes âgées y sont admises pour y passer la dernière étape de leur vie. Elles viennent dans la plupart des cas pour passer la fin de leurs jours. Cela peut jouer sur leur morale et leurs capacités. Cette réalité influence leur moral, leurs capacités et les modalités de leur accompagnement.

Ce contexte institutionnel et organisationnel m'a permis d'observer de manière concrète le rôle du psychologue en EHPAD. Dans la suite de mon rapport de stage, je vais présenter les missions principales de la psychologue au sein de l'établissement, les outils qu'elle utilise, ainsi que les enjeux spécifiques liés à la prise en charge psychologique des personnes âgées dépendantes en institution.

#### **IV. Rôle de la psychologue**

J'ai été intégré au pôle de soins psychologiques de cet EHPAD, sous la supervision de ma tutrice, psychologue clinicienne. Celle-ci a rejoint le groupe Korian il y a une dizaine d'années. Après l'obtention de son diplôme de psychologue clinicienne, elle a suivi différentes formations lui permettant de devenir référente bientraitance. Actuellement, elle partage son temps entre deux établissements, travaillant deux jours et demi dans chacun.

Dans l'organisation hiérarchique de la structure, ma tutrice est responsable de son pôle. Elle est sous la supervision directe de la directrice de l'établissement. Son bureau se situe au premier étage, dans l'EVP, afin d'être au plus proche avec les résidents posant ou vivant le plus de difficultés (délires, agressivité, angoisse, etc...).

En premier lieu, le psychologue en EHPAD possède toutes les compétences fondamentales du psychologue clinicien : empathie, écoute, patience, neutralité, sens de l'observation et aisance relationnelle. Sa mission principale est d'œuvrer au bien-être psychique des résidents. Pour ce faire, il doit créer et maintenir un lien de confiance entre les trois parties de l'institution :

les résidents, les soignants et les familles. Ce lien permet de développer une approche globale et respectueuse de la dignité des personnes âgées accueillies.

Tout d'abord, auprès du résident, le rôle diffère sensiblement de celui exercé dans d'autres institutions. Il intervient dès le rendez-vous de préadmission, où il effectue une première évaluation clinique. Par la suite, le psychologue devra effectuer des évaluations annuelles du fonctionnement neuropsychologique avec le MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), 5 mots de Dubois (Dubois et al., 2002) et le test de l'horloge (Shulman, 2005), thymiques avec la GDS (Yesavage et al., 1983) et comportementales avec l'EDF. Durant cet entretien de préadmission, il réalise également une anamnèse complète (histoire de vie, goûts, habitudes et attentes) afin de mieux adapter le projet d'accueil à la personne. Ces données sont ensuite partagées aux équipes pour préparer son arrivée dans l'établissement, dans le but de recréer un mieux un « chez-soi ».

Le rôle du psychologue est également d'être soutenant auprès de ses résidents. Il peut proposer un accompagnement psychologique individuel. En effet le vieillissement s'accompagne fréquemment d'épreuves difficiles : pertes de proches, déclin de ses capacités physiques ou cognitive, renoncement progressif de l'autonomie, confrontation avec la mort. Le psychologue doit être d'essayer de faire trouver du sens à ces événements et de les accepter. L'accompagnement peut être de différentes formes : des entretiens personnalisés, des groupes de paroles, des ateliers thérapeutiques mais aussi dans le fond : hypnose, activités sensorielles, stimulation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles. Toujours selon les besoins et capacités du patient.

Le psychologue participe également aux interventions non-médicamenteuses (INM). Ces ateliers ciblent des fonctions cognitives à risque de déclin (e.g. mémoire, orientation spatio-temporelle, fonctions exécutives) et sont mis en œuvre après une évaluation initiale, un

diagnostic et sur prescription médicale. Les INM peuvent être cognitif, comportemental ou émotionnel. Une réévaluation est effectuée en fin de cycle pour mesurer l'évolution du résident.

Enfin, auprès du résident/patient, le psychologue joue un rôle de porte-parole, de thérapeute et de soutien. Tout se déroule dans un objectif de bienveillance et d'éthique, que le psychologue veille à faire respecter par les deux autres parties.

Deuxièmement, auprès des soignants, en tant que référent bienveillance, ma tutrice est sollicitée pour toute question relative à l'éthique des soins. Elle anime régulièrement des formations pour les équipes sur des thématiques variées : Bienveillance, communication empathique, gestion de l'agressivité ou du risque suicidaire. Le psychologue joue aussi un rôle communiquant entre soignants et résidents. Grâce à la relation de confiance qu'il établit avec les équipes, il recueille les informations et ajuste l'accompagnement. Il peut également offrir un espace de parole si besoin aux équipes.

Le psychologue peut aussi recevoir les familles, individuellement ou en groupe, afin de répondre à leurs questionnements et les accompagner dans l'acceptation du placement. Il peut les sensibiliser aux objectifs de soins, les informer et proposer de la psychoéducation.

Le psychologue travaille en collaboration avec le médecin coordonnateur pour élaborer des projets d'accueil personnalisés. Ces projets tiennent compte des souhaits, capacités et besoins du résident en tenant compte de l'avis de la famille. Ces projets évoluent au fil du temps selon les besoins et objectifs.

Il participe également aux réunions institutionnelles, dans lesquelles il veille à faire respecter sa profession.

Enfin, le cadre institutionnel du groupe Korian, en tant qu'entreprise à but lucratif, impose au psychologue certaines obligations de rentabilité. Il doit rendre compte de ses activités (e.g. nombre de bilans effectués, résultats des bilans, nombre d'ateliers effectués, projets personnalisés réalisés). Ces exigences peuvent impacter la prise en charge des soins en

imposant un rythme soutenu et des priorités parfois peu éthiques. L'entreprise peut aussi solliciter le psychologue pour des tâches annexes (e.g. participation à une étude de recherche, rédaction de comptes-rendus... )

Pour conclure, le métier de psychologue en EHPAD repose sur une approche globale, intégrative et individualisée du soin psychologique auprès de la personne âgée. En effet, ce travail intégratif consiste à adapter les thérapies et les prises en charge en général, selon les envies, besoins et capacités du patient. Il consiste aussi à une prise en charge complète dans le sens où il prend en compte tous les aspects de la vie du patient. Nous savons depuis quelques années que la thérapie, n'est pas la variable la plus importante dans le soin psychologique et qu'il s'agirait plutôt des variables extra-thérapeutique (40%) comme la sphère sociale, amoureuse, les évènements de vie (Jaeken et al., 2015), ce qui démontre l'importance de la prise en compte de ces variables dans la prise en charge dans ce milieu.

Enfin, à travers ce se j'espérais m'imprégner de cette approche holistique du soin, en m'inspirant de l'expérience de ma tutrice et de mon immersion. J'avais pour ambition de participer à diverses actions (entretiens de soutien, réunions pluridisciplinaire, atelier Mémoire, Formacube). Et pouvoir par la suite prendre plus d'indépendance auprès de ma tutrice pour effectuer certaines tâches (e.g. passation de test, utilisation des outils numériques de suivi des patients, INM), de gagner en autonomie, (passation de tests, utilisation d'outils de suivi, animation d'atelier) et de mieux comprendre la dynamique institutionnelle propre à ce type de structure.

## V. Apprentissage

Dans cette partie apprentissage, je vais détailler chacune des tâches que j'ai effectuées au cours de mon stage. Pour chaque activité, je présenterais sa description, mon ressenti au début et après plusieurs semaines à l'effectuer, comment je les ai adaptés selon mes propres objectifs et quels questionnements cela a pu susciter en moi.

D'octobre 2024 à mai 2025, j'ai eu l'occasion d'être supervisée par une formatrice très compétente et patiente. Elle fut présente pour moi dès le début du stage et a su s'adapter à mon manque de connaissance sur le fonctionnement d'un EHPAD. Le premier mois, j'ai eu l'occasion de la suivre toute la journée, d'observer ses différentes activités psychothérapeutiques, son organisation, ses liens avec les résidents et le personnel. Durant ce mois de supervision, j'ai pu m'entraîner avec elle aux passations, à l'organisation des ateliers et à la rédaction des comptes rendus.

Pendant cette période d'observation, j'ai également eu l'opportunité de m'exercer à ses côtés sur différents aspects pratiques du métier : les passations de tests, la mise en place des ateliers thérapeutiques, ainsi que la rédaction de compte rendu.

En parallèle de ces apprentissages, j'ai dû m'adapter à l'environnement. D'une part aux résidents : ralentir mon rythme, parler plus fort, répéter. D'autre part, aux équipes et à l'institution : accepter les compromis dans un but lucratif, renoncer à certains ateliers et apprendre à maintenir un cadre thérapeutique notamment sur les questions éthiques, tout en restant souple pour ne pas entraver les actions de soins données par les autres professionnels.

Globalement, le fait d'avoir été complètement supervisée au début m'a permis de prendre confiance en moi et en l'équipe et de démarrer sereinement mon travail en autonomie.

Les mois suivants, j'ai pu progressivement commencer à travailler en autonomie, en prenant quelques tâches précises. Afin de rencontrer un maximum de résidents et de me familiariser à la structure, j'ai débuté par les passations de tests et d'échelles (MMSE, Horloge,

5 mots de Dubois, GDS). Sur les conseils de ma référente, j'ai commencé par les résidents qu'elle estimait les plus « simples ».

Ma démarche d'évaluation fut toujours structurée de la même façon, de mes premières à mes dernières passations. Je débutais systématiquement en me présentant, continuais en recueillant des informations sur leurs états de santé, leurs morales à ce jour, s'ils avaient prévu des activités dans la journée. Cette approche me permettait d'avoir un aperçu global de leur état, sur lequel je m'appuyais pour adapter les tests.

Par exemple, si le moral semblait bon, je ne faisais passer que la MINI-GDS pour l'humeur, si ce n'était pas le cas je priorisais la GDS-15. Il en était de même pour les tests neuropsychologiques, si je repérais au MMSE, une incapacité à rappeler les trois mots, je ne faisais pas passer les 5 mots de Dubois, afin d'éviter une surcharge ou un vécu d'échec.

Mon ressenti de l'effectivité de cette première tâche, tout au long du stage fut assez mitigé notamment sur le plan éthique et évaluatif. En effet, chez Korian, les capacités des résidents doivent être évaluées au moins une fois par an, afin de vérifier leur évolution sur le plan cognitif, qu'il ait eu ou non changement(s) observé(s).

Ce qui, d'une part, semble être un check up pertinent, ne laisse en réalité aucune flexibilité dans le choix des tests au psychologue et dans l'intérêt évaluatif de cette passation. Le psychologue se retrouve notamment dans l'incapacité d'adapter les tests aux capacités cognitives du résident. En effet, il peut décider d'éviter la passation de certains tests aux résidents (e.g. 5 mots de Dubois, Horloge) toutefois, la firme Korian exige la passation de certains d'entre eux comme la GDS (peu importe le format) et le MMSE. Souvent, des situations éthiquement problématiques découlent de ce manque d'adaptations et de cette obligation. On observe, par exemple, des résidents se retrouvant en situation d'échec, ou refusant de repasser les tests déjà effectués difficilement l'année précédente. Il en est de même pour l'évaluation thymique. Le psychologue se retrouve à faire passer une GDS-15, qui sert à

diagnostiquer la dépression, à des personnes déjà diagnostiquées comme souffrantes de dépression.

Afin de résoudre le problème au moins à court terme, je signalais à ma référente que le sujet était non-évaluable au moins un certain temps. Toutefois, cette solution reste temporaire, sans changement ou remise en question de la part de la firme.

Dans un autre versant de l'évaluation neuropsychologique, j'ai pris beaucoup de plaisir à rédiger les comptes-rendus des passations que j'avais effectué, en analysant un maximum chaque sous dimension des tests utilisés. Cette tâche m'offrait également la possibilité de proposer des idées d'activités thérapeutiques à réaliser ou d'objectifs à viser. J'ai pu concrètement mettre en avant les acquis de ma formation à la faculté pour aider ma référente à mieux le lien entre les résultats et les objectifs sur le terrain. J'ai eu la sensation de lui être utile et d'avoir un vrai échange en tant que future professionnelle avec elle.

De son côté, ma référente m'a permis de mieux élaborer mes comptes rendus d'évaluations thymiques, en me prodiguant des conseils afin de favoriser l'expression de leur plainte. Par exemple, elle m'a expliqué que passer par des questions sur la santé physique, les problèmes liés à l'appétit ou encore au sommeil pouvaient dans certains cas, les aider à exprimer des plaintes thymiques et potentiellement dépister une souffrance psychique. Ses propos sont en cohérence avec les données et recommandations de l'HAS en lien avec les connaissances actuelles sur les prises en charge des personnes âgées masquant somatiquement et inconsciemment leur dépression (ANESM, 2014). De ses conseils permettant d'étayer mon compte rendu, je devais par la suite resituer la pertinence de chacun des points évoqués par le résident en étant assez brève.

En parallèle de l'évaluation neuropsychologique et psychologique, j'ai animé des ateliers « mémoire » à visée thérapeutique en unité protégée. Comme pour les passations, j'ai d'abord eu des difficultés à percevoir la réelle portée thérapeutique de ces ateliers. Théoriquement, cet

INM, mis en place par ma référente, vise à diminuer les pertes de capacités cognitives. Pour certains participants, je considère que l'atelier est adapté et leur permet de travailler la mémoire, la réflexion et le vocabulaire.

Toutefois, ce groupe constitué de 8 ou 9 personnes souffrant de troubles divers, me semblait compliqué à adapter à la prise en charge de chacun. De plus, certains participants, souffraient de troubles neurocognitifs trop sévères pour répondre aux questions. J'avais du mal à cerner les objectifs pour certains d'entre eux.

J'ai poursuivi les ateliers de ma référente, avec ces 9 participants, elle voulait absolument que je les intègre tous à l'atelier. Toutefois, j'ai pris l'initiative de les séparer en 2 groupes de 4 ou 5 qui s'alternaient chaque semaine. J'ai tenté de proposer, le plus possible et selon leur motivation, des activités adaptées à leurs capacités. Par exemple, M.B souffrant d'aphasie, conséquence de la progression de sa maladie d'Alzheimer, devait lire les questions à poser aux groupes ou écrire les réponses, l'objectif, ici était d'éviter l'échec et de le faire parler le plus possible. Mme C., souffrant de paranoïa, avait le moins de difficultés, elle devait aider les autres participants à trouver la réponse lorsqu'elle l'avait. L'objectif ici, en parallèle de l'objectif du maintien des capacités cognitives était de rompre l'isolement qui exacerbe les idées délirantes de persécutions (Fett et al., 2022). Ainsi de suite, j'ai essayé d'adapter la prise en charge en mettant en place quelques objectifs, même si ceux-ci n'avaient plus forcément de lien avec le travail de la mémoire.

Mon ressenti au sujet de cet atelier fut ambivalent. Dans un premier temps, j'ai eu du mal à y voir un intérêt thérapeutique. Mais dans un second temps, j'ai trouvé intéressant de pouvoir articuler mon atelier selon mes objectifs et de voir que pour certains ça avait un effet (e.g. Mme C. réduction des délires).

D'un point de vue plus personnel, cet exercice m'a permis de progresser sur le plan relationnel et professionnel. Etant de nature assez réservée, j'ai pris quelques semaines à

m'imposer en tant qu'animatrice/remplaçante. J'ai dû apprendre à parler fort et à bien articuler. Le plus compliqué pour moi, fut de leur donner envie de venir à l'atelier, d'une part, sans qu'ils s'y sentent obligés et d'autre part, sans qu'ils se braquent directement. Au fur et à mesure des séances, c'est-à-dire chaque lundi, j'ai pris mes marques et tenté d'étoffer mon atelier en opérationnalisant au mieux les objectifs de chacun.

Enfin, d'un point de vue éthique, je pense que cet atelier illustre assez bien les problématiques courantes dans la profession de psychologue en EHPAD privé. Ce groupe mis en place par ma référente était premièrement, la conséquence du peu de temps dont elle dispose pour mettre en place des ateliers (sachant qu'elle n'est présente dans la structure que deux jours et demi par semaine). Deuxièmement, ce choix d'un maximum de participant, à peu près apte à participer, provient des demandes de l'institution et des proches des résidents. Pour l'EHPAD, un nombre important de patients participants aux INM, démontrent à l'entreprise ainsi qu'aux familles, que la prise en charge est réelle. Tandis, que les familles, elles, voulant le bien de leur proche et par la même occasion se rassurer, voudront qu'ils participent aux plus grands nombres d'activités possibles. Dans ces deux cas, les partis ne prennent pas forcément en compte les capacités et les envies réelles des patients, et c'est au psychologue d'exprimer ce qui semble le plus approprié et adapté pour le patient en ce qui concerne ses missions à lui. Cet aspect est en lien avec le principe 5 du code déontologique des psychologues (CERéDéPsy, 2021), qui rappelle l'importance de respecter la singularité de la personne dans le cadre des missions confiées au psychologue.

Les deux tâches précédemment évoquées, les bilans et les ateliers, ont été mes deux principales tâches tout au long de mon stage. Toutefois, en dehors de ces activités, j'avais l'occasion de travailler en autonomie sur d'autres versants du métier de psychologue en EHPAD privé.

Premièrement, j'ai eu l'occasion de recueillir des données pour une étude mise en place par Korian dans 4 établissements en France, dont celui dans lequel je faisais mon stage. Cette étude visait, premièrement, à démontrer que les symptômes psycho-comportementaux des démences sont en partie corrélés au stress des professionnels du soins (e.g. Aides-Soignants). Et secondement, à valider l'intérêt d'une formation à la gestion du stress par internet à destination des professionnels. Dans ce cadre, j'ai eu la tâche de faire passer des NPI-ES et des CMAI aux aides-soignantes concernées par cette formation.

Ce fut intéressant et particulièrement formateur pour moi, d'avoir leurs visions des symptômes et ce qu'elles en interprètes. On observe une divergence assez notable entre leurs visions des troubles psychologiques et ses expressions, et celles des psychologues. Par exemple, on remarque qu'elles ont beaucoup de difficultés à différencier la désorientation et les délires. Ces entretiens d'évaluation des comportements des résidents, m'ont permis d'en profiter pour faire de la sensibilisation à chaque aide-soignante participante sur les troubles et les solutions possibles.

Cette démarche de sensibilisation m'a particulièrement plu. Je me suis sentie à l'aise dans ce rôle, ce qui m'a amenée à intervenir également auprès de résidents, afin de les aider à mieux comprendre ou gérer leur trouble.

Par exemple, il m'a été demandé de travailler à plusieurs reprises avec une femme avec une personnalité obsessionnelle compulsive. Elle était convaincue que l'abandon de ses rituels entraînerait un nouvel AVC. Connaissant déjà les gestes de dépistages des AVC, je lui ai fait apprendre chacun d'entre eux, afin qu'elle puisse se rassurer dès qu'elle le veut.

Cela n'a pas objectif de faire de la rémission, sachant que ce trouble est présent depuis son enfance selon ses proches et qu'elle n'a aucune motivation à changer. Cette technique de réassurance vise de façon superficielle à limiter le maintien des pensées anxieuses autour de son trouble de la personnalité et donc à retrouver un semblant de contrôle dessus.

Une autre tâche à laquelle j'ai pu être conviée, typiquement liée à l'institution, fut la participation aux réunions interdisciplinaires de soin et aux réunions administratives.

Les réunions autour du soin en EHPAD sont particulièrement importantes pour prendre en charge au mieux le patient. Et en tant que psychologue cela permet une meilleure compréhension de l'individu et ses réactions.

Ces réunions avaient lieu tous les lundis de 16h à 17h et comptaient sur les présences de la médecin coordonnatrice, un des infirmiers, deux des aides-soignants, des paramédicaux et de la psychologue. Nous nous focalisons uniquement sur les patients qui déjà étaient en situation de souffrances dans nos réunions précédentes (physique, psychologique) ou sur les patients sur lesquels on avait été alerté d'un changement récemment.

Ces réunions étaient assez organisées dans leur fond avec toujours la même structure. Mais particulièrement désorganisées dans leur forme, avec des retards, des personnes qui n'étaient pas prévenues et surtout un empiètement sur le travail après 17h.

Durant ces réunions, j'avais l'occasion d'exprimer mon point de vue et mes interprétations comme les autres professionnels et d'écouter les points de vue des autres en cherchant solutions et compromis. Les échanges étaient rarement compliqués. Nous étions tous assez d'accord sur la prise en charge et faisons une vraie concertation contrairement à ce qu'on peut lire dans la littérature (Mignot, 2012). Le plus compliqué restait pour la plupart des cas d'opérationnaliser nos actions sans qu'elles empiètent sur celles des autres.

Aussi, j'ai pu m'enrichir de la position ferme de ma référente lorsque le sujet était lié à l'éthique. Elle était particulièrement intransigeante et n'avait dans ce cas-là aucune difficulté à remettre le cadre bien en place auprès des autres professionnels, médecin comme aide-soignant.

Mon ressenti par rapport à ces réunions s'est beaucoup amélioré au fil des semaines, j'avais de plus en plus de choses à dire, ça me rendait plus active que lors de mes débuts ou je ne comprenais pas la moitié des cas.

Dans le cas des réunions avec la direction (e.g. COPIL), il était plus compliqué de s'impliquer que ce soit de ma part ou de celle de ma référente. La direction est assez ferme dans cette EHPAD, la plupart du temps, on devait juste noter des informations, il n'y avait pas d'échange voire parfois les informations n'étaient pas transmises. Par exemple, la direction a décidé de supprimer certains ateliers pour en mettre d'autres à la place mais sans prévenir ceux qui devaient arrêter leur atelier. Evidemment, la découverte de la suppression à eu lieu le jour même des ateliers. Cela a dès lors mis en ambiance très pesante entre les soignants et la direction et instauré un climat de méfiance qui a beaucoup joué sur les mois suivants.

## **VI. Limites, améliorations**

Après avoir exprimé les différentes missions que j'ai pu accomplir durant mon stage, il me semble essentiel d'aborder à présent les limites que j'ai rencontrées, les axes d'amélioration que j'en retire, ainsi que la manière dont cette expérience m'a permis de me projeter dans mon avenir professionnel.

Dès le début de mon stage et encore aujourd'hui, une question m'a traversé : comment le psychologue en EHPAD parvient-il à maintenir une posture éthique et à effectuer son travail convenablement dans un contexte institutionnel à but lucratif ?

La vision de ma référente et mon expérience en stage m'ont permis en partie de répondre à cette question, car finalement c'est cela qui a été mon plus gros frein tout au long de mon stage.

L'une des première limite que j'ai identifiées est mon manque de projection dans l'intérêt des soins psychologiques de certaines interventions du psychologue. Ce manque a freiné ma motivation. Je peux reprendre deux exemples cités précédemment comme les ateliers mémoires avec des personnes bien trop dégradés sur le plan cognitif, ou encore les passations de tests évaluant la présence ou l'absence de dépression à des personnes déjà diagnostiquées souffrantes de dépression. Dans ces deux cas, j'ai eu la sensation de faire plus de mal que de bien parce que

je savais que ce n'était que de la volonté de la direction et des normes Korian et non afin d'avoir un réel intérêt thérapeutique ou à visée de prise en charge. De ce fait, en tant que psychologue travaillant en EHPAD privé, je pense que malheureusement il n'y a pas mille solutions à part celle de communiquer avec les familles, ou les clients.

Si le psychologue arrive à trouver un point de contact et mettre en place une relation saine avec les proches, il pourrait leur expliquer les prises en charge les plus adaptés et celles qui ne le sont pas. De cette approche, les familles pourraient émettre le souhait que le résident participe à certains ateliers spécifiquement et qu'il ne puisse pas, à part de son propre grès, participer à d'autres. Comme les familles sont les clients de l'EHPAD, ils ont le dernier mot et cela pourrait partiellement cadrer la direction.

En tant que stagiaire, j'ai essayé de rendre compte d'un travail, le plus en lien avec des objectifs que j'ai fixé arbitrairement selon ce que je voyais sur le terrain. Je pense que pour améliorer ma prise en charge, il faudrait que je me renseigne sur les prises en charge possibles selon les pathologies et les symptômes et après avoir fixé des objectifs clairs et établis sans que cela vienne de mon propre ressenti uniquement (e.g. ARS, HAS).

La seconde limite, qui selon moi, est la plus dure à gérer, particulièrement dans un milieu multidisciplinaire comme l'EHPAD, est la gestion du cadre entre les professionnels. Le métier de psychologue est souvent mal compris pour la plupart des soignants, en particulier quand il ne s'agit pas du cas classique du travail de psychologue (e.g. atelier mémoire). Souvent les patients faisaient un va et vient entre l'atelier et des soins ou la toilette et ceux que ce soit avec moi ou ma référente.

Dans ce contexte, n'ayant pas vraiment de modèle dans la gestion du cadre quand il s'agit de la prise en charge, je n'ai pas trouvé de moyen de gérer la situation. De même quand il s'agit d'entretien individuel en chambre, il m'est difficile de couper mon entretien pour leur dire de ne pas entraver mon travail. Une situation m'a particulièrement touché durant un entretien où

une aide-soignante est venue me parler pendant mon travail au moment même où le résident exprimait pour la première fois ses affects dépressifs et ses idées suicidaires. Lorsqu'elle est sortie de la pièce, le résident s'est refermé et n'a plus voulu dire mot à ce sujet.

Je sais que la gestion du cadre est un point d'amélioration important pour ma pratique future et qu'il peut entraîner des conséquences particulièrement négatives s'il est mal géré. Lors de mon stage, j'avais essayé d'effectuer des recherches de documentation sur cet aspect en EHPAD spécifiquement mais cela n'avait pas été fructueux. Je proposerais simplement de passer par la communication comme ma référente le fait dans le cas des questions éthiques où elle met un point d'honneur à ce que tout soit respecté. Surtout que dans le cadre en général, s'articule l'éthique liée à la confidentialité qui la aussi est un des principes de notre code déontologique (Principe 7).

Enfin, la troisième limite majeure que je soulève de cette expérience de stage, englobe mon manque d'expérience et de la mon manque de confiance en moi et en mes compétences. Comme dit précédemment, je suis quelqu'un de particulièrement timide et je pense que cela joue un rôle dans mon lien avec les résidents. Ce ressenti de peu de confiance en soi, donne l'impression à certains résidents que je ne suis pas forcément assez habilité à travailler avec eux. De plus, cette faiblesse provient en partie du manque d'expérience et de connaissance du terrain, ils sont donc totalement légitimes de se questionner sur mes capacités en tant que psychologue et c'est à moi d'apprendre à m'affirmer (e.g. groupe de parole, atelier thérapeutique). Un peu dans le même domaine, je pense que je fais ressentir ce même questionnement aux personnels soignants en général. Ils savent qu'ils peuvent me poser des questions liées à la psychologie et parfois sont même intéressés d'avoir mon point de vue. Toutefois, moi en contrepartie, je ne connais rien de leur pratique et parfois lorsqu'ils m'expliquent des faits psychologiques en lien avec leur travail et en utilisant leur jargon, je me sens parfois perdue.

De ce fait je pense qu'en général, il serait intéressant pour moi de renforcer mes compétences d'une part mais aussi de m'approprier suffisamment les bases des autres disciplines pour mieux travailler dans mon secteur. Cela aurait pour double objectif de premièrement me sentir plus en confiance dans mon environnement de travail et secondement de le faire ressentir aux autres acteurs de la prise en charge et aux résidents.

## **VII. Conclusion**

Pour conclure, je pense que ce stage à été particulièrement enrichissant et m' a permis de me conforter dans l'idée qu'il s'agit bien de la voie professionnelle dans laquelle j'aimerais travailler. Ce stage et ma référente m'ont apporté de nombreux éléments qui étayent mon point de vue de façon plus concrète et réaliste sur le travail de psychologue en EHPAD. De cette expérience, je retiens les outils mis à disposition par ma référente dans le dépistage et la prise en charge, les bienfaits du travail en autonomie, les différents types de problématiques extrêmement intéressantes des résidents entre autres. Sur un plan personnel, je sais maintenant ce sur quoi je dois travailler concrètement, approfondir mes connaissances en psychologie mais aussi dans les domaines de mes paires et sur mes qualités et compétences en tant que psychologue comme la timidité, l'affirmation de soi et la gestion du cadre.

Enfin, je pense que dans les prochaines années qui viennent si j'en ai l'occasion, j'essayerais de travailler plutôt dans le domaine du diagnostic, en HDJ par exemple. Parce que je suis quelqu'un de particulièrement vive et que je pense ne pas être encore assez calme pour travailler dans un environnement ralenti comme celui de l'EHPAD. De plus les problématiques éthiques que j'ai pu rencontrer particulièrement en lien avec la lucrativité de l'établissement me pousse à penser que je ne ferais pas forcément ce travail dans le privé si finalement je décidais d'y travailler.

### VIII. Bibliographie

ANESM. (2014). *prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage, accompagnement*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-agees-souffrance\\_psychique\\_bat\\_2018-03-19\\_10-59-4\\_630.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-agees-souffrance_psychique_bat_2018-03-19_10-59-4_630.pdf)

CERéDéPsy. (2021). *Code déontologique des psychologues*.

Fett, A.-K. J., Hanssen, E., Eemers, M., Peters, E., & Shergill, S. S. (2022). Social isolation and psychosis : An investigation of social interactions and paranoia in daily life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(1), 119-127. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01278-4>

Jaeken, M., Verhofstadt, L. L., & Van Broeck, N. (2015). Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique: *Bulletin de psychologie*, Numéro 537(3), 237-242. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0237>

Mignot, T. (2012). La place du psychologue en EHPAD: *Psychologues et Psychologies*, N° 220(6), 28-31. <https://doi.org/10.3917/pep.220.0028>

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983) : Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J of Psych Res* 17, 37-49.