Airelles Résidente M Reconnaissance

Activités favorisant le besoin de reconnaissance

Prompt Y-a-t-il des activités internes à l'établissement au sein des quelles une résidente pourrait agir et prendre des responsabilités mêmes modestes qui satisferaient son besoin de reconnaissances?

Dans une lecture du **Modèle de Stevenson**, le besoin de **reconnaissance** correspond au fait de se sentir encore **utile, identifié, écouté, capable d'agir sur le monde et d'avoir une place visible dans le collectif**.

Chez une personne âgée vivant en EHPAD, surtout lorsqu'existent dépression, perte d'autonomie ou troubles cognitifs, ce besoin devient souvent central.
L'objectif n'est pas seulement "d'occuper" la résidente, mais de lui permettre d'exercer une **fonction socialement reconnue**, même très modeste.

Dans le cas présenté, plusieurs éléments sont favorables :

- goût marqué pour les relations ;
- capacités sociales probablement encore préservées ;
- possibilité de mémoire émotionnelle encore active malgré les troubles mnésiques ;
- besoin probable de revalorisation narcissique face à la dépression.

L'enjeu est donc de créer des **micro-responsabilités réelles**, stables, visibles et valorisées.

Activités internes favorisant le besoin de reconnaissance

1. Accueil relationnel des nouveaux résidents

Fonction possible"Résidente ambassadrice" ou "marraine d'accueil".

Responsabilités

- dire bonjour aux nouveaux arrivants ;
- accompagner un premier repas ;
- présenter certains lieux ;
- rassurer.

Intérêt Stevenson

- reconnaissance sociale immédiate ;
- valorisation de ses compétences relationnelles ;
- sentiment d'utilité.

2. Participation à la vie quotidienne collective

Exemples

- aider à préparer une table ;
- distribuer les serviettes ;
- arroser les plantes ;

- vérifier la présence aux animations ;
- aider à ranger une bibliothèque ou un salon.

Important

La tâche doit être :

- identifiable ;
- répétée ;
- reconnue publiquement.

Même une responsabilité très simple peut avoir un fort impact symbolique.

3. Transmission de savoirs ou souvenirs

Activités possibles

- atelier mémoire ;
- récit de vie ;
- transmission de recettes ;
- chansons anciennes ;
- témoignages sur métiers ou événements historiques.

Effet

La personne cesse d'être seulement "prise en charge" ; elle devient **porteuse d'expérience**.

4. Participation au conseil de vie sociale (CVS)

Même avec des troubles cognitifs modérés, certaines résidentes peuvent :

- donner un avis ;
- rapporter les ressentis des autres ;
- participer à des discussions simples.

Effet

Reconnaissance institutionnelle explicite.

5. Activités intergénérationnelles

Exemples

- lecture à des enfants ;
- accueil de scolaires ;
- jardinage partagé ;
- ateliers chants.

Intérêt

Les interactions intergénérationnelles restaurent souvent fortement :

- l'identité sociale ;

- le sentiment de continuité biographique ;
- la valeur personnelle.

6. Responsabilités symboliques mais visibles

Exemples

- “gardienne” d’un espace de fleurs ;
- responsable météo du jour ;
- distribution du courrier interne ;
- annonce des anniversaires ;
- choix musical d’un atelier.

Ces fonctions paraissent modestes mais sont puissantes si :

- elles sont ritualisées ;
- nommées ;
- reconnues par les professionnels.

7. Pair-aidance informelle

Chez une résidente ayant un goût relationnel important :

- écouter une autre résidente anxieuse ;
- accompagner une personne isolée ;
- soutenir lors des repas.

Lecture spinoziste

La personne retrouve une capacité à **agir sur les affects des autres**, donc à augmenter sa propre puissance d’agir.

Conditions essentielles de réussite

1. Responsabilité réelle

Il faut éviter les “fausses responsabilités” purement occupationnelles.

La personne doit sentir que :

- sa présence change quelque chose ;
- les autres comptent sur elle.

2. Valorisation explicite

Le besoin de reconnaissance nécessite :

- remerciements ;
- visibilité ;
- retour positif.

Exemple :

“Madame X nous aide chaque jour pour l’accueil.”

3. Adaptation cognitive

Avec des troubles mnésiques :

- tâches simples ;
- routines stables ;
- repères visuels ;
- accompagnement discret.

4. Respect de la dignité

Il ne faut jamais infantiliser la fonction.

Même très modeste, elle doit être présentée comme une contribution authentique à la vie collective.

Lecture synthétique Stevenson–Spinoza

Dans une lecture spinoziste, ces activités ont une fonction profonde :

- elles réduisent les affects tristes associés à la perte d'utilité ;
- elles restaurent le sentiment d'existence sociale ;
- elles augmentent la puissance d'agir ;
- elles réinscrivent la personne dans un réseau vivant d'échanges.

Autrement dit, la reconnaissance ne consiste pas seulement à "féliciter" la personne ; elle consiste à lui permettre d'être encore **cause de quelque chose dans le monde commun**.

Correspondance avec le référentiel HAS

Le besoin de **reconnaissance** du Modèle de Stevenson possède une correspondance particulièrement forte avec plusieurs dimensions du référentiel HAS de la bientraitance et de l'évaluation ESSMS.
La HAS n'utilise pas directement le mot "reconnaissance" au sens anthropologique du modèle Stevenson, mais elle le traduit à travers des notions comme :

- respect de la dignité,
- autodétermination,
- participation,
- pouvoir d'agir,
- personnalisation,
- citoyenneté,
- prise en compte de la parole,
- inclusion sociale.

Voici une lecture synthétique des principaux critères ou familles de critères HAS qui correspondent au besoin de reconnaissance.

1. Respect de la dignité et de l'identité de la personne

Correspondance Stevenson

La reconnaissance suppose que la personne soit considérée comme un sujet singulier et non comme un simple “usager”.

Logique HAS

La HAS insiste sur :

- le respect de l’histoire de vie ;
- des habitudes ;
- des préférences ;
- de l’identité culturelle et sociale.

Manifestations concrètes

- utilisation du nom choisi ;
- respect de l’image de soi ;
- prise en compte des goûts et des choix.

2. Participation de la personne aux décisions

Correspondance StevensonÊtre reconnu, c’est pouvoir influencer ce qui nous concerne.

Logique HAS

Critères autour :

- de la participation ;
- du consentement ;
- du projet personnalisé ;
- de l’expression des choix.

Exemples

- participation au projet d’accompagnement ;
- consultation sur les activités ;
- possibilité de refus.

3. Soutien de l’autodétermination

Correspondance Stevenson

Le besoin de reconnaissance est étroitement lié au sentiment d’exister comme acteur.

Logique HAS

La HAS valorise :

- le pouvoir d’agir ;
- l’autonomie décisionnelle ;
- les capacités restantes.

Exemples

- choix des horaires ;

- responsabilités adaptées ;
- participation à la vie collective.

4. Valorisation des capacités de la personne

Correspondance Stevenson

La reconnaissance implique que les compétences restantes soient visibles et utilisées.

Logique HAS

La HAS insiste sur :

- l’identification des ressources de la personne ;
- l’appui sur les capacités préservées ;
- l’accompagnement non infantilisant.

Exemples

- responsabilités symboliques ;
- ateliers de transmission ;
- rôle social maintenu.

5. Participation à la vie sociale et citoyenne

Correspondance Stevenson

La reconnaissance est aussi sociale et collective.

Logique HAS

Critères concernant :

- inclusion ;
- lien social ;
- participation à la vie institutionnelle ;
- ouverture sur l’extérieur.

Exemples

- CVS ;
- activités intergénérationnelles ;
- sorties ;
- engagement dans la vie de l’établissement.

6. Prise en compte de la parole et de l’expérience vécue

Correspondance StevensonÊtre reconnu, c’est sentir que sa parole a du poids.

Logique HAS

La HAS demande :

- recueil de l’expression ;
- écoute active ;
- traitement des réclamations ;
- adaptation continue.

Exemples

- temps d’écoute ;
- groupes de parole ;
- prise en compte des ressentis.

7. Prévention de la maltraitance relationnelle

Correspondance Stevenson

La non-reconnaissance est une forme fréquente de maltraitance invisible.

Logique HAS

La HAS surveille :

- infantilisation ;
- disqualification ;
- absence d’écoute ;
- standardisation excessive.

Exemples

- éviter de parler à la place de la personne ;
- éviter les surnoms dévalorisants ;
- maintenir une relation adulte-adulte.

Lecture synthétique Stevenson × HAS

Besoin Stevenson	Traduction principale dans la HAS
Reconnaissance	Dignité
Reconnaissance	Participation
Reconnaissance	Pouvoir d’agir
Reconnaissance	Autodétermination
Reconnaissance	Citoyenneté
Reconnaissance	Valorisation des capacités
Reconnaissance	Expression de la parole
Reconnaissance	Inclusion sociale

Lecture conceptuelle

Le modèle HAS décrit surtout :

- des exigences de qualité,
- des pratiques professionnelles,
- des garanties institutionnelles.

Le modèle Stevenson décrit davantage :

- la dynamique anthropologique sous-jacente,
- les effets existentiels des pratiques.

Ainsi :

- la HAS décrit **ce qu'il faut mettre en œuvre** ;
- Stevenson décrit **pourquoi cela est vital pour l'équilibre humain**.

Dans cette perspective, le besoin de reconnaissance constitue presque un "noyau caché" d'une grande partie des critères HAS relatifs à la bientraitance relationnelle.

Le dossier CPOM pour développer ces activités

Construire un dossier CPOM pour développer des activités favorisant la reconnaissance en EHPAD

Dans une logique **ARS / HAS / CPOM**, les activités visant le besoin de **reconnaissance** doivent être présentées non comme de simples animations, mais comme :

- des actions de prévention de la perte d'autonomie ;
- des leviers de bientraitance ;
- des dispositifs de prévention des troubles psycho-sociaux ;
- des outils de maintien du pouvoir d'agir ;
- des facteurs de qualité de vie et de réduction des risques.

Le dossier CPOM doit donc transformer une intuition relationnelle en **projet stratégique objectivable**.

1. Positionner le projet dans les priorités ARS et HAS

Le CPOM doit montrer que les actions répondent à :

- la prévention de l'isolement ;
- le maintien de l'autonomie ;
- la qualité de vie ;
- la prévention de la dépression ;
- la participation des résidents ;
- la bientraitance ;
- le pouvoir d'agir ;
- la citoyenneté des personnes âgées.

Formulation possible

Le projet vise à renforcer les capacités d’autonomie relationnelle et sociale des résidents par la mise en place d’activités contributives et de responsabilités adaptées favorisant le maintien du sentiment d’utilité sociale et la prévention du repli psycho-social.

2. Construire le diagnostic initial

Le CPOM doit partir d’un diagnostic objectivé.

A. Données à recueillir

Profil des résidents

- taux de dépression ;
- isolement relationnel ;
- perte d’autonomie ;
- troubles cognitifs ;
- participation aux activités.

Dysfonctionnements observés

- passivité institutionnelle ;
- faible participation ;
- perte du sentiment d’utilité ;
- repli en chambre ;
- refus d’activités.

3. Utiliser une lecture Stevenson comme grille structurante

Le modèle Stevenson peut devenir :

- un outil de diagnostic ;
- un cadre d’objectifs ;
- un système de suivi.

Exemple

Besoin Stevenson	Fragilité observée	Action proposée
Reconnaissance	sentiment d’inutilité	micro-responsabilités
Échange	isolement	groupes relationnels
Cohérence	perte de rôle social	transmission biographique
Affection	solitude	pair-aidance
Réflexion	repli cognitif	ateliers mémoire

4. Décrire les actions CPOM

A. Activités contributives

Exemples

- accueil des nouveaux résidents ;
- participation à la vie quotidienne ;
- ateliers intergénérationnels ;
- transmission de savoirs ;
- fonctions symboliques valorisées.

B. Structuration institutionnelle

Le CPOM doit montrer que le projet n’est pas occasionnel.

Prévoir :

- référent bientraitance ;
- coordinateur vie sociale ;
- fiches de responsabilités ;
- réunions d’évaluation.

5. Définir des objectifs mesurables

Très important pour ARS et Département.

Exemples d’objectifs

Quantitatifs

- taux de participation ;
- nombre de résidents impliqués ;
- fréquence des activités contributives ;
- nombre de responsabilités créées.

Qualitatifs

- amélioration du bien-être ;
- diminution du repli ;
- satisfaction des familles ;
- perception du sentiment d’utilité.

6. Construire des indicateurs compatibles HAS

Indicateurs possibles

Domaine	**Indicateur**
Participation	% résidents impliqués
Reconnaissance	auto-évaluation du sentiment d’utilité

Vie sociale	nombre d’interactions sociales
Dépression	évolution GDS
Bientraitance	satisfaction résidents/familles

7. Articuler avec le référentiel HAS

Le dossier doit explicitement montrer les liens avec :

- autodétermination ;
- participation ;
- personnalisation ;
- dignité ;
- citoyenneté ;
- expression des choix ;
- pouvoir d’agir.

8. Traduire économiquement le projet

Point central du CPOM.

Il faut montrer que ces actions :

- préviennent certaines dégradations ;
- limitent le repli ;
- réduisent certaines complications ;
- améliorent le climat institutionnel.

Argument ARS fort

Prévention de :

- dépression ;
- perte fonctionnelle accélérée ;
- troubles du comportement ;
- hospitalisations évitables.

9. Construire le plan de financement

Dépenses possibles

- temps animateur ;
- psychologue ;
- coordinateur vie sociale ;
- matériel ;
- partenariats associatifs ;
- formation bientraitance.

Co-financements possibles

- ARS ;

- CNSA ;
- Conférence des financeurs ;
- appels à projets prévention autonomie.

10. Présenter le projet comme innovation organisationnelle

C’est souvent ce qui renforce un CPOM.

Angle stratégique possible

Passage d’un modèle occupationnel à un modèle contributif centré sur le pouvoir d’agir des résidents.

Cette formulation est très compatible avec :

- HAS ;
- virage domiciliaire ;
- démocratie sanitaire ;
- logique parcours ;
- prévention de la perte d’autonomie.

Exemple de formulation CPOM synthétique

Axe stratégique

Renforcer le pouvoir d’agir et la reconnaissance sociale des résidents

Objectif

Développer des activités contributives permettant aux résidents d’exercer des responsabilités adaptées afin de prévenir le repli psycho-social et maintenir l’autonomie relationnelle.

Actions

- création de rôles sociaux internes ;
- développement du pair-aidance ;
- participation accrue à la vie collective ;
- ateliers de transmission intergénérationnelle.

Résultats attendus

- augmentation de la participation ;
- amélioration du bien-être ;
- diminution du repli ;
- amélioration des indicateurs HAS de bientraitance.

Lecture Stevenson–Spinoza–CPOM

Dans une lecture plus profonde, ce type de CPOM revient à institutionnaliser une idée simple :

une organisation bientraitante est une organisation qui augmente la puissance d’agir des personnes qu’elle accompagne.

Autrement dit :

- l’EHPAD ne doit pas seulement protéger ;
- il doit permettre aux résidents de continuer à être acteurs du monde social.

Ordre de grandeur des budgets CPOM

Quels sont les budgets raisonnables ou moyen pour le financement de cette activité ?

Les budgets “raisonnables” pour développer des activités centrées sur la **reconnaissance**, la participation sociale et le pouvoir d’agir en EHPAD dépendent fortement :

- de la taille de l’établissement,
- du niveau de structuration déjà existant,
- du recours ou non à du personnel dédié,
- de l’ambition du projet CPOM.

Cependant, dans les pratiques observées en EHPAD et dans les financements ARS/Conférences des financeurs, on peut dégager des **ordres de grandeur réalistes**.

1. Logique générale de financement

Ce type de projet relève généralement de :

- prévention de la perte d’autonomie,
- qualité de vie,
- lutte contre l’isolement,
- bientraitance,
- innovation organisationnelle,
- participation sociale.

Les financeurs attendent donc :

- des coûts modérés,
- un impact collectif,
- des indicateurs de résultat.

2. Budget minimal crédible

“Micro-projet reconnaissance”

Objectif

Créer quelques responsabilités résidentielles et ateliers contributifs.

Taille typique

EHPAD de 60–100 résidents.

Budget annuel typique

3 000 à 10 000 €

Dépenses principales

Poste	Budget
matériel animation	500–2 000 €
temps coordination interne	1 000–5 000 €
petites formations bientraitance	1 000–3 000 €
ateliers intergénérationnels	500–2 000 €

Caractéristiques

- très finançable ;
- compatible Conférence des financeurs ;
- peu risqué pour l'ARS.

3. Budget moyen structuré

"Programme pouvoir d'agir et reconnaissance"

Objectif

Structurer durablement des activités contributives institutionnelles.

Budget annuel moyen

15 000 à 50 000 €

Dépenses typiques

Poste	Budget annuel
0,2 à 0,5 ETP animateur/coordination	10–25 k€
psychologue ou supervision	3–10 k€
formation équipe	2–5 k€
activités et partenariats	2–10 k€
matériel / espaces	2–5 k€

Niveau CPOM

Très crédible dans :

- CPOM EHPAD,
- appels à projets autonomie,
- prévention isolement.

4. Budget ambitieux / innovant

“Transformation institutionnelle bientraitance”

Objectif

Faire du modèle contributif un axe stratégique majeur.

Budget annuel

60 000 à 200 000 €

Peut inclure

- coordinateur dédié ;
- psychologue ;
- pair-aidance ;
- architecture sociale ;
- espaces participatifs ;
- numérique ;
- évaluation scientifique ;
- partenariat universitaire.

Typiquement

- gros groupe privé ou associatif ;
- expérimentation ARS ;
- innovation médico-sociale.

5. Ce que financent le plus facilement les ARS

Les financeurs financent plus volontiers :

A. Temps humain

- coordination ;
- animation ;
- prévention ;
- psychologie.

B. Prévention

Surtout si reliée à :

- dépression ;
- isolement ;
- chutes ;
- troubles du comportement ;
- perte d’autonomie.

C. Intergénérationnel

Très porteur actuellement.

D. Participation sociale

Compatible :

- démocratie sanitaire ;
- citoyenneté ;
- autodétermination ;
- HAS bientraitance.

6. Ce qui renforce fortement un dossier

A. Évaluation objectivée

Exemples :

- GDS dépression ;
- participation ;
- qualité de vie ;
- isolement.

B. Réduction des risques

Montrer que le projet réduit :

- repli ;
- anxiété ;
- hospitalisations ;
- troubles du comportement.

C. Référence HAS

Très important dans les CPOM actuels.

7. Budget réaliste pour le cas présenté

Pour le cas type décrit précédemment (résidentes âgées avec fragilité psycho-sociale) :

Niveau raisonnable et crédible

20 000 à 35 000 €/an

Permet :

- coordination légère ;
- ateliers contributifs ;
- activités intergénérationnelles ;
- formation des équipes ;
- suivi des indicateurs ;
- valorisation institutionnelle.

C’est probablement la zone optimale :

- suffisamment sérieuse pour un CPOM ;

- sans apparaître disproportionnée.

8. Lecture économique Stevenson

Dans une logique Stevenson, ces dépenses ne doivent pas être vues comme “animation de confort”, mais comme :

- soutien des besoins fondamentaux ;
- prévention des déséquilibres ;
- maintien de l’autonomie ;
- réduction des affects dépressifs ;
- stabilisation institutionnelle.

Autrement dit, le financement porte sur la **régulation humaine globale** plus que sur l’occupationnel.

9. Formulation stratégique très efficace en CPOM

Une formulation souvent bien reçue est :

Développement d’activités contributives favorisant le maintien du pouvoir d’agir, de la participation sociale et du sentiment d’utilité des résidents afin de prévenir le repli psycho-social et la perte d’autonomie relationnelle.

Cette formulation :

- parle le langage HAS ;
- reste compatible ARS ;
- permet une lecture Stevenson implicite ;
- évite l’image “animation occupationnelle”.

La grille SERAFIN-HP ?

La grille (ou nomenclature) **SERAFIN-PH** — parfois appelée par extension « SERAFIN-HP » dans certains usages — apporte essentiellement une **logique de description standardisée des besoins et des prestations** dans le secteur médico-social.

Là où le **Modèle de Stevenson** décrit la dynamique humaine fondamentale (équilibres, autonomie, besoins anthropologiques), SERAFIN-PH apporte un cadre :

- administratif,
- médico-économique,
- organisationnel,
- de financement,
- de traçabilité des accompagnements.

Les deux approches sont donc très différentes mais potentiellement complémentaires.

1. Ce qu’est SERAFIN-PH

SERAFIN-PH signifie :

Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

Porté par :

- la CNSA,
- la DGCS,
- les ARS.

Objectif :

- décrire de façon homogène :
  - les besoins des personnes,
  - les prestations réalisées,
  - les ressources mobilisées,
  - afin d'améliorer le financement et le pilotage des ESSMS.

2. Ce qu'apporte concrètement SERAFIN-PH

A. Une nomenclature commune

SERAFIN permet de parler un langage commun entre :

- établissements,
- ARS,
- financeurs,
- MDPH,
- évaluateurs.

Exemple :

- mobilité,
- autonomie,
- communication,
- soins,
- participation sociale,
- soutien psychologique.

3. Une description fine des prestations

SERAFIN décrit :

- ce qui est réellement fait,
- pour qui,
- avec quelles ressources.

Par exemple :

- accompagnement à la mobilité ;
- soutien à la participation sociale ;
- médiation relationnelle ;
- aide à la communication.

4. Une logique de parcours

SERAFIN apporte une vision :

- transversale,
- interdisciplinaire,
- centrée parcours.

L'idée :

- ne plus raisonner seulement en "places" ou "structures",
- mais en besoins et réponses modulables.

5. Un langage économique et budgétaire

C'est probablement son apport majeur pour les CPOM.

SERAFIN permet :

- de justifier des moyens ;
- de relier besoins ↔ prestations ↔ financements ;
- d'objectiver les charges ;
- d'expliquer pourquoi certaines populations nécessitent davantage de ressources.

6. Un outil puissant pour les ARS

Pour les ARS, SERAFIN permet :

- comparaison entre établissements ;
- pilotage régional ;
- allocation des ressources ;
- suivi des intensités d'accompagnement.

7. Ce que SERAFIN apporte à un projet "Reconnaissance" en EHPAD

Même si SERAFIN est historiquement centré handicap, sa logique peut enrichir un projet EHPAD.

Il permet de transformer :

"activité relationnelle"

en :

- prestation identifiable,
- besoin objectivé,
- charge de travail,
- besoin de financement.

8. Exemple appliqué au besoin de reconnaissance

Stevenson

Le résident souffre :

- de perte d’utilité ;
- de repli ;
- de dépression ;
- de dévalorisation.

SERAFIN

On décrit :

Besoins

- participation sociale ;
- communication ;
- autonomie relationnelle ;
- maintien des liens sociaux.

Prestations

- animation contributive ;
- accompagnement relationnel ;
- médiation sociale ;
- pair-aidance ;
- soutien à la participation.

Ressources

- temps animateur ;
- psychologue ;
- coordination ;
- ateliers adaptés.

9. Différence fondamentale Stevenson / SERAFIN

Stevenson	**SERAFIN**
anthropologie	nomenclature
dynamique humaine	description des prestations
besoins fondamentaux universels	besoins fonctionnels objectivés
autonomie vécue	organisation des réponses
puissance d’agir	allocation des ressources
lecture existentielle	lecture médico-économique

10. Ce que Stevenson apporte que SERAFIN n’apporte pas

SERAFIN décrit :

- “quoi faire” ;
- “combien cela coûte”.

Mais il explique peu :

- pourquoi certains besoins sont existentiellement centraux ;
- comment se construit le sentiment d’autonomie ;
- pourquoi certaines atteintes produisent dépression ou repli.

Le Modèle de Stevenson apporte :

- une cohérence anthropologique ;
- une lecture globale des équilibres humains ;
- une compréhension fine des interactions entre besoins.

11. Ce que SERAFIN apporte que Stevenson n’apporte pas

Le Modèle de Stevenson est très puissant pour :

- comprendre ;
- diagnostiquer ;
- orienter.

Mais il reste peu normé administrativement.

SERAFIN apporte :

- codification ;
- traçabilité ;
- objectivation budgétaire ;
- quantification des prestations.

12. Complémentarité stratégique

La combinaison des deux approches est particulièrement puissante :

Stevenson→ identifie les déséquilibres humains fondamentaux.

HAS→ transforme cela en exigences de qualité et bientraitance.

SERAFIN→ transforme cela en :

- prestations,
- ressources,
- financements,
- CPOM.

Formule synthétique

On pourrait résumer ainsi :

Stevenson explique les besoins humains fondamentaux.
HAS décrit les bonnes pratiques de bientraitance.
SERAFIN permet d’organiser et financer opérationnellement les réponses.

Établir un CPOM l'aide de SERAFIN-HP

Il faut d'abord préciser que le terme officiel est **SERAFIN-PH** pour **Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées**. Même si le dispositif vise principalement le champ du handicap, sa logique est très utile pour structurer un **CPOM centré sur l'activité**, car elle relie : **besoins → prestations → moyens → coût → indicateurs**. La CNSA présente SERAFIN-PH comme une réforme visant à décrire de façon homogène les besoins des personnes et les prestations réalisées, afin d'éclairer le financement et le pilotage des ESMS. (CNSA)

1. Principe du CPOM centré sur l'activité

Un CPOM centré sur l'activité ne part pas seulement d'une enveloppe budgétaire globale. Il part d'une question plus opérationnelle :

Quels besoins sont observés chez les personnes accompagnées, quelles activités y répondent, avec quels professionnels, quelle fréquence, quel coût et quels résultats attendus ?

Dans votre exemple — activités de reconnaissance pour des résidentes d'EHPAD — l'enjeu est de transformer des actions apparemment "d'animation" en **prestations identifiables d'accompagnement à la participation sociale, au pouvoir d'agir et à la prévention du repli**.

La HAS rattache ces notions à l'autodétermination, au pouvoir d'agir, à la participation aux décisions et à l'exercice de la citoyenneté des personnes accompagnées. (Haute Autorité de Santé)

2. Architecture recommandée du dossier CPOM

Axe CPOM proposé

Axe stratégique : développer les activités contributives et la reconnaissance sociale des résidents.

Formulation possible :

L'établissement souhaite passer d'une logique d'animation occupationnelle à une logique d'activités contributives, permettant aux résidents d'exercer des responsabilités adaptées, de maintenir leur pouvoir d'agir et de prévenir le repli psycho-social.

3. Construire la chaîne SERAFIN-PH

La logique centrale consiste à établir une chaîne complète :

Étape	Question CPOM	Exemple appliqué
Besoin	Quel besoin est repéré ?	isolement, dépression, perte du sentiment d'utilité
Objectif	Quel résultat vise-t-on ?	renforcer reconnaissance, participation, estime de soi
Prestation	Quelle réponse est organisée ?	ateliers contributifs, pair-aidance, accueil des nouveaux résidents

Activité	Que fait concrètement l'établissement ?	rôle d'ambassadrice, jardinage partagé, transmission de savoirs
Ressources	Qui intervient ?	animateur, psychologue, soignant, bénévole, partenaire
Unité d'œuvre	Comment mesure-t-on ?	séance, résident bénéficiaire, heure professionnelle
Coût	Quel budget ?	coût horaire, matériel, coordination
Indicateur	Quel effet vérifie-t-on ?	participation, GDS, satisfaction, baisse du repli

SERAFIN-PH distingue des nomenclatures de **besoins** et de **prestations**, précisément pour décrire dans un langage commun ce qui est nécessaire aux personnes et ce que les établissements réalisent en réponse. (CNSA)

4. Exemple appliqué : activité "résidente ambassadrice"

Élément	**Contenu**
Besoin Stevenson	Reconnaissance, échange, affection, cohérence
Besoin SERAFIN-PH mobilisable	participation sociale, communication, autonomie dans la vie relationnelle
Objectif CPOM	Permettre à certains résidents d'avoir un rôle social reconnu dans l'établissement
Prestation	Accompagnement à la participation sociale et à la vie collective
Activité	Accueil des nouveaux résidents, accompagnement au premier repas, présentation des lieux
Professionnels	animateur, psychologue, AS/ASH référent
Fréquence	1 à 2 séquences par semaine
Moyens	temps de coordination, formation, supports visuels
Indicateurs	nombre de résidents impliqués, satisfaction, baisse du repli, observations qualitatives

5. Décrire l'activité en unités d'œuvre

Pour rendre le CPOM crédible, il faut éviter une description uniquement qualitative. Il faut quantifier l'activité.

Exemple de structuration :

Activité	Unité d'œuvre	Volume annuel
Ateliers contributifs	séance collective	80 séances/an
Accueil des nouveaux résidents	accompagnement individuel	20 accompagnements/an
Ateliers transmission de savoirs	séance collective	40 séances/an
Groupes de parole / expression	séance collective	24 séances/an
Coordination du programme	heure professionnelle	120 h/an
Évaluation / bilan	réunion pluridisciplinaire	4 bilans/an

Le guide méthodologique du recueil PH 2025 distingue notamment la **séance**, qui qualifie le service rendu à la personne, et l'**acte**, qui correspond à une action réalisée par un professionnel au profit d'une personne ou d'un groupe. Cette distinction est utile pour objectiver une activité dans un dossier CPOM. (atih.sante.fr)

6. Traduction budgétaire

Pour un EHPAD de taille moyenne, un programme réaliste peut être présenté ainsi :

Poste	Hypothèse	Budget annuel indicatif
Coordination animation / vie sociale	0,2 ETP	10 000 à 14 000 €
Appui psychologue / supervision	3 h/mois	2 500 à 4 000 €
Formation bientraitance / pouvoir d'agir	1 à 2 journées	2 000 à 5 000 €
Matériel et supports	signalétique, carnets, outils mémoire	1 500 à 3 000 €
Partenariats extérieurs	écoles, associations, culture	2 000 à 6 000 €
Évaluation et bilan	temps interne + outils	1 000 à 3 000 €

Budget raisonnable : 20 000 à 35 000 € par an, selon la taille de l'établissement et le niveau d'ambition.

7. Indicateurs CPOM à retenir

Il faut combiner des indicateurs d'activité, de qualité et d'effet.

Type d'indicateur	Exemple
Activité	nombre de séances réalisées

Couverture	nombre et % de résidents impliqués
Intensité	nombre moyen de participations par résident
Reconnaissance	nombre de rôles sociaux créés
Qualité	satisfaction des résidents et familles
Clinique	évolution du repli, de l’humeur, de la dépression
HAS	participation, expression, personnalisation, pouvoir d’agir
Organisation	nombre de professionnels formés

8. Fiche-action CPOM prête à intégrer

Fiche-action : Activités contributives et reconnaissance sociale des résidents

Constat initial
Une partie des résidents présente un risque de repli psycho-social, de perte du sentiment d’utilité et de diminution de la participation à la vie collective. Les troubles cognitifs, sensoriels ou moteurs aggravent ce risque.

Objectif stratégique
Renforcer le pouvoir d’agir, la participation sociale et la reconnaissance des résidents par la mise en place d’activités contributives adaptées.

Objectifs opérationnels
Créer des rôles sociaux internes simples et valorisés.
Développer des ateliers de transmission, d’accueil, de pair-aidance et de participation à la vie collective.
Former les professionnels à une logique de reconnaissance et d’autodétermination.

Prestations décrites selon la logique SERAFIN-PH
Accompagnement à la participation sociale.
Soutien à la communication et aux relations avec autrui.
Accompagnement à l’autonomie dans la vie quotidienne et la vie collective.
Coordination et pilotage du projet.

Actions principales
Création d’un dispositif de “résidents ambassadeurs”.
Mise en place d’ateliers de transmission de savoirs.
Participation des résidents à certaines tâches collectives valorisées.
Groupes d’expression et contribution au CVS.
Développement de partenariats intergénérationnels.

Moyens nécessaires
Temps de coordination.
Appui psychologue.
Formation des équipes.
Supports de repérage et d’évaluation.

Partenariats locaux.

Budget annuel cible
20 000 à 35 000 €.

Indicateurs
Nombre de résidents impliqués.
Nombre de rôles sociaux créés.
Taux de participation.
Évolution du repli psycho-social.
Satisfaction résidents/familles.
Nombre de professionnels formés.
Nombre d'actions inscrites dans les projets personnalisés.

9. Articulation Stevenson × HAS × SERAFIN-PH

Modèle	Fonction dans le CPOM
Stevenson	diagnostic anthropologique des besoins fondamentaux
HAS	exigence qualité : participation, dignité, autodétermination, bientraitance
SERAFIN-PH	description des besoins, prestations, unités d'œuvre et ressources
CPOM	contractualisation des objectifs, moyens, indicateurs et financements

La formule stratégique pourrait être :

Stevenson fonde le sens du projet ; la HAS en garantit la qualité ; SERAFIN-PH en rend l'activité lisible et finançable ; le CPOM en contractualise les moyens et les résultats.

Nombre de résidents concernés par les activités contributives

Le nombre de résidents concernés par des **activités contributives** en EHPAD dépend fortement :

- du niveau de dépendance (GIR),
- des troubles cognitifs,
- de la culture institutionnelle,
- de la formation des équipes,
- de la définition retenue de "contributif".

Cependant, l'expérience de terrain et les logiques HAS/SERAFIN montrent qu'en réalité **une proportion beaucoup plus importante de résidents peut participer** qu'on ne l'imagine souvent, à condition :

- d'adapter les rôles,
- de fractionner les tâches,
- de valoriser les micro-contributions.

1. Estimation réaliste globale

En EHPAD classique

Environ 25 % à 60 % des résidents

peuvent participer à au moins une activité contributive adaptée.

Cela inclut :

- rôles sociaux très simples,
- participation relationnelle,
- responsabilités symboliques,
- pair-aidance légère,
- transmission,
- accueil,
- ateliers.

2. Répartition typique

A. Participation forte et régulière

10 % à 20 %

Résidents :

- cognitivement relativement préservés,
- sociables,
- capables de routines.

Exemples :

- accueil nouveaux résidents ;
- CVS ;
- ateliers transmission ;
- responsabilités régulières.

B. Participation modérée ou accompagnée

20 % à 40 %

Résidents :

- troubles cognitifs modérés ;
- fatigabilité ;
- mobilité réduite.

Mais participation possible :

- petits rôles ;
- ateliers guidés ;
- interactions relationnelles ;
- activités ritualisées.

C’est souvent le groupe le plus important.

C. Participation très limitée mais réelle

10 % à 20 %

Même des personnes très fragiles peuvent :

- distribuer un objet ;
- participer à un rituel ;
- choisir une musique ;
- accueillir verbalement ;
- soutenir affectivement.

Le modèle Stevenson est très utile ici :
il montre que la reconnaissance ne nécessite pas forcément une activité complexe.

3. Pourquoi les établissements sous-estiment souvent ce potentiel

Très souvent :

- l’animation reste occupationnelle ;
- les rôles sont peu institutionnalisés ;
- les troubles cognitifs sont vus comme incompatibles avec toute responsabilité.

Or :

- la mémoire procédurale ;
- la mémoire émotionnelle ;
- les habitudes sociales ;
  restent souvent partiellement préservées.

4. Cas des résidents avec troubles cognitifs

Même avec :

- Alzheimer modéré ;
- désorientation ;
- troubles mnésiques ;

des activités contributives restent possibles si :

- elles sont ritualisées ;
- répétitives ;
- simples ;
- soutenues par l’environnement.

5. Estimation pour un EHPAD moyen

Exemple : EHPAD de 80 résidents

Niveau de participation	Nombre réaliste

participation forte	8 à 15
participation modérée	15 à 25
participation légère	10 à 15

Total potentiel

30 à 50 résidents concernés

Ce chiffre est souvent beaucoup plus élevé que ce que les équipes imaginent initialement.

6. Dans un CPOM : chiffre crédible à annoncer

Pour un projet réaliste :

Première année

20 % à 35 % des résidents

est une cible crédible et bien perçue.

Après structuration

40 % à 60 %

peut devenir atteignable.

7. Ce que recherchent les ARS

Les ARS ne recherchent pas :

- des chiffres artificiellement élevés,
- ni une participation “totale”.

Elles recherchent surtout :

- cohérence,
- individualisation,
- traçabilité,
- impact qualitatif,
- prévention du repli.

8. Lecture Stevenson

Dans le modèle Stevenson, l’objectif n’est pas uniquement :

“faire participer”

mais :

restaurer une capacité d’agir reconnue socialement.

Ainsi, même une contribution très faible peut avoir un effet important sur :

- la reconnaissance ;
- l’identité ;
- la cohérence ;
- l’humeur ;
- le sentiment d’existence sociale.

9. Formulation CPOM recommandée

Une formulation réaliste pourrait être :

Le projet vise à impliquer progressivement 25 à 40 % des résidents dans des activités contributives adaptées à leurs capacités, avec une attention particulière portée au maintien du pouvoir d’agir, à la reconnaissance sociale et à la prévention du repli psycho-social.

Cette formulation est :

- crédible ;
- compatible HAS ;
- compatible SERAFIN ;
- facilement défendable devant une ARS.

Exemples réels d’activités ?

Il existe de nombreux exemples réels — souvent modestes mais très efficaces — mis en place dans des EHPAD, résidences autonomie ou unités Alzheimer.
La plupart ne sont pas toujours formalisés comme “activités contributives”, mais relèvent concrètement du maintien du **rôle social**, du **pouvoir d’agir** et du **besoin de reconnaissance**.

Voici des exemples particulièrement réalistes et compatibles avec :

- HAS bientraitance,
- logique CPOM,
- approche Stevenson,
- logique SERAFIN-PH.

1. « Résidents ambassadeurs »

Observé dans plusieurs EHPAD associatifs

Fonction

Certains résidents :

- accueillent les nouveaux arrivants ;
- prennent un café avec eux ;
- présentent les espaces communs.

Résultats souvent observés

- diminution de l’anxiété des nouveaux ;
- valorisation forte des résidents impliqués ;
- meilleure intégration sociale.

Compatible avec troubles cognitifs modérés

Oui, si ritualisé.

2. Jardin thérapeutique cogéré par les résidents

Très fréquent

Activités

- arrosage ;
- surveillance des plantations ;
- choix des fleurs ;
- récoltes simples.

Effets observés

- responsabilisation ;
- repères temporels ;
- stimulation sensorielle ;
- sentiment d’utilité.

3. Atelier cuisine contributif

Extrêmement fréquent en EHPAD

Différence entre atelier classique et contributif

Occupationnel“on fait cuisiner les résidents”.

Contributif

Les résidents :

- préparent réellement un goûter ;
- choisissent des recettes ;
- transmettent un savoir ;
- servent d’autres résidents.

Effet reconnaissance

Très fort.

4. Participation aux repas

Exemples réels

- mise des tables ;
- distribution du pain ;
- accueil des résidents au restaurant ;

- décoration saisonnière.

Important

Ce sont souvent les activités les plus puissantes car :

- quotidiennes ;
- visibles ;
- socialement utiles.

5. « Bibliothèque vivante »

Activité développée dans plusieurs structures

Des résidents racontent :

- leur métier ;
- leur enfance ;
- la guerre ;
- des savoir-faire anciens.

Parfois avec :

- écoles ;
- collèges ;
- bénévoles ;
- familles.

Effets

- restauration identitaire ;
- cohérence biographique ;
- reconnaissance intergénérationnelle.

6. Pair-aidance entre résidents

Très observé mais peu formalisé

Exemples :

- accompagner une résidente anxieuse ;
- rassurer ;
- aider à l’installation ;
- soutenir lors des repas.

Souvent très puissant

Notamment chez :

- anciennes aidantes ;
- personnalités relationnelles ;
- anciennes professionnelles du soin.

7. Conseil des menus réellement participatif

Exemple concret

Pas seulement “donner un avis”.

Mais :

- choix partiel des menus ;
- proposition de repas régionaux ;
- transmission de recettes.

Effets

- reconnaissance culturelle ;
- sentiment d’influence réelle.

8. Activités intergénérationnelles contributives

Très développées actuellement

Exemples

- lecture à des enfants ;
- couture ;
- cuisine ;
- jardinage ;
- transmission artisanale.

Résultat fréquent

Les résidents redeviennent :

- détenteurs de savoirs ;
- figures sociales ;
- référents symboliques.

9. Fonctions symboliques institutionnelles

Exemples réels observés

- responsable météo ;
- annonce anniversaires ;
- gardien des plantes ;
- responsable musique ;
- accueil des familles.

Cela peut sembler mineur mais l’effet psychologique peut être considérable.

10. Participation à des projets artistiques

Observé dans des projets culturels ARS/DRAC

Exemples

- expositions photo ;
- chorales ;
- théâtre ;
- podcasts mémoire ;
- films documentaires.

Point essentiel

Le résident devient :

- auteur ;
- créateur ;
- témoin.

11. Exemple particulièrement intéressant : Montessori en EHPAD

Certaines unités Alzheimer inspirées Montessori utilisent :

- tâches simples ;
- rôles sociaux ;
- routines utiles.

Exemples :

- plier le linge ;
- distribuer le courrier ;
- ranger ;
- accueillir.

Résultats souvent rapportés

- baisse agitation ;
- diminution repli ;
- amélioration estime de soi.

12. Exemple institutionnel connu : Humanitude

Dans plusieurs établissements Humanitude :

- les résidents sont encouragés à participer ;
- les professionnels évitent la passivité imposée ;
- le rôle social est continuellement soutenu.

La logique est proche du besoin Stevenson de reconnaissance.

13. Exemple très concret compatible CPOM

Projet : « Résidents ressources »

Objectif

Identifier les capacités sociales restantes des résidents.

Mise en œuvre

Chaque résident peut :

- participer à une fonction ;
- transmettre ;
- contribuer ;
- aider.

Fonctions possibles

Fonction	Niveau cognitif requis
accueil	modéré
arrosage	faible
discussion mémoire	modéré
aide repas	faible/modéré
transmission savoir	modéré
CVS	préservé/modéré

14. Ce qui fonctionne réellement

Les projets qui réussissent ont souvent :

- des tâches simples ;
- une utilité visible ;
- des routines stables ;
- une valorisation explicite ;
- une reconnaissance institutionnelle.

15. Lecture Stevenson

Dans le modèle Stevenson, ces activités agissent simultanément sur :

Besoin	Effet
Reconnaissance	utilité sociale
Échange	interactions
Affection	liens
Cohérence	continuité biographique
Réflexion	stimulation

Sécurité	repères
Adaptation	engagement environnemental

Point essentiel

Le facteur décisif n’est souvent pas la complexité de l’activité mais :

le fait que la personne sente qu’elle compte encore pour le collectif.

C’est précisément ce qui relie :

- Stevenson,
- bientraitance HAS,
- pouvoir d’agir,
- et logique contributive en CPOM.

Activités contributives et Neurosciences

Sur le plan des neurosciences - voir Neurosciences et sociétés plurielles livre joint - comment expliquer les apports bénéfiques des activités contributives ?

Les **activités contributives** — c’est-à-dire les activités dans lesquelles une personne âgée ne se contente pas d’être occupée mais **agit réellement sur le monde social** — peuvent être expliquées de façon très cohérente à partir de la lecture neuroscientifique développée dans *Neurosciences et Sociétés plurielles*.

Le livre propose une vision selon laquelle le cerveau humain est avant tout un **système de régulation relationnelle**, continuellement engagé dans :

- l’interprétation du milieu,
- la réduction des déséquilibres,
- l’anticipation,
- et le maintien de l’autonomie.

Dans cette perspective, les activités contributives ont un effet profond parce qu’elles réactivent plusieurs grands systèmes neuropsychiques simultanément.

1. Réactivation du circuit de la récompense

Le livre insiste sur l’importance du **circuit de la récompense** dans la régulation humaine.
Une activité contributive produit :

- utilité,
- reconnaissance,
- réussite,
- interaction positive.

Ces éléments stimulent :

- dopamine,
- motivation,

- engagement,
- anticipation positive.

Chez une personne âgée dépressive ou institutionnalisée, ce circuit tend souvent à s'effondrer :

- perte d'initiative ;
- passivité ;
- retrait ;
- diminution du désir d'agir.

L'activité contributive réintroduit :

« je peux encore produire un effet sur le monde ».

C'est neurobiologiquement majeur.

2. Diminution des affects de menace et du stress

Le livre décrit aussi l'importance du **circuit de lutte/stress** dans les situations de vulnérabilité.

En EHPAD, plusieurs facteurs activent chroniquement les systèmes de stress :

- perte de contrôle ;
- désorientation ;
- isolement ;
- dépendance ;
- infantilisation ;
- perte du rôle social.

Les activités contributives réduisent ce stress car elles restaurent :

- prévisibilité ;
- compétence ;
- appartenance ;
- capacité d'action.

Autrement dit :
le cerveau passe progressivement d'un état :

- défensif,
- passif,
- anxieux,

à un état :

- engagé,
- relationnel,
- exploratoire.

3. Plasticité cérébrale et maintien des réseaux

Le cerveau âgé conserve une certaine **plasticité**, notamment :

- émotionnelle,

- relationnelle,
- procédurale.

Les activités contributives stimulent simultanément :

- attention ;
- mémoire procédurale ;
- langage ;
- motricité ;
- cognition sociale ;
- émotions.

Cela favorise le maintien de réseaux neuronaux encore fonctionnels.

4. Importance de la cognition sociale

Le livre insiste sur le fait que le cerveau humain est profondément social.
Une partie importante des circuits cérébraux sert à :

- interpréter les autres ;
- anticiper leurs réactions ;
- coopérer ;
- communiquer ;
- être reconnu.

Lorsque le résident devient :

- accueillant,
- transmetteur,
- aidant,
- participant,

il réactive ces systèmes de cognition sociale.

5. Réactivation de la mémoire émotionnelle

Même chez des personnes ayant des troubles mnésiques, la mémoire émotionnelle et relationnelle reste souvent partiellement préservée.

Ainsi :

- être remercié ;
- être attendu ;
- être utile ;
- recevoir un sourire ;
- sentir qu’on aide quelqu’un ;

peut produire des effets durables sur :

- l’humeur ;
- l’engagement ;
- la motivation.

Le cerveau ne retient pas toujours l'événement précis, mais conserve :

- la tonalité affective ;
- le sentiment de valeur relationnelle.

6. Réduction du phénomène de passivité acquise

Les neurosciences montrent que lorsque :

- les décisions disparaissent,
- les initiatives sont inutiles,
- les actions n'ont plus d'effet visible,

un phénomène de **passivité acquise** peut apparaître.

La personne :

- agit moins ;
- anticipe moins ;
- explore moins ;
- se replie.

Les activités contributives combattent directement ce mécanisme car elles restaurent :

- causalité personnelle ;
- efficacité vécue ;
- rétroaction positive.

7. Maintien de l'identité neuronale et autobiographique

Le livre souligne l'importance des interactions entre :

- mémoire,
- identité,
- environnement social.

Lorsqu'une personne transmet :

- son métier,
- ses recettes,
- son histoire,
- ses savoir-faire,

elle réactive :

- les réseaux autobiographiques ;
- la cohérence du soi ;
- la continuité identitaire.

Cela contribue fortement à limiter :

- désorganisation psychique ;
- sentiment de disparition sociale.

8. Synchronisation sociale et régulation collective

Le livre développe aussi une vision “organique” des sociétés :
les cerveaux humains se régulent mutuellement au sein d’un collectif.

Dans cette perspective :

- les activités contributives ne bénéficient pas seulement au résident ;
- elles stabilisent aussi le groupe institutionnel.

Effets observés :

- diminution tensions ;
- climat plus apaisé ;
- relations plus humaines ;
- meilleure circulation affective.

9. Lecture Stevenson–Neurosciences

Les activités contributives stimulent simultanément plusieurs besoins fondamentaux :

Besoin Stevenson	**Effet neuroscientifique probable**
Reconnaissance	activation récompense sociale
Échange	cognition sociale
Affection	régulation émotionnelle
Réflexion	stimulation cognitive
Cohérence	maintien autobiographique
Adaptation	engagement environnemental
Sécurité	réduction stress/passivité

10. Lecture spinoziste et neuroscientifique commune

Le rapprochement entre Spinoza et neurosciences devient ici particulièrement clair.

Les activités contributives :

- augmentent les affects positifs ;
- diminuent les affects tristes ;
- renforcent la capacité d’agir ;
- restaurent l’autonomie vécue.

Autrement dit :
elles augmentent ce que Spinoza appelait la **puissance d’agir**, et ce que les neurosciences contemporaines décrivent comme :

- motivation,
- engagement,
- régulation émotionnelle,
- activation des circuits relationnels et dopaminergiques.

Formulation synthétique possible pour un CPOM

Les activités contributives mobilisent les circuits neurocognitifs de la motivation, de la cognition sociale et de la récompense. Elles participent au maintien de l'autonomie relationnelle, réduisent les phénomènes de passivité acquise et soutiennent les mécanismes de régulation émotionnelle chez les personnes âgées fragilisées.

Impacte des médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes favorisent-ils ou au contraire atténuent-ils les effets des activités contributives ?

Les médicaments psychotropes peuvent soit **favoriser**, soit **atténuer** les effets des activités contributives selon :

- la classe du médicament,
- la dose,
- la durée du traitement,
- la fragilité neurologique de la personne,
- et surtout l'équilibre entre :
    - réduction de la souffrance,
    - et maintien de la capacité d'engagement.

Dans une lecture croisée :

- **Stevenson**,
- **neurosciences**,
- **Spinoza**,
- et bientraitance HAS,

la question centrale devient :

Le traitement augmente-t-il ou réduit-il la capacité de la personne à agir, interagir, ressentir et participer au monde social ?

1. Pourquoi certains psychotropes peuvent favoriser les activités contributives

Dans certains cas, les psychotropes permettent précisément de rendre possibles :

- participation ;
- relation ;
- motivation ;
- engagement.

Exemple : dépression sévère

Une personne :

- très anxieuse ;
- inhibée ;
- ralentie ;
- souffrante ;

peut être incapable :

- d’entrer en relation ;
- de participer ;
- d’initier une action.

Un traitement antidépresseur efficace peut :

- réduire l’inhibition ;
- restaurer l’énergie psychique ;
- améliorer l’attention ;
- réouvrir l’accès au lien social.

Dans ce cas :
les activités contributives deviennent enfin accessibles.

2. Mais les psychotropes peuvent aussi atténuer fortement ces effets

C’est particulièrement vrai avec :

- neuroleptiques,
- benzodiazépines,
- sédatifs,
- surdosages.

3. Effets neuropsychiques pouvant limiter la contribution

A. Diminution de l’initiative

Très fréquent.

La personne :

- agit moins ;
- anticipe moins ;
- devient plus passive.

B. Émoussement affectif

Les activités contributives reposent beaucoup sur :

- émotion ;
- désir ;
- reconnaissance ;
- plaisir relationnel.

Certains psychotropes peuvent :

- “aplatir” les affects ;
- réduire l’investissement émotionnel.

C. Altération cognitive

Possible :

- ralentissement ;
- attention réduite ;
- mémoire diminuée ;
- désorientation accrue.

D. Réduction de la motivation dopaminergique

Particulièrement avec certains neuroleptiques.

Or les activités contributives reposent fortement sur :

- motivation ;
- récompense sociale ;
- anticipation positive.

4. Lecture neuroscientifique

Les activités contributives stimulent :

- dopamine,
- cognition sociale,
- engagement moteur,
- réseaux émotionnels.

Un psychotrope trop sédatif peut donc :

- court-circuiter une partie de ces mécanismes ;
- réduire la neuroplasticité relationnelle.

5. Le paradoxe central en EHPAD

Très souvent :

- les psychotropes diminuent les troubles visibles ;
- mais peuvent aussi réduire :
    - spontanéité,
    - relation,
    - engagement,
    - désir d’agir.

Le résident devient :

- plus calme,
- mais parfois moins vivant socialement.

C’est un enjeu majeur de bientraitance.

6. Position actuelle HAS

La HAS insiste fortement sur :

- limitation des psychotropes ;
- réévaluation régulière ;
- alternatives non médicamenteuses.

En particulier pour :

- troubles du comportement ;
- anxiété ;
- agitation ;
- dépression légère/modérée.

Les approches relationnelles et environnementales sont désormais valorisées.

7. Lecture Stevenson

Dans le modèle Stevenson :

Les psychotropes peuvent :

Aider

s’ils réduisent :

- souffrance,
- anxiété,
- désorganisation,
- dépression sévère.

Mais ils peuvent aussi :

affaiblir :

- reconnaissance,
- échange,
- réflexion,
- adaptation,
- cohérence.

Autrement dit :
ils peuvent stabiliser certains besoins tout en en fragilisant d’autres.

8. Lecture spinoziste

La lecture spinoziste éclaire particulièrement bien ce problème.

Si le médicament :

- réduit un affect destructeur,
- restaure la capacité d’agir,

alors il augmente la puissance d’agir.

Mais si :

- il diminue trop l’initiative,
- affaiblit les relations,
- réduit l’intensité vécue,

alors il peut produire une diminution de cette puissance.

9. Situation optimale

La meilleure situation est souvent :

Médication minimale efficace

environnement relationnel riche

activités contributives adaptées.

Les activités contributives peuvent alors :

- réduire certaines prescriptions ;
- limiter le repli ;
- diminuer agitation et anxiété ;
- restaurer motivation et estime de soi.

10. Ce que montrent souvent les établissements

Lorsque les activités contributives sont bien développées :

- certains troubles du comportement diminuent ;
- le besoin de sédation peut parfois baisser ;
- l’humeur s’améliore ;
- les interactions augmentent.

Ce n’est évidemment pas systématique ni substitutif aux soins médicaux, mais l’effet institutionnel peut être important.

Formulation synthétique possible

Les psychotropes peuvent favoriser les activités contributives lorsqu’ils réduisent des états anxieux ou dépressifs empêchant toute participation. Cependant, des traitements trop sédatifs ou entraînant un émoussement affectif peuvent réduire l’engagement relationnel, la motivation et la capacité d’initiative, limitant ainsi les effets neuropsychiques positifs des activités contributives. L’enjeu clinique consiste donc à rechercher un équilibre entre stabilisation symptomatique et maintien du pouvoir d’agir.

From:
https://www.la-plateforme-stevenson.org/v4/ - **La Plateforme Stevenson**

Permanent link:
https://www.la-plateforme-stevenson.org/v4/connaissance/comprendrepage/airelles_residente_m_reconnaissance?rev=1781181710

Last update: **2026/06/11 14:41**