

**Ecole Nationale de la Santé Publique**

**LE PROJET DE VIE POUR UNE MEILLEURE  
QUALITÉ DE VIE EN INSTITUTION**

**Mémoire de Directeur d'Etablissements  
Sociaux et Médicaux-Sociaux Publics  
Promotion 1998 - 1999**

**Sylvie LACARRIERE**

## **GLOSSAIRE**

- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
- ANFH : Association Nationale de Formation pour le personnel Hospitalier
- AS : Aide-Soignant
- ASH : Agent des Services Hospitaliers
- CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance maladie
- CNAV : Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse
- CROSS : Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- ETP : Equivalent Temps Plein
- GIR : Groupes Iso-Ressources
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- INSEE : Institut National des Statistiques et Etudes Economiques
- LE : Liste Electorale
- MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
- PSD : Prestation Spécifique Dépendance
- RP : Recensement de la Population
- SCM : Section de Cure Médicale
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

# SOMMAIRE

Pages

<b>Introduction</b>	5
---------------------	---

<b>1<sup>ère</sup> partie : la vieillesse... un problème</b>	8
--	---

<b>1. Le vieillissement de la population</b>	9
1.1. Regard démographique	9
1.2. Définition de la vieillesse	11
1.3. Définition de la dépendance	12
<b>2. Personnes âgées et Société</b>	14
2.1. Regard de la société sur la personne âgée	14
2.2. La place de la personne âgée	15
<b>3. Les Politiques de la vieillesse</b>	16
3.1. D'une politique de soutien à domicile	17
3.2. A une politique de prise en charge de la dépendance	19
<b>4. L'hébergement des personnes âgées</b>	21
4.1. De la scission du sanitaire et du social	21
4.2. A la médicalisation des établissements sociaux	22
4.3. Avec une prise en compte de la personne âgée, acteur du système	23
<b>5. L'intérêt du projet de vie en institution</b>	25
5.1. Il donne une véritable place aux personnes âgées	25
5.2. Il est reconnu par les organismes financeurs	26
5.3. Il répond à une démarche de qualité	28
<b>6. Conclusion</b>	29

<b>2<sup>ème</sup> partie : l'étude prospective du projet de vie</b>	31
--	----

<b>1. Le contexte</b>	32
1.1. Le contexte général	33
1.1.1. Le schéma départemental	
1.1.2. L'environnement institutionnel	
1.2. La maison de retraite « Saint-Jacques »	37
1.2.1. Sa mission	
1.2.2. Son activité	

<b>2. La population hébergée</b>	<b>39</b>
2.1. Identification	39
2.2. Evaluation de la dépendance	40
2.3. Evolution de la population	42
<b>3. L'identification des problèmes</b>	<b>44</b>
3.1. Ressenti des différents acteurs	44
3.1.1. Au niveau de l'accueil	
3.1.2. Au niveau des soins	
3.1.3. Au niveau de la cuisine	
3.1.4. Au niveau de l'animation	
3.2. Recueil d'informations	47
3.2.1. Les outils utilisés	
3.2.2. L'analyse	
3.2.3. Les résultats obtenus	
<b>4. Le diagnostic partagé</b>	<b>49</b>
<b>5. Conclusion</b>	<b>50</b>
<b>3<sup>ème</sup> partie : Le projet de vie : pour une meilleure qualité de vie...</b>	<b>51</b>

<b>1. La finalité du projet</b>	<b>52</b>
<b>2. Le but : La personnalisation des prestations</b>	<b>55</b>
2.1. Au travers de l'accueil	56
2.2. Au travers de l'animation	57
2.3. Par un travail d'équipe efficace	58
<b>3. Les objectifs</b>	<b>60</b>
3.1. Mieux connaître les résidents	60
3.1.1. Par la création d'un guide d'entretien	
3.1.2. Par un accueil en plusieurs étapes	
3.1.3. Par un accompagnement personnalisé	
3.1.4. Par des réunions de concertation	
3.2. Adapter les prestations	66
3.2.1. Au niveau de l'animation	
3.2.2. Au niveau du repas	
3.3. Adapter l'organisation de travail	68
3.3.1. En répondant aux désirs des résidents	
3.3.2. Par une formation spécifique	

<b>4. Les ressources</b> .....	<b>71</b>
4.1. Les ressources humaines .....	71
4.2. Les ressources matérielles .....	72
4.3. Les ressources financières .....	72
<b>5. L'évaluation</b> .....	<b>73</b>
5.1. Le bien fondé .....	74
5.2. L'impact .....	74
5.3. L'efficacité .....	76
5.4. L'efficience .....	77
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>78</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>80</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>82</b>

## INTRODUCTION

Les progrès de la médecine et l'amélioration du niveau de vie ont permis un allongement sans précédent de l'espérance de vie des Français. Mais, comme certains l'ont dit si justement, il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie, il faut aussi ajouter de la vie aux années. C'est pourquoi, au cours des vingt dernières années, les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont connu une mutation très importante.

Si, actuellement, seulement 6 % des personnes âgées de plus de 60 ans sont en institution, l'hébergement augmente continûment avec l'âge. Il passe de 1 % pour les personnes de 60 à 69 ans à 36,5 % pour celles de 90 ans. Ainsi, les personnes de 80 ans et plus représentent 70 % des résidents accueillis en établissement<sup>1</sup>.

*« Dans un avenir très proche, plusieurs facteurs permettent de prévoir un doublement du nombre de résidents, notamment :*

- La croissance importante du nombre de personnes âgées, notamment de 80 ans et plus,*
- L'augmentation du nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2000-2010-2020,*
- L'augmentation du taux de dépendance lourde à partir de 78 ans pour les femmes, et de 82 ans pour les hommes, rendant leur maintien à domicile difficile »<sup>2</sup>.*

De ce fait, les maisons de retraite doivent se préparer à cette évolution. L'entrée en institution de personnes de plus en plus dépendantes demande une réflexion tant au niveau de l'organisation que de la qualité de vie qu'elle peut leur offrir.

---

<sup>1</sup> Odile SIMON « Rester à domicile malgré la dépendance », in Solidarité Santé, n°4, 1997, page 10.

<sup>2</sup> Santé et maison de retraite, Coll L'année gérontologique 1997, préface.

Dans cette optique, le projet de vie semble être un outil adapté à cette problématique.

Cette démarche de « projet de vie » est née en France d'une prise de conscience progressive, alors que se multipliaient les efforts pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées, contraintes de terminer leurs jours en établissement.

Alors même qu'il était devenu urgent de casser les anciens murs des hospices, « d'humaniser » le cadre de vie, de proposer des occupations afin de lutter contre l'ennui, d'améliorer les soins et d'accompagner des personnes devenues dépendantes..., une question demeurait en suspens : celle du sens de la vie de ces personnes contraintes de vivre en collectivité. Par ricochet, une autre question est apparue : celle du sens du travail auprès des personnes âgées, dans un contexte privilégiant la performance, l'efficacité, la rationalité...

Dès lors, le projet de vie est devenu une démarche essentielle pour tous ceux qui vivent et travaillent dans ces établissements.

Comment peut-on définir le « projet de vie » ? Selon la définition donnée par le dictionnaire Larousse, un projet est « *une intention de faire* ». Pour J.M. MIRAMON<sup>3</sup>, « *le projet part de la réalité constatée pour envisager les évolutions nécessaires dans un certain champ...* ». Selon le rapport de la Commission du Commissaire Général au Plan présidée par P.SCHOPFLIN<sup>4</sup>, « *le projet de vie (...) représente la manière dont la personne âgée est accueillie dans l'établissement et ses activités organisées autour d'elle* ». J.P. BOUTINET<sup>5</sup>, quant à lui, fait du projet de vie, une démarche d'innovation et de changement, « *une nécessité face aux situations de la vie quotidienne* ».

C'est pourquoi, le directeur d'établissement hébergeant des personnes âgées peut utiliser la démarche de projet de vie pour améliorer la qualité de vie de personnes ayant perdu ou perdant au fil du temps leurs capacités physiques et/ou psychiques.

---

<sup>3</sup> J.M. MIRAMON, D. COUET, J.B PATURET « Le métier de directeur ; techniques et fictions » Editions ENSP 1992 ; page 40.

<sup>4</sup> Rapport de la Commission du Commissariat Général du Plan 1991/09, Pierre SCHOPFLIN : « Dépendances et Solidarités : mieux aider les personnes âgées » page 142.

<sup>5</sup> J.P. BOUTINET, Anthropologie du projet, Paris, « Psychologie d'aujourd'hui », 1990.

Même dépendantes, et l'on pourrait dire surtout dépendantes, les personnes âgées ont droit à une qualité de vie : bien-être, dignité..., pour le respect de ce qu'elles sont : des PERSONNES.

Dans cette notion de *qualité de vie*, il ne faut pas entendre pour la personne âgée une absence d'incapacités, ni de redevenir comme avant, mais retrouver un certain bonheur de vivre, même si cette vie se déroule en collectivité.

Peut-on, cependant, affirmer que l'élaboration d'un projet de vie va apporter une certaine qualité de vie aux résidents dépendants ?

Peut-on également espérer offrir une qualité de vie aux personnes vivant en collectivité et devant se soumettre, malgré tout, à des horaires et à des contraintes d'organisation et de fonctionnement ?

Peut-on enfin, réellement répondre aux attentes des résidents sans moyens financiers supplémentaires ?

La réponse à ces questions dépend, d'une part, de la volonté du directeur à vouloir améliorer (et donc modifier) l'organisation et le fonctionnement de son établissement pour répondre, autant que faire se peut, aux attentes des personnes âgées et, d'autre part, à l'implication de l'ensemble des acteurs, dans cette démarche.

De ce fait, si le directeur veut que le projet de vie soit opérationnel, il est nécessaire, dans un premier temps, d'étudier les raisons pour lesquelles la vieillesse pose problème à la société (1<sup>ère</sup> partie), dans un deuxième temps, d'effectuer une étude prospective de l'établissement (2<sup>ème</sup> partie) pour, enfin, proposer un projet de vie adapté aux problèmes constatés (3<sup>ème</sup> partie).



# **1<sup>ère</sup> Partie**

## **La vieillesse ... un problème**

## 1ère partie : La vieillesse... un problème

Aujourd'hui, même si l'espérance de vie augmente chaque année, la vieillesse fait peur à la société. Elle est souvent associée à la décrépitude, la déchéance, l'inutilité et à la perte de capacités.

Se pose alors le problème de la prise en charge des personnes âgées dépendantes physiquement et/ou psychiquement et de leur statut surtout lorsqu'elles vivent en établissement. Actuellement, même si la grande majorité des hospices ont été humanisés, les structures d'hébergement pour personnes âgées restent, aux yeux de la société, des lieux de fin de vie. C'est pourquoi, un des enjeux du métier de directeur d'établissement est de montrer qu'une vie existe aussi en institution.

### **1. Le vieillissement de la population**

Avant de faire un projet de vie, il est nécessaire de connaître la perspective démographique et de définir la spécificité de la population ciblée.

#### 1.1. Regard démographique

En 1995, près de 20 % de Français (soit plus de 11 millions) avaient fêté leur 60<sup>ème</sup> anniversaire, 7 % (soit plus de 4 millions) leur 75<sup>ème</sup> et 1,8 % (soit plus d'1 million) leur 85<sup>ème</sup> anniversaire.<sup>6</sup>

Le vieillissement démographique est traditionnellement mesuré par la croissance de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus. C'est le critère d'utilité sociale qui

---

<sup>6</sup> J. GAYMU, « Regards démographiques sur le vieillissement », Actualité et dossier en santé publique, in dossier documentaire ENSP février 1998.

constitue dans les différentes sociétés, la dimension commune de la vieillesse. Dans notre société où le salariat est généralisé, la retraite est chargée de sens. L'incapacité totale à se rendre utile aux autres et la nécessité d'être pris en charge par la collectivité définit socialement la sénilité.

Le vieillissement de la population française résulte à la fois de la baisse de la fécondité (elle était de 5,4 enfants/femme au milieu du XVIIIème siècle, elle est actuellement de 1,8 enfants/femme) et de la baisse des taux de mortalité aux âges avancés.

En effet, depuis les années soixante-dix, le déclin de mortalité profite aux âges supérieurs à 60 ans, témoignant d'une inversion du mode de mortalité dominant depuis deux siècles. A présent, il s'observe aux âges les plus avancés d'où un allongement de la durée de vie moyenne de ces groupes.

*« Un des résultats majeurs des dernières projections de population totale est la mise en évidence du vieillissement inéluctable de la population de la France : la part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population totale augmente irrésistiblement à un rythme modéré jusqu'à 2005, beaucoup plus rapidement après cette date en raison de l'arrivée à la soixantaine des générations nombreuses nées entre les années 1946 et 1973 »<sup>7</sup>.*

Dès 2010, la France comptera plus de 10 millions de personnes de 65 ans ou plus et près de 5,6 millions de personnes de 75 ans ou plus. Actuellement, dans la tranche d'âge 60-74 ans, 40 % des femmes vivent seules ; ce chiffre passe à 73 % dans la tranche d'âge 75-84 ans<sup>8</sup>.

Il est à noter que la proportion de personnes de 75 ans ou plus varie selon les régions : 5,6 % de la population en Ile-de-France, 11,3 % en Limousin.<sup>9</sup>

Ces changements ont, donc, des conséquences en terme de définition de la vieillesse. L'augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la

---

<sup>7</sup> J. GAYMU, Op. Cit.

<sup>8</sup> Techniques Hospitalières n°645, 1997/04, p27.

<sup>9</sup> Ibid.

société a pour conséquence de centrer l'étude du vieillissement humain sur la vieillesse et ses problèmes.

## **1.2. Définition de la vieillesse**

Il n'y a pas de définition claire de la vieillesse, ni de consensus sur la façon de la définir : âge chronologique, physiologique ou en fonction d'événements significatifs comme la retraite ou le veuvage. La vieillesse n'est, cependant, pas une maladie.

### **\* Les définitions administratives de la vieillesse :**

Elles sont prédominantes. Le groupe des vieillards est, depuis la fin du XVIIIème siècle, la catégorie âgée de 60 ans et plus. La retraite est devenue, depuis la seconde guerre mondiale, l'âge d'éligibilité pour la pension de retraite. Celle-ci a été fixée, en France, à 60 ans en 1981. Cependant, cette définition administrative fait un amalgame de plusieurs générations. Cette réflexion a conduit à subdiviser la période de la vieillesse sur une base chronologique, distinguant les personnes du *troisième âge* : personnes retraitées de moins de 75 ans, et les personnes du *quatrième âge*, personnes âgées ou vieux de plus de 75 ans. Récemment, certains ont défini les vieux les plus âgées ou les très vieux comme ceux ayant 85 ans ou plus.

### **\* Les définitions prenant en compte la santé**

La vieillesse ne peut se réduire à une définition administrative. Elle doit prendre en compte le vieillissement physiologique et social.

Le vieillissement est un ensemble de processus, l'homme étant à la fois un être biologique et un être pourvu de raison dans un contexte social.

#### *Le vieillissement biologique :*

Il peut avoir un double sens : celui de la sénescence (expression du déroulement du temps biologique) et celui d'avance en âge (expression du déroulement du temps chronologique).

Processus commun à tous les êtres vivants, la sénescence ne s'exprime vraiment qu'après la période de reproduction. Elle se traduit par des changements morphologiques tissulaires dégénératifs et par une baisse des performances physiologiques et de certaines fonctions intellectuelles. Des facteurs exogènes peuvent aussi accélérer la sénescence, tels que les conditions de vie pénibles des personnes. Inversement, un maintien de la forme physique, un bon équilibre moral peuvent la retarder ou en limiter les conséquences.

La sénescence est donc la résultante du patrimoine génétique et des traces du parcours de vie individuel et collectif.

*Le vieillissement psychologique :*

Il se traduit par un déclin des fonctions intellectuelles : déclin des facultés d'attention, de concentration et des capacités mnésiques. Ce déclin peut être favorisé par un parcours de vie empreint d'une succession de crises. Lorsqu'elles ont été imparfaitement résolues, elles laissent des traces qui peuvent être réactivées en fin de vie.

C'est ainsi que pour comprendre la façon dont les personnes agissent en fin de vie, il est nécessaire de les replacer dans le contexte de l'ensemble de leur histoire de vie, en tenant compte de leur réussite et de leurs échecs.

### **1.3. Définition de la dépendance**

La conception dominante de la dépendance des personnes âgées est purement négative. Le point de départ se traduit par la présence, chez un sujet, d'altérations physiques et/ou mentales, lesquelles donnent lieu à des réductions de capacités ou à une incapacité à effectuer une ou plusieurs activités de la vie courante (domestiques, de soins personnes, déplacements...). L'aide est alors nécessaire.

La classification proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est faite à partir de la notion de désavantage, élaborée par Philippe WOOD<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Ph. WOOD, responsable à l'OMS en 1975 d'un groupe de travail sur la classification des maladies.

C'est ainsi que l'OMS classe les effets des maladies et états chroniques invalidants, y compris ceux qui résultent du vieillissement, à partir de trois notions : déficience, incapacité, handicap.

- la déficience se traduit par une quelconque perte de substance ou altération d'une structure ou fonction anatomique physiologique ou psychologique ;

- l'incapacité est la conséquence de la déficience. Elle se définit par la réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité considérée comme normale pour un être humain ;

- le handicap est la traduction sociale des altérations de l'état de santé ou des états chroniques invalidants.

Le terme « dépendance » est donc attribué aux personnes qui dépendent d'un tiers pour des actes élémentaires de la vie courante (s'habiller, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer, manger...) et qui sont inaptes à réaliser les tâches domestiques.

La perte d'autonomie en gérontologie ne doit pas être associée à une incapacité de gérer ses biens mais plutôt à une perte de capacités physiques et/ou psychiques.

En moyenne, d'après une enquête effectuée en 1990<sup>11</sup>, un peu plus de 10 % des personnes de plus de 60 ans vivant en logement ordinaire présentent des signes de dépendance physique. Cette proportion augmente avec l'âge et concerne plus du quart des personnes âgées de 80 ans et plus.

Compte-tenu de la constante augmentation de personnes âgées et très âgées, la prise en charge de la dépendance est considérée comme un des principaux problèmes sociaux de l'avenir.

Si la personne âgée dépendante n'est pas en mesure de se faire aider, ou si son état de santé est trop dégradé, elle ne peut continuer à vivre à son domicile. Deux solutions peuvent alors être envisagées : l'entrée dans un établissement ou l'accueil par des proches. A l'heure actuelle, c'est la première solution qui est privilégiée par les familles.

---

<sup>11</sup> Odile SIMON, « Rester à domicile » in Solidarité Santé, n°4 1997, pages 9 à 18.

En 1995, 600 000 personnes vivent dans des structures d'hébergement collectif pour personnes âgées ; 94 % des résidants ont plus de 65 ans dont 6,4 % ont 65 ans et plus ; 13,3 % ont 75 ans et plus ; la majorité des personnes de 95 ans et plus est dans une institution.<sup>12</sup>

Ainsi, l'emprise de la vieillesse ne cesse de s'étendre sous les effets conjugués d'un allongement sans précédent de l'espérance de vie et d'une augmentation constante de la proportion des personnes âgées au sein de l'ensemble de la population.

En même temps que la retraite et la bonne santé sont reconnues comme des conquêtes sociales importantes, résultant de l'amélioration des modes de vie et des progrès médicaux, les signes se multiplient qui prouvent que tout est mis en œuvre pour dissoudre la vieillesse et la nier.

## **2. Personnes âgées et Société**

Le regard et la place de la personne âgée dans la société ne sont pas sans conséquences en établissement. Les attitudes du personnel sont fortement imprégnées de représentations stéréotypées. Cette situation va, donc, conduire le directeur à faire réfléchir l'ensemble des agents à la place que l'on doit donner aux résidants.

### **2.1. Regard de la société sur la personne âgée**

*« Jusqu'au début du XXème siècle, en raison de leur faible nombre et de leur mode de vie qui les met à l'abri du regard social, les personnes âgées ne constituent pas un groupe susceptible d'inquiéter et donc d'intéresser les responsables politiques. Les progrès de la médecine, en allongeant l'espérance de vie, et le développement de la*

---

<sup>12</sup> Ibid

*société industrielle (...), vont faire de la vieillesse un problème social et donc politique. »<sup>13</sup>*

La retraite, en signifiant l'incapacité à travailler, apparaît aux yeux de la société comme l'entrée dans la vieillesse. Le retraité devient donc un vieux qui ne peut plus travailler. Dans une société industrialisée où la notion de productivité et la valeur travail sont synonymes d'intégration, la retraite renforce la dévaluation et l'inutilité de l'homme âgé.

*« Le vieillissement et la vieillesse n'ont jamais cessé d'être l'objet d'appréciations diverses, hésitantes et souvent contradictoires. D'un côté, on note la figure classique du vieillard pétri d'expérience et de sagesse, conseiller digne d'être écouté, symbole valorisé de la continuité, de la tradition, de l'ordre et du maintien des valeurs essentielles. D'un autre côté, on souligne l'image du drame de la vieillesse, son immobilisme, sa laideur, son poids. Le vieux dérange, inquiète et coûte. »<sup>14</sup>*

La vision positive de la vieillesse n'est pas exempte d'ambiguïté car l'éloge de certaines qualités, dévolues aux personnes âgées par la société, indique leur conduite et rôle. Ces qualités interdisent, par conséquent, d'autres comportements et d'autres sentiments non conformes à l'image que la société a attribué aux personnes âgées.

## **2.2. La place de la personne âgée**

*« Les vieux, en particulier les très vieux, souffrent d'une idéologie qui méconnaît leur réalité existentielle profonde et altère le lien difficile qu'ils peuvent encore entretenir avec le reste de la société. La scission effectuée à partir des années soixante entre le troisième et le quatrième âge, la retraite et la vieillesse, a eu pour conséquence un rejet du grand âge (...) D'un côté un 3<sup>ème</sup> âge polarise les valeurs généreuses de la vie, du bonheur, de la liberté ; de l'autre un 4<sup>ème</sup> âge nu, sans valeur, apparaît comme porteur de déchéance et annonciateur de*

---

<sup>13</sup> M. LEGRAND « Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ? » Gérontologie et Société , 1997, n°81, p164

<sup>14</sup> Ibid p161



*mort. Nous vivons dans une société qui fait beaucoup pour ses vieux mais qui a une image négative de la vieillesse. Le modèle ultime est celui de la dépendance »<sup>15</sup>.*

Tant que la personne âgée est autonome, peut subvenir à ses besoins, se prendre en charge financièrement et socialement, sa place dans la société est confirmée. Mais, dès lors qu'elle passe à un état de dépendance, son statut social s'efface.

Les discours sur le vieillissement et la vieillesse relèvent de constructions symboliques oscillant en permanence entre des représentations positives et des images négatives. L'ambiguïté des attitudes rend possible une image idéalisée du vieillard, mais favorise aussi et surtout une dévalorisation constante du vieillissement.

La vieillesse, jadis, invisible, a été assimilée à la retraite, puis à la préretraite. Aujourd'hui, en raison de l'écart entre la vieillesse sociale et la vieillesse biologique, la retraite devient un âge spécifique plus ou moins valorisée, alors que la grande vieillesse est reléguée dans l'incapacité et la dépendance.

Ainsi, tant que la personne âgée est autonome, elle a une place dans la société. En devenant dépendante, elle dérange et pose problème. Et, en institution, les comportements du personnel sont encore trop souvent à l'image de cette représentation collective.

### **3. Les politiques de la vieillesse**

*« Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la France découvre qu'elle a le record du vieillissement démographique des pays industrialisés (11,6 % de personnes de plus de 65 ans en 1960)<sup>16</sup>. C'est pourquoi, des études vont être menées et diverses mesures vont être préconisées autour de la prise en charge des personnes âgées.*

---

<sup>15</sup> Bernadette PUIJALON « les personnes âgées et l'évolution de la société » in La question du lien social appliqué aux pratiques gérontologiques, Synthèse du séminaire organisé par la Fondation de France, janvier 1997, page 4.

<sup>16</sup> L.HUGONOT-DIENER « les structures d'hébergement extra-hospitalières gériatriques » in Revue du Praticien, 1990, n°27, pp2521-2524

### **3.1. D'une politique de soutien à domicile...**

Trois rapports officiels sont à la base de la réflexion sur la politique de vieillesse en France :

- le rapport de la Commission Laroque de 1962, « Politique de la vieillesse » ;
- le rapport de l'intergroupe chargé des problèmes relatifs aux personnes âgées de 1971, « personnes âgées » ;
- le rapport du groupe de prospective personnes âgées de 1980 « vieillir demain ».

Ces documents vont contribuer à améliorer la situation et l'évolution de la population âgée dans de nombreux domaines (emploi, revenu, retraite, santé, aide sociale, problèmes médicaux)

\* Le rapport LAROQUE, en 1962, évoque une nouvelle politique de la vieillesse s'opposant, ainsi, à la logique d'assistance des actions antérieures et à la ségrégation des vieillards. L'objectif principal est le maintien à domicile des personnes âgées afin de les maintenir dans la société, en contact avec les autres générations. Ce rapport propose une attention particulière autour de cinq grands axes :

- le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie en garantissant des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisante ;
  - une garantie de ressources minimales ;
  - l'accession à des logements locatifs ;
  - l'organisation de services d'aide à domicile, la création de structures d'hospitalisation à domicile...
- la mise en place d'activités et de services sociaux et culturels afin d'éviter l'isolement des personnes âgées.

Cependant, pendant 10 ans, l'Etat n'a pas développé de mesures importantes.

Il a fallu attendre les propositions de la Commission d'Etude des problèmes de la vieillesse, en 1971, pour que des programmes spécifiques destinés aux personnes âgées soient finalisés, tels que l'amélioration de l'habitat et le développement de services sectorisés facilitant le maintien ou le retour à domicile après un séjour hospitalier.

A la fin des années 1970, les travailleurs vieillissant sont de plus en plus rejetés du monde du travail et la conception du « troisième âge » a contribué à refouler la vieillesse vers un âge plus avancé. Celle-ci acquiert progressivement une image très négative se confondant avec celle de la maladie incurable et de la dépendance.

\* En 1978, le groupe de travail chargé d'établir un rapport de prospective sur la politique vieillesse (« vieillir demain ») souligne la priorité du maintien à domicile.

\* Une politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées est définie dans la circulaire n°82-13 du 7 avril 1982 dite « Circulaire FRANCESCHI » en application de la loi n°82-6 du 7 janvier 1982 portant sur la mise en œuvre du plan intérimaire de deux ans (1982-1983). Ce dispositif comprend :

- une planification des actions : en incitant chaque département à élaborer un « plan gérontologique départemental »;
- une politique d'amélioration des équipements d'hébergement ;
- une politique de coordination des actions locales des établissements et services par la création de « secteurs d'action gérontologique » ;
- une politique de prévention du vieillissement (information, formation, préparation à la retraite, recherche) ;
- une politique d'intégration des personnes âgées dans la vie sociale.

\* Avec les lois de décentralisation<sup>17</sup> le département devient le « pivot » de l'action sociale. L'objectif est alors de créer une solidarité de proximité.

Cependant, au milieu des années 1980, l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dépendantes fait émerger le problème de leur prise en charge.

---

<sup>17</sup> La loi du 22 juillet 1983 complétant la loi du 7 janvier 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. La loi du 6 janvier 1986, dite « loi particulière », modifiant la loi n°75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

### **3.2. ... à une politique de prise en charge de la dépendance**

En 1985, un rapport<sup>18</sup> sur les problèmes médicaux et sociaux des personnes âgées dépendantes légitime la nouvelle priorité gérontologique : la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dans un contexte de raréfaction des ressources financières.

Devant ce problème de prise en charge de la dépendance, tant à domicile qu'en institution, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>19</sup> et les sections de cure médicales<sup>20</sup> apparaissent comme de véritables alternatives à l'hospitalisation. De ce fait, de 1980 à 1990, leurs capacités sont doublées.

En 1986, le Secrétaire d'Etat chargé de la sécurité sociale, Monsieur Adrien ZELLER, met en place une Commission d'étude sur les besoins des personnes âgées dépendantes, présidée par Monsieur Théo BRAUN. Le rapport de cette commission, publié en 1988, établit un état des lieux concernant les données démographiques, les perspectives, l'évolution de la dépendance et ses besoins spécifiques, les institutions et les ressources. Plusieurs propositions sont faites :

- la mise en œuvre d'une prévention de la dépendance efficace et précoce,
- l'affirmation de la priorité au soutien à domicile,
- une coordination entre services de soins à domicile et établissements,
- le développement du secteur médico-social avec la création de nouveaux modes de financement correspondant aux nouveaux besoins : « assurance autonomie ».

Cette même décennie a vu l'éclosion de structures d'hébergement publiques et privées très variées pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes, notamment :

- Les hébergements en petites unités d'accueil de type familial (domiciles collectifs) : ces structures ont été créées par des équipes désirant repousser les limites du

---

<sup>18</sup> Rapport présenté par D. Benoist, au nom du Conseil Economique et Social, Paris, 1985.

<sup>19</sup> Décret n°81-448 du 8 mai 1981, relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge du service de soins à domicile pour personnes âgées.

<sup>20</sup> Décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 et décret du 8 mai 1978 + circulaire du 26 octobre 1978 sur la création de « sections de cure médicale ».

maintien à domicile. Elles ont un potentiel d'accueil variable mais limité (8 à 20 personnes).

- Le placement familial d'accueil : des familles agréées par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) peuvent accueillir contre rémunération une à trois personnes âgées.

- Les foyers « soleil » : véritables domiciles adaptés aux handicaps, reliés à une structure centrale assurant une garde permanente et centralisant l'organisation des services intervenants.

- Les maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD).

- Les cantous (petites unités de vie) destinés à accueillir des personnes qui présentent une détérioration intellectuelle.

Les travaux de la Commission « Dépendance et solidarités : mieux aider les personnes âgées » présidée par Pierre SCHOPFLIN, effectués de 1990 à 1991, énoncent quelques principes et propositions pour améliorer la prise en charge de la dépendance.

L'un des principes énoncé par cette Commission est que « *la prise en charge doit respecter la dignité et la liberté de la personne* » (principe énoncé dans la Charte des Droits et Libertés des personnes âgées dépendantes, rédigée par la Fondation Nationale de Gérontologie en 1987 et réactualisée en mars 1999).

Quatre séries de propositions vont guider l'action dans les années suivantes, notamment :

- instituer une prestation nouvelle complétant la prise en charge de la dépendance. La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 va dans ce sens en créant une prestation spécifique dépendance (PSD) ;
- améliorer l'hébergement des personnes âgées dépendantes ;
- renforcer l'efficacité du maintien à domicile ;
- créer un service de suivi médico-social des personnes âgées dépendantes.

En fait, une politique de l'emploi a été mise en œuvre pour répondre à la prise en charge optimale des personnes âgées à domicile. En, institution, des progrès ont été réalisés, cependant, il reste encore aujourd'hui à développer la qualité de vie des personnes hébergées.

## **4. L'hébergement des personnes âgées**

Alors qu'une politique de maintien à domicile des personnes âgées se concrétisait, les missions des établissements sanitaires et sociaux ont été modifiés. Toutefois, pour faire face à la prise en charge de la dépendance, le secteur de l'hébergement des personnes âgées a évolué.

### **4.1. D'une scission du secteur sanitaire et social...**

Jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, les vieillards, minoritaires pour des raisons de faible espérance de vie ont terminé leur vie chez eux. Les infirmes, les malades et les pauvres étaient accueillis soit dans des hospices, soit dans des hôpitaux généraux et pris en charge par des communautés religieuses.

La loi du 7 août 1851 organise la séparation entre l'hébergement et les soins. L'hôpital est défini comme un lieu de soins alors que l'hospice pourvoit à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assure, le cas échéant, les soins nécessaires.

En 1962, le rapport Laroque dénonce la promiscuité d'une population hétérogène, la vétusté des locaux et des équipements, l'insuffisance de la surveillance médicale et conclut à la « condamnation de l'hospice ». L'objectif devient dès lors de transformer ces établissements « d'un autre âge » en véritables lieux de vie.

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, définit l'hôpital comme clé de voûte du système sanitaire et *exclut de sa mission l'accueil des personnes âgées et des infirmes*. Cette loi est complétée par la loi n°78-11 du 4 janvier 1978 qui définit les services ou unités de long séjour chargés de prendre soin des "*personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien*".

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, offre un cadre juridique pour la transformation des hospices, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées de 60 ans et plus. Le décret du 22 novembre 1977<sup>21</sup> définit les conditions de création, de fonctionnement, de tarification des sections dites "*cure médicale pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant un traitement d'entretien.*"

Le secteur de l'hébergement collectif a, ainsi, abouti à deux catégories d'établissements, l'une sanitaire, l'autre sociale avec des réglementations, des tarifications, des personnels différents pour des clientèles voisines.

Cependant, pour faire face à la prise en charge de la dépendance dans les établissements sociaux, il a été nécessaire de recourir à la médicalisation de ces structures.

#### **4.2. ...à la médicalisation des établissements sociaux**

Les attentes des personnes âgées, à l'égard des établissements, ont considérablement évolué ces vingt dernières années. Les demandes d'admission concernent des personnes de plus en plus âgées (l'âge moyen d'entrée en institution est de 83 ans) et sont généralement motivées par la perte de capacités physiques et/ou psychiques, ou un état de dépendance. C'est pourquoi la médicalisation est devenue nécessaire pour adapter les établissements sociaux à la prise en charge de cette nouvelle clientèle. Cette médicalisation s'est traduite par la création de sections de cure médicale, afin d'éviter les transferts de « vieillards » devenus dépendants vers les structures sanitaires.

Ainsi, en plus de l'hébergement social, les maisons de retraite « médicalisées » assurent « *la surveillance des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée* »

---

<sup>21</sup> décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 – Cf note n°20

*qui nécessite un traitement d'entretien et une surveillance médicale, ainsi que des soins paramédicaux »<sup>22</sup>*

Les sections de cure médicale permettent, ainsi, aux personnes âgées entrant en maison de retraite de vivre dans cet établissement quelque soit leur état de dépendance. Elles limitent donc les transferts vers des structures sanitaires.

Ainsi, des efforts ont été réalisés dans les établissements hébergeant des personnes âgées. Les hospices "mouroirs" ont été transformés en lieu de vie et le personnel est de mieux en mieux formé.

Cependant, aujourd'hui, il n'est plus possible de limiter la prise en charge de la personne âgée en institution à la réponse aux besoins fondamentaux et universels. Il est nécessaire de reconnaître chaque résidant comme personne unique, sujet, certes, de besoins mais aussi de désirs.

La reconnaissance de la dignité de la personne âgée doit donc être affirmée si l'on veut lui donner une place et un statut dans la société.

#### **4.3. Avec une prise en compte de la personne âgée, acteur du système**

En institution, la personne âgée est restée longtemps sujet de soins, sans aucune participation à la vie de l'établissement. Cependant, de plus en plus, le concept de citoyenneté se développe dans le but de réaffirmer la place et le statut de toute personne âgée hébergée, dans la société.

La loi n°86-17 du 6 janvier 1986<sup>23</sup> (article 14) modifiant la loi n°75-535 du 30 juin 1975 (article 20) dispose que le conseil d'administration doit comprendre obligatoirement deux représentants des usagers afin de leur permettre de débattre sur tous les problèmes de la vie de l'établissement.

---

<sup>22</sup> décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 modifié par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 (Cf note n°25) notant que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de dépendance que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le président du Conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.



Afin d'améliorer la participation des usagers et des familles à la vie de l'établissement, un conseil d'établissement a été créé dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 pris en application de l'article 8bis de la loi du 30 juin 1975 modifiée, définit les modalités de mise en place et de fonctionnement du conseil d'établissement<sup>24</sup>.

Celui-ci est composé de 4 collèges : les usagers, les familles, les personnels et l'organisme gestionnaire. Il permet aux principaux acteurs de donner leur avis et faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement. Il a été conçu pour être un lieu privilégié d'expression des personnes âgées. Plusieurs thèmes y sont abordés, notamment le règlement intérieur, l'organisation interne et la vie quotidienne de l'établissement.

Ainsi, à travers le conseil d'administration, le conseil d'établissement et diverses commissions, se fait le jour d'une participation des résidants. Cependant, force est de constater que cet engagement, du moins dans les conseils d'administration, est peu probant car les sujets abordés sont techniques et peu compréhensibles pour des personnes âgées. Par contre, dans le cadre des conseils d'établissement, la participation est plus effective mais il est difficile d'aborder des thèmes généraux car nous sommes plus confrontés à des revendications personnelles qu'à des débats généraux.

Cependant, une volonté, tant des pouvoirs publics, que des directeurs d'établissement, de donner une réelle place aux personnes âgées, apparaît. Pour autant, il faut continuer à réfléchir sur les actions à mener pour qu'elles puissent bénéficier d'un réel bien-être.

---

<sup>23</sup> Cf note n°17

<sup>24</sup> 2 décrets avaient déjà prévu l'association des usagers, des personnels et des familles au fonctionnement des établissements privés accueillant des personnes âgées. Conformément à la volonté du législateur, il est apparu nécessaire d'étendre cette obligation à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la loi n°75-535 du 30 juin 1975.

## **5. L'intérêt du projet de vie en institution**

Le projet de vie définit la manière dont vivent ensemble les résidants, les familles, les personnels, l'institution, au sein de la maison de retraite. Il se construit avec la participation de tous les acteurs dans un but bien précis : améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

### **5.1. Il donne une véritable place aux personnes âgées**

Si l'on veut que la personne âgée trouve sa place dans la maison de retraite et l'adopte comme lieu de vie, le projet de vie est l'outil idéal pour se « repositionner » autour de la personne âgée. Il permet, en effet, de « revisiter » l'établissement et de proposer des solutions en adéquation avec les problèmes soulignés. Pour le directeur, il est une opportunité pour revoir l'organisation et le fonctionnement de son établissement. Il lui permet ainsi de se rendre compte si les prestations proposées sont toujours adaptées aux résidants.

Plusieurs raisons permettent d'affirmer cela :

- Il s'agit d'une *démarche humaniste* : le projet de vie prend en compte la vie des personnes vivant dans l'établissement, et tente de trouver une harmonie entre les conditions de vie du personnel et des résidants. De ce fait, il dynamise le personnel qui va proposer une organisation de travail compatible avec les attentes et besoins de chacun.

- Il s'agit d'une *démarche qualitative* : cela va impliquer un questionnement sur le statut des personnes âgées au sein de la société et plus précisément dans l'institution. La vie en collectivité ne doit pas effacer la vie de chacun des résidants. Chaque personne est unique et a son histoire, il s'agit donc de prendre en considération leur histoire affective, professionnelle, sociale, culturelle... Il est nécessaire de leur reconnaître des droits : droit à la parole, droit à l'information... et leur redonner une existence sociale.

- Il s'agit, également, d'un *projet évolutif*, qui pourra être revu à tout moment, en fonction des besoins de tout le monde, et surtout réajusté.

## **5.2. Il est reconnu par les organismes financeurs**

\* *La loi du 24 janvier 1997*<sup>25</sup> prévoit, dans son article 23-1, que les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du *conseil général* et l'autorité compétente pour *l'assurance maladie*. Ces conventions devront respecter le cahier des charges arrêté conjointement par le ministre chargé des personnes âgées et le ministre chargé des collectivités territoriales, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents des conseils généraux.

Des recommandations relatives à la qualité de vie des résidents sont mentionnées dans l'arrêté du 26 avril 1999 qui fixe « *le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales*<sup>26</sup> ». Elles abordent les points suivants :

- maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social ;
- préserver un espace de vie privatif, même au sein d'une vie en collectivité, en garantissant un sentiment de sécurité, y compris contre les agressions éventuelles d'autres résidents ;
- particulièrement pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle, concilier une indispensable sécurité avec une nécessaire liberté ;
- maintenir les repères sur lesquels se fonde l'identité du résident ;
- mettre à disposition, chaque fois que possible, des éléments techniques (téléphone, télévision...) dans chaque chambre, sans contrainte horaire telle la fermeture d'un standard... ;

---

<sup>25</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD).

<sup>26</sup> Loi modifiée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 (article 23-1) prévoyant que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

- maintenir ou retrouver certaines relations sociales pour le résidant (participation aux activités, rôle propre, ouverture à la vie locale...);
- apporter des aides pour les activités de la vie quotidienne;
- permettre et favoriser l'accès à certaines prestations extérieures : coiffure, esthétique...

\* La *circulaire rectificative n°77-97 du 17 octobre 1997 de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)*, relative aux modifications des dispositions relatives à l'hébergement collectif des personnes âgées, précise que dans sa politique immobilière, l'existence d'un projet de vie est obligatoire pour les personnes hébergées en établissement lors de la création ou de la rénovation de celui-ci.

Le projet de vie doit répondre à certaines exigences telles que la qualité de l'accueil, l'appropriation des lieux, la qualité de l'animation, la prise en compte de la fin de vie, le comportement et les pratiques du personnel et l'organisation du travail.

Dans le cadre du projet de rénovation de la loi du 30 juin 1975<sup>27</sup>, il est proposé dans l'article 261.6 que : « *chaque établissement et service social ou médico-social élabore un projet d'établissement ou de service, associé le cas échéant à un projet architectural, qui définit, notamment sur la base d'un projet de vie, d'animation (...), les objectifs généraux de l'établissement ainsi que les mesures d'organisation et de fonctionnement concourant à la qualité des prestations délivrées au regard de la nature des prises en charge qu'il réalise. Le projet susvisé est établi pour une durée maximale de 3 ans.* »

Il est donc reconnu que les établissements hébergeant des personnes âgées doivent avoir une vocation plus large que la simple prise en charge matérielle des personnes âgées. Les directeurs ne doivent plus être de simple gestionnaires, ils doivent, également, s'impliquer dans une démarche de qualité.

⋮

---

<sup>27</sup> Projet de rénovation de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales : Document de travail, version du 7 mai 1998. Direction de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

### **5.3. Il répond à une démarche de qualité**

Une enquête, menée par Ricardo MORAGAS<sup>28</sup>, auprès des retraités de toutes les nations européennes, détermine un ensemble de données qualifiant la qualité de vie des personnes âgées :

- « *La santé globale, c'est-à-dire le bien être physique, psychique et social, selon la définition classique de l'Organisation mondiale de la santé.*

- *La sécurité physique et psychique. (...) La sécurité physique signifie l'absence de risque dans les déplacements, sécurité de ne pas être attaqué, de ne pas subir de dommage personnel ni matériel. Outre la sécurité physique, la sécurité psychique implique le sentiment d'être une personne autonome dans la communauté dans laquelle on vit.*

- *Des moyens de vie matériels.(...) Les divers revenus sont une composante essentielle de la qualité de vie des personnes âgées qui veulent se sentir économiquement indépendantes de la société et de leurs familles.(...)*

- *L'épanouissement personnel. (...) La vie ne finit pas avec la retraite (...)*

- *Les rapports sociaux. La personne se réalise à travers l'échange avec son prochain, se sentant membre d'un groupe dont elle reçoit et auquel elle apporte quelque chose, et l'âge ne peut ni ne doit être un critère d'exclusion.(...) »*

De plus, l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales prévoit quelques recommandations relatives à la qualité de vie des résidents ; celle-ci devant être appréciée au regard :

- « *de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité d'ensemble de la vie sociale ;*

- *des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes. »*

---

<sup>28</sup> R. MORAGAS, professeur, directeur du master de gérontologie sociale, université de Barcelone (intervenant à l'Université de Provence à Marseille dans le cadre du DESS Action Gérontologique et ingénierie sociale).

Aujourd'hui, la mission des établissements consiste à soigner et à accompagner des personnes qui ont besoin de l'aide des autres, non seulement pour accomplir des actes quotidiens mais aussi pour vivre. C'est pourquoi, le projet de vie, bien plus qu'une démarche de projet, peut apporter une qualité de vie au résidants, telle qu'elle a été présentée dans l'enquête effectuée par R. MORAGAS et telle qu'elle est prévue dans l'arrêté du 26 avril 1999. C'est l'enjeu qui a été défini dans le projet de vie.

Ainsi, le rôle du directeur est primordial durant cette période d'élaboration du projet de vie, car il doit dynamiser l'ensemble du personnel et l'inciter à réfléchir sur une nouvelle façon d'agir pour améliorer la qualité de vie dans l'institution.

## **6. Conclusion**

Le vieillissement inquiète car il est identifié au travers d'images négatives d'inutilité sociale et de décrépitude amenant parfois des altérations physiques et/ou mentales.

La grande majorité des personnes âgées dépendantes vivent à domicile et désirent y rester. Cependant, malgré tous les dispositifs mis en place pour le maintien à domicile, celui-ci se heurte à des limites. La prise en charge de la dépendance peut devenir insupportable pour la famille, contrainte d'envisager un « placement ». Cette situation est lourde de conséquences tant sur le plan affectif, social, que financier. C'est pourquoi, la vieillesse pose un problème.

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, s'ils veulent rester des lieux de vie, doivent se remettre en question. Cette démarche s'avère nécessaire avant qu'ils ne soient définis par la société comme des mouiroirs. Pour éviter cela, le

projet de vie devrait permettre aux personnes âgées de continuer à vivre malgré les ruptures subies et en fonction de leurs habitudes de vie.

De ce fait, favoriser l'intégration des résidents en institution, limiter la culpabilisation des familles et offrir une certaine qualité de vie aux personnes âgées, sont des enjeux auxquels sont confrontés les directeurs de maisons de retraite.

## **2<sup>ème</sup> Partie**

### **L'étude prospective du projet de vie**



## 2ème partie : L'étude prospective

Si le projet de vie d'un établissement reste un document parmi d'autres, dont le but est de répondre à une circulaire administrative, à la mode du moment ou au désir, légitime, d'obtenir une subvention d'un organisme, il est à craindre qu'il n'y ait pas ou peu de corrélation entre le projet et sa concrétisation. Par contre, s'il est un fil conducteur de prise en charge optimale des personnes âgées alliant des valeurs philosophiques et, s'il est initié, développé et partagé par l'ensemble des partenaires concernés, alors il pourra garantir la qualité recherchée.

C'est pourquoi, il est nécessaire, en amont de l'élaboration du projet de vie, d'effectuer un état des lieux. Celui-ci va prendre en considération le contexte dans lequel se trouve la maison de retraite. Avant d'aborder l'évolution démographique locale, il est nécessaire d'aborder l'environnement institutionnel existant et la situation de l'établissement (atouts et faiblesses). Cette démarche est incontournable si l'on veut que le projet de vie soit adapté à la situation unique de chaque établissement, et plus particulièrement à la maison de retraite « Saint-Jacques » située à Cuers dans le département du Var.

### **1. Le contexte**

La maison de retraite « Saint-Jacques » est située dans le Var. Par conséquent, avant d'observer sa mission et son activité, il me paraît intéressant de la situer dans son environnement et de connaître les perspectives démographiques prévues dans les années à venir.

## **1.1. Le contexte général**

### **1.1.1. D'après le schéma départemental du Var**

*« Alors que la loi de 1975 relative aux équipements médico-sociaux ne comporte pas de mécanisme de régulation de ces activités, en 1982 est créé le plan gérontologique, remplacé, avec la décentralisation par le schéma départemental d'équipements et services médico-sociaux (...). Chaque département a l'obligation d'élaborer ce schéma, mais aucune sanction n'est prévue s'il ne s'y soumet pas. C'est ainsi que seuls 60 % des départements ont satisfait à l'obligation d'en produire un (...).*

*Le schéma départemental a pour but de rendre compatibles les offres des producteurs d'aides et de soins et les demandes des personnes âgées, dans un système soumis à des réglementations organisationnelles et tarifaires nombreuses et variées. »<sup>29</sup>*

Ainsi, conformément à la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, modifiant l'article 2 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975, le schéma précise dans chaque département :

- la nature des besoins sociaux et notamment de ceux nécessitant des interventions sous forme de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ou par une autre voie ;
- les perspectives de développement ou de redéploiement de ces établissements et services compte tenu des éléments précédents, des ressources disponibles et des possibilités offertes par les départements voisins ;
- les critères d'évaluation des actions conduites ;
- les modalités de la collaboration ou de la coordination susceptibles d'être établies ou recherchées avec d'autres collectivités afin de satisfaire tout ou partie des besoins recensés.

Le schéma est arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département. Il est périodiquement révisé et transmis pour information au « Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale » (CROSS).

---

<sup>29</sup> Michel FROSSARD « Schéma gérontologique départemental : vers une nouvelle régulation économique » in Handicap et vieillissement » Chapitre 23, pages 283 à 298

Dans le Var, le schéma gérontologique initial date du 18 octobre 1988. Il a été réactualisé en 1991 et 1997.

Données démographiques :

La commune de Cuers est située dans la zone d'emploi de Toulon (42 communes).

La comparaison effectuée entre les résultats du recensement de population (RP) de 1990, des listes électorales (LE) communales arrêtées au 1.01.1996 et les projections INSEE<sup>30</sup> par zones d'emploi, permet de faire apparaître les prévisions d'augmentation de population suivante :

Pour la zone d'emploi de Toulon :

- RP 1990 : 45 656 personnes âgées de 75 ans et plus
- LE 1996 : 42 677 personnes âgées de 75 ans et plus
- Estimation pour l'an 2000 : 52 853, soit une augmentation de 23,84 %

D'après le recensement de la population de 1990 (dernier recensement effectué) :

	<b>France</b>	<b>PACA*</b>	<b>VAR</b>	<b>CUERS</b>
Population totale	56 625 026	4 259 643	816 026	7067
Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus	11 299 373	988 185	203 361	Non connu
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus	4 038 359	358 601	70 296	1305

Données recueillies dans le schéma gérontologique du Var (1997)

PACA : Région Provence Alpes Côte d'Azur

<sup>30</sup> INSEE (Institut National des Statistiques et Etudes Economiques) : données inscrites dans le Schéma Gérontologique du Département du Var de décembre 1997.

La capacité d'accueil des personnes âgées en institution, au niveau du département est la suivante :

	Secteur PUBLIC	Secteur PRIVE	TOTAL
Nbre* d'établissements autorisés	67	122	189
Nbre de lits autorisés	4 159	6 024	10 183
Nbre de lits ouverts	4 119	5 646	9 765
Nbre de lits habités à l'Aide Sociale	3 890	1 746	5 636
Nbre de lits avec SCM	790	720	1 510

\* Nbre = Nombre

Le Var reste un département d'accueil pour les personnes âgées car il est souvent choisi par ces dernières comme un lieu de prédilection pour vivre des années de retraite.

Selon l'INSEE, à l'aube de l'an 2000, il est prévu 84 800 varois de plus de 75 ans au lieu de 70 296 en 1990 (soit 20 % de plus).

C'est pourquoi, le Var se préoccupe dès aujourd'hui de la qualité des prestations que peuvent offrir les établissements sanitaires et sociaux.

Pour le conseil général, il ne suffit pas de répondre aux besoins de la population, il faut également améliorer les conditions d'accueil car les maisons de retraites doivent être de vrais lieux de vie où sont garantis la sécurité des personnes aussi bien que leur confort.

### 1.1.2 L'environnement institutionnel

La Maison de Retraite « Saint-Jacques » est située au cœur du village de CUERS (Var), qui, de ce fait, est très bien desservie par les transports en commun.

La commune de Cuers est située à 25 km des villes de Toulon et Hyères, et à 10 km du village de Pierrefeu.

\* Les établissements sanitaires publiques :

La ville de Toulon met à la disposition de sa population deux centres hospitaliers :

- Le Centre Hospitalier Inter-communal de Toulon-La Seyne,
- L'Hôpital d'Instruction des Armées « Sainte-Anne ».

La ville d'Hyères dispose d'un Centre Hospitalier Général, et la ville de Pierrefeu d'un Centre Hospitalier Psychiatrique.

De ce fait, la maison de retraite peut, sans difficulté, orienter les résidants dont l'état de santé le nécessite, vers un des centres hospitaliers. De plus, l'établissement a passé une convention avec des médecins de l'hôpital psychiatrique, qui, régulièrement, viennent consulter les personnes âgées qui ont été orientées de cet hôpital vers la maison de retraite.

\* Les établissements sociaux :

Le canton de Cuers (Cuers, Carnoules, Puget-Ville et Pierrefeu) est doté de plusieurs établissements et services prenant en charge des personnes âgées.

Tableau récapitulant les établissements hébergeant des personnes âgées dans le Canton de Cuers :

Communes	Etablissements	Capacité
Carnoules	Maison de Retraite Privée « Les Cigognes »	18 lits non habilités Aide Sociale
Cuers	Maison de Retraite Publique « Saint-Jacques »	66 lits habilités Aide Sociale dont 35 lits en SCM*
	Maison de Retraite Privée « L'Ensoleillado »	90 lits dont 10 lits habilités Aide Sociale
Puget-Ville	Maison de Retraite Privée « Sainte Philomène »	29 lits dont 6 lits habilités Aide Sociale
Pierrefeu du Var	0	0

\* SCM : Section de cure médicale

En fait, la maison de retraite « Saint-Jacques » se trouve être l'établissement le plus convoité du Canton. En ayant obtenu l'habilitation Aide Sociale pour la totalité de ses lits, elle peut recevoir des personnes âgées à revenus modestes. De plus, l'existence d'une section de cure médicale lui permet de prendre en charge ses résidants, sur le plan médical et d'éviter ainsi des hospitalisations intempestives.

## 1.2. La maison de retraite « Saint-Jacques »

### 1.2.1. Sa mission

Si autrefois sa mission se limitait à l'hébergement social, aujourd'hui, elle consiste à soigner et accompagner des personnes qui ont besoin de l'aide des autres non seulement pour accomplir des actes quotidiens, mais aussi pour vivre.

#### \* L'hébergement

Sa capacité d'accueil est de 66 lits, dont 62 lits en hébergement complet et 4 lits d'hébergement temporaire. Ils sont répartis de la façon suivante :

- 38 chambres à 1 lit
- 14 chambres à 2 lits.

Ainsi, outre l'hébergement complet<sup>31</sup>, la maison de retraite « Saint-Jacques » permet un hébergement temporaire<sup>32</sup> et un hébergement journalier<sup>33</sup>. Elle offre, ainsi, la possibilité aux familles et personnes âgées de bénéficier des prestations de la maison de retraite, de façon ponctuelle. Ce fonctionnement répond à un double objectif :

- prendre le relais des familles qui prennent en charge leur(s) parent(s), et ce, de façon temporaire,
- et les aider à prendre contact avec la maison de retraite avant un éventuel hébergement à long terme.

#### \* La section de cure médicale

Une section de cure médicale d'une capacité de 20 lits a été créée en 1987 (arrêté préfectoral du 5 octobre 1987). Elle a été augmentée de 5 lits en 1990, et depuis 1992, la section de cure médicale dispose de 35 lits.

---

<sup>31</sup> Tarif fixé à 246,00 francs/jour

<sup>32</sup> Même tarif

<sup>33</sup> Tarif fixé à 140,00 francs/jour

Elle permet, ainsi, la surveillance médicale nécessitée par l'état des résidents ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie courante ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée nécessitant un traitement d'entretien et une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux. Elle permet également d'éviter des hospitalisations et de préserver l'autonomie et la vie sociale des personnes âgées.

#### \* Le service de soins infirmiers à domicile

La maison de retraite gère également un service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD). Il a été créé par arrêté préfectoral du 1<sup>er</sup> octobre 1991 pour une capacité de 20 places. Une première extension de 20 places a été autorisée le 14 mai 1993 et depuis le 15 mai 1995, le SSIAD dispose de 60 places. Ce service assure aux personnes âgées dépendantes ou malades, vivant à domicile, et sur prescription médicale, des soins d'hygiène générale et le concours nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante.

La coordination des interventions est effectuée par le cadre infirmier de la maison de retraite.

Ce service permet d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, de faciliter le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation et de répondre à la volonté des personnes âgées et de leur famille souhaitant vivre le plus longtemps possible à leur domicile.

#### 1.2.2. Son activité

L'activité de ces trois dernières années met en évidence un taux d'occupation maximal :

- en 1996 : 24 500 journées
- en 1997 : 24 446 journées
- en 1998 : 24 709 journées

Le nombre d'entrées pour l'année 1998 est de : 10 nouveaux résidents, dont 7 femmes et 3 hommes. Leur moyenne d'âge est de 84,3 ans.

Le nombre de décès pour l'année 1998 est : 9

La durée moyenne de séjour est de 4 ans et 4 mois.

#### En hébergement temporaire :

Le nombre d'entrées pour l'année 1998 est de : 30 entrées

Le nombre de journées réalisées est de : 569 journées

La durée moyenne de séjour est de : 19 jours

La maison de retraite Saint-Jacques à un taux d'occupation avoisinant régulièrement les 100 %, disposant, de plus, d'une liste d'attente importante.

De plus, pour fonctionner, la maison de retraite emploie 31 agents ETP (Equivalent Temps plein), soit un ratio de 0,46 agent/lit<sup>34</sup>. Cet établissement est bien doté en personnel, puisque la moyenne départementale se situe aux alentours de 0,40-0,44 agent/lit pour les maisons de retraite médicalisées.

## **2. La population hébergée**

### **2.1. Identification**

66 personnes sont prises en charge à la maison de retraite, dont 27 hommes et 39 femmes ;

- 62 sont en hébergement complet,
- 4 sont en hébergement temporaire,
- 1 personne vient régulièrement en hébergement journalier.

La moyenne d'âge est de 82 ans (77 ans pour les hommes – 85 ans pour les femmes).

---

<sup>34</sup> Voir annexe 1 : organigramme de la maison de retraite « Saint-Jacques »



### 2.1.2. Répartition par tranches d'âge et de sexe

Age	Femme			Homme		
	Nombre	Pourcentage*		Nombre	Pourcentage*	
		F	Total		H	Total
<b>60-64 ans</b>	0	0	0	2	7.4	3
<b>65-69 ans</b>	2	5.1	3	4	14.8	6
<b>70-74 ans</b>	1	2.5	1.5	7	26	10.6
<b>75-79 ans</b>	1	2.5	1.5	3	11	4.5
<b>80-84 ans</b>	11	28.4	16.6	2	7.4	3
<b>85-89 ans</b>	9	23	13.6	7	26	10.6
<b>90-94 ans</b>	14	36	21.2	2	7.4	3
<b>95-100 ans</b>	1	2.5	1.5	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100 %</b>	<b>59%</b>	<b>27</b>	<b>100 %</b>	<b>41%</b>

\* Pourcentage effectué par rapport à la population ciblée (Hommes – Femmes) et la population totale (66 résidents)

Au regard de ce tableau, il est remarqué que les femmes de plus de 80 ans sont majoritaires (53 %). Sur cette même tranche d'âge, les hommes ne représentent que 16 % de la population hébergée.

Cette situation est le reflet de toutes les maisons de retraites, actuellement. Dans l'avenir, au vu des projections démographiques, elle va s'accroître.

### 2.2. Evaluation de la dépendance

Une grille nationale d'évaluation de la dépendance : AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) a été instituée par le décret du 28 avril 1997<sup>35</sup> en application de la loi du 24 janvier 1997<sup>36</sup>.

Cette grille est un modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par la personnes âgées et de définir, en fonction de la perte d'autonomie, un groupe iso-ressources (GIR).

<sup>35</sup> Décret n°97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance.

<sup>36</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente de la loi instituant une prestation autonomie pour personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD).

La grille AGGIR comporte dix variables discriminantes et sept variables illustratives<sup>37</sup>. Elles permettent de classer les personnes âgées dans un des six groupes existants. Le classement est dégressif : le GIR 1 correspond à une personne lourdement dépendante et le GIR 6 à une personne autonome.

- Répartition des résidents dans les groupes iso-ressources

Pour la maison de retraite « Saint-Jacques », les résidents sont classés dans les groupes iso-ressources suivants :

	<b>GIR 1</b>	<b>GIR 2</b>	<b>GIR3</b>	<b>GIR 4</b>	<b>GIR 5</b>	<b>GIR 6</b>	<b>TOTAL</b>
Nbre* de personnes	9	16	12	10	6	13	<b>66</b>
Pourcentage	13,63	24,24	18,18	15,15	9,09	19,69	<b>100 %</b>

\* Nbre = Nombre

Avec la mise en œuvre de la réforme de la tarification, qui repose désormais sur la notion de dépendance, la connaissance du Groupe Iso Ressources (GIR) de chaque personne âgée hébergée, le GIR moyen pondéré de chaque établissement et de chaque département s'impose. La connaissance de ces éléments permettra de déterminer le coût de la dépendance à travers la prestation spécifique dépendance.

Le GIR moyen pondéré (charge de soins divisé par le nombre de personnes âgées) de l'établissement est de 0,567, alors que le GIR moyen pondéré du Var pour les maisons de retraites publiques et privées est estimé à 0,627.

Actuellement, 29 personnes, hébergées à la maison de retraite « Saint-Jacques », étaient, auparavant, soit hospitalisées au Centre Hospitalier Psychiatrique de Pierrefeu, soit suivies sur le plan psychiatrique.

La maison de retraite Saint-Jacques reste donc privilégiée par le fait qu'elle héberge encore 19 personnes valides (28,8 %), 10 personnes nécessitant une aide partielle à la toilette (15 %). Elle prend toutefois en charge 25 personnes lourdement dépendantes (37,8 %) et 12 personnes semi-dépendantes (18 %).

---

<sup>37</sup> Voir annexe 2

### **2.3. Evolution de la population hébergée**

Certes, la maison de retraite de Cuers n'héberge pas que des personnes lourdement dépendantes, cependant, elle est sollicitée pour prendre en charge des personnes âgées dépendantes. De plus, sa mission étant d'accompagner les résidents jusqu'à la fin de leur vie, elle est confrontée à une diminution des capacités physiques et psychiques des personnes hébergées, depuis quelques années.

#### **2.3.1. Une évolution dans l'air du temps**

Même si une aide adaptée permet aux personnes âgées dépendantes de retarder le départ du domicile, il arrive que le niveau de dépendance soit tel que seul l'hébergement en institution permette d'assurer les soins et la sécurité nécessaires. C'est pourquoi, les maisons de retraite se voient confrontées à des demandes d'accueil de personnes très âgées et dépendantes.

L'évolution de l'état de dépendance des personnes âgées accueillies dans l'établissement peut être montrée au regard de l'évaluation, par la grille AGGIR, de la dépendance des personnes entrées au cours de l'année 1998. Sur les 10 nouveaux résidents :

- 1 personne se situe dans le GIR 1 ,
- 7 personnes se situent dans le GIR 2,
- 1 personne se situe dans le GIR 3,
- 1 personne se situe dans le GIR 6.

Ainsi, sur ces 10 nouveaux résidents, 8 sont considérés comme lourdement dépendants. Ce constat est à l'image du « profil » des nouveaux résidents dans les maisons de retraite médicalisées.

### 2.3.2. Les conséquences de cette évolution

La maison de retraite en 1990 était animée par le fait que les résidents déambulaient dans les lieux de vie, entraient et sortaient de l'établissement pour se rendre dans le village, recevaient de la famille et des amis... Aujourd'hui, seuls quelques uns peuvent encore le faire. Les autres sont dépendants du personnel pour certains actes de la vie, notamment pour se déplacer et effectuer des gestes simples. Certains n'ont plus de familles, d'autres ont des enfants qui vivent éloignés de l'établissement, et, pour beaucoup les amis du même âge se sont raréfiés.

De ce fait, la maison de retraite devient moins animée. Il est constaté une « rupture » dans la vie des personnes âgées : certaines disent qu'elles n'ont « *plus envie de lutter contre la mort* », ou qu'elles sont ici parce que « *c'est la fin...* ». La vieillesse devient peu à peu le symbole négatif de toutes les limitations, et une prise en charge de plus en plus lourde pour le personnel.

En terme de soins, en 1990, 21 % des personnes âgées avaient besoin d'une aide quotidienne à la toilette. Actuellement, elles représentent 56 % et cette surcharge de travail s'effectue à un nombre de personnel constant.

Présentation de la charge de travail du personnel, évaluée en 1990 et sur ces trois dernières années :

	1990	1996	1997	1998
<b>Nb* de résidents</b>	<b>64</b>	<b>66</b>	<b>67</b>	<b>69</b>
Nb de résidents incontinents	10	20	30	37
Aide quotidienne à la toilette	14	23	30	37
Fauteuils roulants	3	12	17	20
Déambulateurs	3	11	9	7
Accompagnements divers	6	9	9	6
Aide quotidienne au repas	3	8	7	8

\* Nb = Nombre

Devant ce constat, il devient urgent, non seulement de « remotiver » le personnel, vecteur de dynamisme dans l'établissement, mais également les résidents en leur donnant, de nouveau, envie de continuer à vivre. La maison de retraite doit rester un lieu de vie,

pour cela, il est nécessaire d'encourager les personnes âgées à retrouver leur statut social, qui aura également un impact positif sur le personnel.

### **3. L'identification des problèmes**

L'identification des problèmes est progressive. Dans un premier temps, il nous est apparu nécessaire de rencontrer le personnel en groupe et de lui demander ce qu'il ressentait dans le fonctionnement actuel de la maison de retraite. Dans un second temps, pour affiner les dires de chacun, un recueil d'informations leur a été proposé, ainsi qu'aux résidents et à leur famille.

#### **3.1. Ressenti des différents acteurs**

##### **3.1.1. Au niveau de l'accueil :**

L'accueil des nouveaux résidents est ressenti par le personnel comme étant trop rapide et pas assez personnalisé, ce qui se traduit par une sensation de frustration de sa part. Les employés de la maison de retraite sont conscients de « banaliser » l'accueil et, de ce fait, de ne pas connaître les résidents ni leurs familles.

A l'heure actuelle, le choix de tout nouveau résident se fait en fonction de certains critères :

- l'antériorité de la demande, inscrite sur la liste d'attente,
- des exigences de la personne et de sa famille sur le choix de la chambre : 1 ou 2 lits et des possibilités offertes,
- et la priorité aux personnes vivant dans la commune de Cuers ou dans le canton.

Lorsque la personne âgée peut se déplacer, il lui est proposé, ainsi qu'à sa famille, une visite guidée de la maison de retraite et, à ce moment là, il leur est remis un livret d'accueil présentant l'établissement et décrivant son fonctionnement. Le cadre infirmier

se charge alors, avec la collaboration de la famille, d'évaluer la personne âgée à l'aide de la grille AGGIR.

Si elle est toujours d'accord pour entrer en maison de retraite, une date d'entrée définitive est fixée et elle est accueillie, ainsi que sa famille, par le personnel en poste. Toutefois, il arrive que :

- l'ensemble du personnel (toutes catégories) ne soit pas toujours informé de cette nouvelle entrée.

- aucune autre visite guidée ne soit programmée par le personnel, dans les jours qui suivent l'entrée de la personne âgée.

### 3.1.2. Au niveau des soins

L'ensemble du personnel est très inquiet par la charge de travail croissante : elle a quasiment triplée en l'espace de 10 ans.

Le personnel soignant effectue un travail de qualité dans la prévention d'escarres, mais cette tâche nécessite du temps. La surcharge de travail, consécutive à l'invalidité progressive des résidents présents dans l'établissement et par l'entrée de nouveaux résidents lourdement dépendants, se traduit par :

- un nombre de « toilettes » à effectuer en augmentation croissante,
- une aide pour la prise de repas demandant la présence d'un personnel plus nombreux,
- un « va et vient » incessant entre les chambres et les lieux communs partagés.

### 3.1.3. au niveau de la cuisine :

Il a été constaté par ce personnel que certains jours, une quantité de plats non consommés par les résidents retournaient en cuisine. Ce retour peut faire apparaître une insuffisante concertation entre les personnes âgées et le personnel de cuisine lors de l'élaboration des menus.

Le repas reste un des derniers plaisirs des personnes âgées, c'est pourquoi l'alimentation doit être considérée bien au delà d'un simple apport de trois repas équilibrés.

Les causes de malnutrition des personnes âgées sont nombreuses. Toutefois, même s'il existe des modifications physiologiques liées au vieillissement (altération du goût, dégradation de l'état bucco-dentaire, vieillissement de l'appareil digestif), la stimulation de l'appétit peut résoudre de nombreux problèmes.

Il est donc essentiel de tenter d'harmoniser l'alimentation du résidant en associant la couverture des besoins au plaisir de manger.

#### 3.1.4. au niveau de l'animation :

Bien que des activités soient proposées très régulièrement par l'animatrice, peu de personnes participent à ces activités.

Certes, le libre choix de participer ou non à l'animation doit être respecté, cependant il paraît nécessaire de s'interroger sur ce constat :

- s'agit-il d'activités non adaptées aux capacités tant physiques que psychiques des personnes ?
- s'agit-il d'un manque de connaissances des personnes en terme de vécu, de loisirs, d'habitudes...
- s'agit-il d'un manque de sollicitation ?
- s'agit-il d'une mauvaise information et/ou explication des activités proposées ?

De plus, l'animatrice se sent « dépassée » par l'organisation des activités. Elle met en évidence une perte de temps pour le choix et la préparation des activités, ainsi qu'une difficulté pour les programmer.

Après avoir obtenu les impressions du personnel, de façon informelle, il est apparu intéressant de les confronter, non seulement d'une manière formelle et individuelle, en ce qui concerne le personnel, mais aussi avec les principaux acteurs : les résidants et leur famille.

## **3.2. Le recueil d'informations**

### **3.2.1. Les outils utilisés**

Afin d'affiner le constat fait à la suite de l'état des lieux, il nous a paru nécessaire de rencontrer chacun des acteurs de la maison de retraite, notamment les résidents et le personnel et d'adresser aux familles un questionnaire.

Sachant qu'il n'existe pas d'outil idéal pour recueillir des informations tant sur la qualité et la quantité des prestations que sur la satisfaction des différents acteurs, le choix d'un entretien semi-directif avec les résidents a été préféré au questionnaire qui est un instrument rigide. L'entretien permet de recueillir des informations données spontanément par les personnes âgées.

Par contre, le questionnaire semble correspondre aux désirs du personnel, qui, tout en préservant l'anonymat des réponses, n'est pas complexe et ne nécessite que des réponses simples. Pour les familles et les médecins vacataires, le choix du questionnaire est apparu, également plus simple, en terme de temps et de recueil d'informations.

### **3.2.2. L'analyse**

#### **Au sujet des entretiens :**

A l'issue de l'entretien avec les résidents, il est constaté que, hormis les personnes qui ne pouvaient y participer en raison de leur état de santé physique et/ou psychique, peu de résidents (30 %) ont accepté d'y participer.

Il est constaté, ici, les limites d'un directeur à effectuer lui-même un entretien avec les résidents pour connaître leurs avis sur la qualité des prestations et leurs avis. Ces derniers sont très soucieux de l'impact que pourraient produire certaines réflexions de leur part, notamment vis à vis du personnel.



Au regard des remarques qui m'ont été faites, nous pensons pouvoir extrapoler et considérer que les réponses valent pour la majorité des résidants<sup>38</sup>.

#### Au sujet des questionnaires :

Il est à noter que l'ensemble du personnel a répondu au questionnaire. L'association de questions ouvertes et fermées a été appréciée par certains agents qui ont pu noter des remarques supplémentaires et faire des suggestions. Le fait, également, que le questionnaire ait été anonyme a certainement contribué à ce que l'on puisse obtenir 100 % de réponses<sup>39</sup>.

Au niveau des familles, 40 % d'entre elles ont répondu au questionnaire. Le choix d'un maximum de questions fermées devait leur permettre de répondre plus facilement. Il s'agissait, dans ce cadre là, d'obtenir leur degré de satisfaction sur la qualité des prestations offertes ainsi que leur appréciation générale sur l'établissement.

Etant donné les réponses obtenues, nous pouvons encore une fois extrapoler et considérer que celles-ci valent pour l'ensemble des familles<sup>40</sup>.

### 3.2.3. Les résultats obtenus

L'analyse de l'ensemble des informations recueillies met en évidence plusieurs données :

#### Aspects positifs :

- L'établissement dispose d'un personnel reconnu comme étant qualifié et dévoué,
- L'animatrice s'efforce toujours de rendre la vie agréable à l'ensemble des résidants,
- La qualité des soins techniques prodigués semble satisfaire les principaux intéressés.

---

<sup>38</sup> Voir annexe 3

<sup>39</sup> Voir annexe 4

<sup>40</sup> Voir annexe 5

#### Aspects négatifs :

- Le personnel n'est pas assez disponible et le contact relationnel avec les résidents est limité ce qui engendre une sensation de solitude.
- L'ensemble du personnel ne connaît pas assez le vécu des résidents ce qui ne favorise pas une bonne adaptation des prestations.
- Les personnes âgées ne sont pas assez sollicitées dans le choix des menus.
- Le temps de repas qui leur est offert est trop court.
- L'hygiène des chambres est défectueux du point de vue des familles.

#### **4. Le diagnostic partagé**

Si la maison de retraite héberge des personnes âgées encore valides, elle ne peut fonctionner sans prendre en considération une population en perte d'autonomie ou en état de dépendance. En partant du principe qu'elle doit rester un lieu de vie (animé, chaleureux, agréable...), il est nécessaire de réorganiser le fonctionnement de l'établissement en associant l'ensemble du personnel.

Il faut, également, prendre en considération que ces personnes sont de nouveaux retraités, qui ont connu le confort, les loisirs et la liberté. De ce fait, d'un commun accord, l'ensemble du personnel va mettre en œuvre tout ce qui est possible pour que l'établissement ne soit pas considéré par les résidents et leurs familles comme un lieu de fin de vie mais comme un lieu de vie, adapté aux capacités de chacun et prenant en compte leur histoire.

Connaître et reconnaître la personne âgée à travers son parcours de vie unique, prendre en considération son état physique et psychique apparaissent être un point fondamental reconnu par tous. Ceci va permettre d'adapter les prestations en fonction des besoins et attentes de chacun des résidents et de continuer à faire de la maison de retraite « Saint-Jacques » un lieu convivial et chaleureux.

Cette démarche devrait permettre de placer la personne âgée au centre de la structure. Seule cette attitude peut contribuer à dynamiser la maison de retraite et l'ensemble du personnel.

## **5. Conclusion**

Effectuer une étude prospective permet de situer l'établissement au niveau du schéma départemental et de revoir son organisation et son fonctionnement. Cette démarche offre des avantages car elle oblige les différents acteurs à se remettre en question ; elle « casse » une routine de travail et, surtout, elle donne la possibilité aux résidents et à leurs familles de s'exprimer sur des thèmes qui les touchent de très près.

L'entretien avec les personnes âgées et le recueil d'information, via les questionnaires, ont permis de mettre en évidence certains dysfonctionnements et de se rendre compte des véritables désirs des résidents.

La limite observée est celle du positionnement du directeur dans le recueil d'informations. De la part des personnes âgées, une certaine appréhension à parler librement de leur satisfaction tant au niveau des prestations que de leur relation avec le personnel, a été constatée.

Cependant, si nous voulons, en tant que directeur, offrir aux résidents des prestations adaptées à leurs désirs et une vie de qualité dans l'établissement, cette démarche paraît incontournable.

## **3<sup>ème</sup> Partie**

**LE PROJET DE VIE**

**...UNE REPONSE...**

### 3<sup>ème</sup> Partie : Le projet de vie : Une réponse...

« *Le projet de vie est destiné à mobiliser les énergies autour d'un enjeu* <sup>41</sup> ».

La commande de mettre en place le projet de vie à la maison de retraite « Saint-Jacques » répond à une nécessité : conférer un véritable statut aux résidants et réorganiser l'établissement de sorte qu'il puisse prendre en charge des personnes âgées dépendantes tout en leur assurant confort, sécurité, convivialité et bien-être.

Afin de le rendre opérationnel, il est nécessaire de le construire par étapes qui seront guidées par des valeurs. Celles-ci sont précisées dans la finalité du projet « pierre angulaire » de l'action à mener.

Ainsi, après avoir défini la finalité, le projet de vie va se décomposer en action et en objectifs, en prenant en compte les ressources nécessaires pour les atteindre. Enfin, une évaluation est prévue qui permettra, à tout moment, de réajuster le projet. L'enjeu est donc de modifier notre façon de « faire » en respectant les valeurs mises en exergue dans le projet (finalité), pour tendre vers le bien-être des résidants.

#### **1. La finalité du projet**

« *Le projet est considéré comme une **charte de référence** qui va inspirer l'action. Cette charte consigne surtout des finalités, **des valeurs régulatrices** sur lesquelles il doit y avoir consensus de la part des principaux acteurs* »<sup>42</sup>.

Le projet de vie qui va être élaboré doit contribuer au mieux être des personnes âgées hébergées. Pour cela, il doit privilégier la *qualité de vie* : se situant dans la notion

---

<sup>41</sup> J.P. BOUTINET, Op. cit.

<sup>42</sup> Ibid.

de plaisir, qui engendre une part de bonheur satisfaisant chacun des acteurs, mais avant tout les résidants, en fonction de leurs propres références et valeurs.

La qualité de vie ne peut être une norme supplémentaire, puisque chaque personne la percevra différemment, selon son histoire, son environnement, ses goûts et ses capacités.

Ainsi, cette notion « qualité de vie » est éminemment subjective. C'est pourquoi, au préalable, elle implique la reconnaissance des droits des personnes âgées. Qu'elles soient dépendantes, valides, en institution, elles ont un statut, qui correspond à celui de toute personne adulte.

Cette notion s'inscrit dans un système de valeurs :

- *Le respect de la personne âgée*
- *Ses droits et libertés, même en établissement*
- *Son statut de citoyen...*

Cette notion peut paraître évidente et banale, cependant dans un établissement accueillant et hébergeant des personnes atteintes de déficiences, le personnel peut être amené à devancer les « besoins » de ces personnes et « faire à leur place ». Cette situation est fréquente et conduit souvent à l'infantilisation des personnes âgées, ce qui a pour conséquence le glissement de la personne vers un état de dépendance.

C'est pourquoi, il est nécessaire de réaffirmer la citoyenneté et la dignité de ces personnes âgées qui sont et restent des « personnes » avant d'être âgées.

La personne est un adulte qui nécessite estime et respect. Cette affirmation, cette évidence, s'oppose à une société qui tend à exclure celui qui n'est plus productif et ne consomme plus.

Dans cette optique, la législation et la réglementation ont marqué des avancées significatives ces dernières années. Mais au delà des textes, ces valeurs de dignité, de respect et de citoyenneté doivent, sans cesse, être rappelées par le directeur, à l'ensemble des personnels.

\* Les avancées législatives et réglementaires

- La réforme du Code pénal, par la loi du 22 juillet 1992<sup>43</sup>, n'évoque pas directement le cas des personnes âgées, mais la notion de « protection des personnes vulnérables » qui assure à chacun une égale sécurité en protégeant davantage les plus faibles ;

- Le nouveau Code de déontologie médicale, par le décret du 6 septembre 1995 (articles 37 et 38) fait obligation au médecin de soulager la souffrance en toute circonstance, et d'être vigilant afin d'éviter toute « obstination déraisonnable ». L'acharnement thérapeutique est l'un des risques que courent les personnes très âgées dans le cadre de la médecine moderne.

- Le traitement de la douleur des personnes âgées, par la loi n°95-116 du 6 février 1995, fait état d'une attention particulière dans les établissements sociaux et médicaux sociaux, aux moyens propres à prendre en charge toute douleur des personnes qu'ils accueillent.

\* Le rappel de ces valeurs dans la Charte des Droits et libertés de la personne âgée dépendante.

A la suite de la parution des résultats d'une enquête effectuée par la Commission nationale des clauses abusives, critiquant les modes de fonctionnement souvent trop « arbitraires » des maisons de retraite, et à la demande de Monsieur ZELLER, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, la Commission « Droits et libertés des personnes âgées » de la Fondation nationale de gérontologie, rédigea une Charte en 1987 : « *La Charte des Droits et libertés des personnes âgées dépendantes* » afin de rappeler certains principes.

Un document a, également, été rédigé pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes reprenant l'essentiel de ces principes à respecter. Il a été prévu de telle sorte qu'il puisse être affiché.

---

<sup>43</sup> Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes.

Même si ce texte n'a pas de portée juridique, puisqu'il s'agit d'une circulaire, il esquisse un certain nombre de principes qui définissent l'esprit dans lequel devraient se réaliser l'aide et le soin aux personnes âgées dépendantes.

Elle permet de rappeler en permanence que, malgré sa fragilité, malgré sa dépendance, la personne âgée demeure fondamentalement l'égale de la personne qui aide et que leurs dignités respectives ne sauraient être respectées que par un respect mutuel.

Ainsi, le projet de vie va se construire en prenant en considération ces valeurs fondamentales. Je pense qu'il est essentiel, avant de tenter d'améliorer les prestations, de faire comprendre au personnel que la qualité de vie des résidents dépend tout d'abord du respect et de la place que nous leur attribuons.

## **2. Le but : la personnalisation des prestations**

Le but du projet de vie est de *personnaliser*, autant que faire se peut, *les prestations et services rendus aux résidents*.

La meilleure façon de placer la personne âgée au centre de la maison de retraite est de connaître chacune d'entre elles au travers de leur parcours de vie, notamment leur profession, leurs habitudes..., leur comportement, et, ainsi, de leur proposer, par exemple, une activité correspondant à leurs attentes et possibilités.

La personnalisation des prestations est à concevoir :

- au travers de l'accueil,
- au travers de l'animation,
- et, par un travail d'équipe efficace.



## **2.1. Au travers de l'accueil**

Au moment de l'entrée en institution, une cascade de bouleversements a lieu, tant au niveau du nouveau résidant que de sa famille.

Du côté du résidant, l'entrée en maison de retraite est marquée par une série de frustrations liées aux ruptures imposées par l'environnement, qu'il soit géographique, affectif ou social. Un sentiment profond d'abandon risque d'entraîner une attitude de révolte et d'hostilité ou, au contraire, de retrait et de soumission.

La personne âgée va être confrontée à de nouvelles personnes, à des locaux inconnus et paraissant immenses. Elle peut très vite présenter des signes de désorientation spatiale et temporelle, son rythme de vie, ses habitudes, ses repères habituels étant, bien souvent, bouleversés.

Au niveau de la famille, la volonté de placement en institution d'un proche est souvent consécutive à l'épuisement suscité par la dépendance du sujet âgé. L'entourage a atteint un seuil de tolérance et avoue son impuissance à pouvoir s'occuper plus longtemps de son parent. Fréquemment aussi, ce peut être la peur du danger qui est à l'origine de cette décision. Les risques de chute, d'accident, de fugue, de dénutrition sont souvent évoqués par les familles.

Ainsi, l'entrée en maison de retraite va susciter, chez la famille, un sentiment de culpabilité renforcé par le soulagement de ne plus avoir à prodiguer quantité de soins à leur parent.

Cette culpabilité peut se traduire par des comportements gênants et souvent mal vécus par le personnel de la maison de retraite. Il n'est pas rare de rencontrer des familles ayant une attitude agressive envers le personnel et critique vis-à-vis de l'institution, se manifestant par des demandes incessantes, des récriminations et des plaintes répétées.

C'est pourquoi, autant pour le sujet âgé que pour la famille, le placement en maison de retraite se prépare et devient un élément clé pour une intégration réussie du résidant et une déculpabilisation de la famille.

De ce fait, il est important d'insister sur :

- la préparation de la personne âgée à l'entrée en institution,
- la prise en compte de l'histoire de la personne dans l'objectif de maintenir, autant que faire se peut, une continuité identitaire, et surtout de proposer des services en corrélation avec leurs attentes qui ne sont pas toujours exprimées.

Ainsi, la personnalisation de l'accueil ne peut que contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dans l'institution. Dans le projet de vie, je la considère comme étant la « pierre d'assise » du dispositif. Un accueil qui n'est pas « soigné » ne peut aboutir au bien-être de la personne âgée.

## **2.2. Au travers de l'animation**

Comme la Charte des droits et libertés de la personne âgée le précise dans son article VI, « *toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités* ».

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent, même chez des personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.

Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée.

Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées. Toutefois, les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

Réfléchir sur l'animation est une démarche qualitative car cela conduit à s'interroger sur la prise en compte de la globalité de la personne et à travailler sur les conditions d'une réponse à l'ensemble des besoins du résidant, qu'ils soient physiologiques, psychologiques ou sociaux.

Animer, étymologiquement, c'est donner de la vie, une âme, du sens, au-delà de la satisfaction des besoins élémentaires.

C'est pourquoi, il ne s'agit pas seulement de programmer des activités, mais de considérer l'animation comme une démarche d'accompagnement centrée sur les souhaits de la personne, ses envies, ses demandes et ses intérêts. Cette démarche permet également, et surtout, de maintenir ou restaurer l'identité de chacune d'entre elles.

Toutefois, l'évolution du public accueilli en maison de retraite pose des problèmes de plus en plus complexes. Le niveau de dépendance va croissant et les polyopathologies sont souvent très marquées. De plus, la maison de retraite de Cuers, comme beaucoup d'établissements publics accueillant des personnes âgées, héberge des « patients » de l'hôpital psychiatrique, personnes vieillissantes dont l'état de santé s'est stabilisé mais qui demeurent, cependant, difficiles à canaliser au moment des activités d'animation.

Si l'animation a pour objectif d'apporter avant tout du plaisir, elle a aussi des effets thérapeutiques incontestables : elle joue un rôle dans la prévention d'un mauvais vieillissement et elle est un support au maintien de l'autonomie de la personne âgée.

De plus, bien que l'animation, en tant qu'activités, soit « l'affaire » de l'animatrice dans l'établissement, le personnel est concerné car tous les moments de la journée sont vecteurs d'animation surtout lorsque celle-ci a des visées thérapeutiques. Ainsi, par exemple, la stimulation du langage doit rester une préoccupation constante. Elle peut se faire à tout moment : lors des soins, de la toilette, de l'habillage, des repas... car parler est considéré comme un soin.

L'animation doit donc s'adapter à la population, tant au niveau de ses capacités « à faire », qu'au niveau de son vécu, le but recherché étant toujours d'apporter du bien-être.

### **2.3. Par un travail d'équipe efficace**

L'organisation de travail contribue à définir la dynamique et la cohérence de l'équipe. Il s'agit d'un apport incontournable de qualité du travail.

Comme le fait remarquer R. VERCAUTEREN<sup>44</sup> : « *La cohabitation forcée entre le personnel et les résidents s'inscrit dans un espace relationnel spécifique. Entre le professionnalisme froid et l'affectif impliqué, se dresse une ligne de conduite qui trace le sillon de rapports adaptés à la réciprocité des services rendus entre le personnel et le résident.* »

Le personnel est « l'outil » central de la réalisation du projet et la notion d'équipe est fondamentale puisque seule sa dynamique permettra au projet de se concrétiser. L'équipe est synonyme d'organisation puisqu'il s'agit d'un travail de groupe.

Cette organisation de travail doit permettre de satisfaire, non seulement, les besoins des résidents, à qui est destiné le service rendu, mais également les besoins du personnel.

Trouver un consensus entre l'organisation travail et les besoins des résidents me semble une étape délicate et pourtant incontournable. Cela nécessite des phases de réflexion, avec l'ensemble du personnel, sur les raisons que nous avons tous à travailler en maison de retraite et sur les objectifs que nous nous fixons.

A la maison de retraite « Saint-Jacques » le travail autour du « soin » s'effectue par équipes composées d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), d'aides-soignants (AS) et d'agents des services hospitaliers (ASH).

Afin de satisfaire aux exigences d'une démarche qualité, tant en terme de soins, d'accompagnement, que d'hygiène générale du bâtiment, et surtout des chambres, il est prévu de revoir l'organisation de travail actuelle.

Ainsi, la démarche du projet de vie ne peut se concevoir sans une remise en question des différents pôles d'activité de la maison de retraite : l'accueil et l'animation sont vecteurs d'intégration s'ils respectent la diversité des trajectoires de vie de chacune des personnes. L'organisation du travail est également essentielle, car seul le personnel peut dynamiser cette démarche.

---

<sup>44</sup> R. VERCAUTEREN, M.C. VERCAUTEREN, J. CHAPELEAU « Construire un projet de vie en maison de retraite »

### **3. Les objectifs**

Afin de garantir au projet son opérationnalité et sa pérennité, trois groupes de travail se sont formés, chacun ayant pour mission de réfléchir aux moyens pouvant être mis en œuvre pour obtenir le but poursuivi : la personnalisation des prestations.

En fait, afin de ne pas surcharger les équipes de travail, des priorités ont été fixées. Sachant que le projet de vie est une démarche souple et évolutive, il a été convenu d'aborder en priorité la question de l'entrée des résidents, l'animation et l'organisation du travail. Ce choix a été fait car il est nécessaire, avant tout, de mieux connaître les résidents, d'adapter les prestations, ceci par un travail d'équipe efficace.

Il est prévu, toutefois, dans les mois à venir, lorsque les premières démarches auront fait leur preuve d'efficacité, de consacrer du temps au projet de soins. Cette démarche nécessite une réflexion avec les médecins vacataires de l'établissement, les médecins traitants et les auxiliaires médicaux. De plus, conformément à la loi du 24 janvier 1997, et plus précisément à son décret d'application (du 26 avril 1999) un coordonnateur de soins devra être nommé.

#### **3.1. Mieux connaître les résidents**

##### **3.1.1. Par la création d'un guide d'entretien**

En prenant comme référence les écrits de R. VERCAUTEREN<sup>45</sup> et de Cl. BADEY-RODRIGUEZ<sup>46</sup>, l'équipe de travail, chargée de réfléchir sur ce sujet, a élaboré son propre guide d'entretien en intégrant :

- la biographie du résident,
- ses habitudes de vie,
- ses activités avant l'entrée,

---

<sup>45</sup> VERCAUTEREN Richard, VERCAUTEREN Marie-Christine, CHAPELEAU Jocelyne, « *Construire un projet de vie en maison de retraite* », Toulouse, Eres, 1993

<sup>46</sup> BADEY-RODRIGUEZ Claudine, « Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique du changement », Seli Arslan, 1997/05

- son état de dépendance.

Sa création s'inscrit dans la qualité du service à rendre à la personne âgée.

Son contenu, centré sur la connaissance multiforme du résidant, met en évidence les particularités physiques, psycho-sociales, environnementales et historiques de la personne âgée. Il permet, ainsi, au personnel d'adopter des attitudes cohérentes favorisant, chez le résidant, son intégration, son adaptation et l'identification de nouveaux repères.

Il est proposé de centraliser, dans ce guide, toutes les informations concernant la personne. Les parties administrative (prise en charge financière) et médicale seront, quant à elles, séparées car elles disposent de renseignements n'ayant d'importance que pour un personnel très restreint et ce, dans le respect du secret médical et professionnel.

Ce guide devra constituer une partie du « dossier soins » de chacun des résidents et sera placé dans la salle de soins, accessible aux équipes.

Le souci majeur est d'obtenir de la personne qu'elle livre un certain nombre d'éléments de sa vie afin de mieux la connaître, pour mieux la servir. En aucun cas, ce recueil ne doit être assimilé à un interrogatoire pour la personne. Il doit être élaboré sur plusieurs jours : les premières informations peuvent être recueillies au domicile du futur résidant et complété par étapes.

Le « guide d'entretien » comporte 3 grandes parties :

- ⇒ L'identité de la personne, situation familiale, environnement social avec le rythme des visites, les faits principaux ayant marqué sa vie...
- ⇒ La situation physique, morale, psychique, comportementale de la personne : son potentiel à l'entrée, sa nature apparente...
- ⇒ Les activités de sa vie quotidienne, ses habitudes de vie, ses désirs, ses souhaits à propos de sa mort...

Ce guide<sup>47</sup> apparaît d'une importance capitale pour l'organisation de la vie de la maison de retraite. Outre le fait que toutes les prestations, en terme d'accueil, de repas, d'horaires... pourront être adaptées à chaque cas, il permettra une évaluation sur l'intégration de la personne âgée au sein de l'établissement.

L'équipe de travail propose, en complément de ce guide d'entretien, d'élaborer une fiche d'observation du personnel comme outil de suivi.

\* La fiche d'observation du personnel : outil de suivi

D'après les thèmes utilisés pour créer le guide d'entretien des résidents, il s'avère judicieux de créer, en parallèle, une fiche d'observation du personnel<sup>48</sup>.

Il s'agit d'un suivi du résident axé essentiellement sur :

- son comportement après l'entrée dans l'établissement,
- son adaptation à vivre en collectivité,
- sa participation aux activités d'animation,
- ses capacités physiques et intellectuelles en comparaison avec ses capacités antérieures.

Ce travail de suivi doit s'effectuer dans le mois qui suit l'entrée à la maison de retraite puis tous les six mois. Ceci permettra au personnel de repérer une modification des habitudes, des activités, du comportement de la personne afin d'adapter les prestations et de proposer un suivi médical ou psychologique.

De plus, au regard des informations recueillies auprès de la personne âgée ou sa famille, le personnel soignant sera chargé de « remplir » la grille d'évaluation de l'autonomie-dépendance de la personne (grille AGGIR). Celle-ci sera jointe au dossier de soins qui comprendra également le guide d'entretien, la fiche d'observation du personnel et la fiche de transmissions.

---

<sup>47</sup> Voir annexe 6

<sup>48</sup> Voir annexe 7

### 3.1.2. Par un accueil en plusieurs étapes

Lorsqu'il est prévu d'accueillir une personne âgée vivant dans le canton de la commune de Cuers, la procédure d'accueil peut être améliorée. Toutefois, il arrive que l'établissement soit confronté à l'arrivée précipitée d'un nouveau résidant. Les seuls cas d'urgence connus sont consécutifs soit à une sortie rapide d'hôpital, soit à la détresse d'une famille qui doit prendre en charge un parent âgé vivant éloigné d'elle. De ce fait, il n'est pas possible de procéder à un accueil en plusieurs étapes.

Trois étapes ont été définies pour améliorer l'accueil des nouveaux résidants :

- une visite préalable au domicile
- une visite de l'établissement
- le jour « J »

#### \* La visite préalable au domicile du futur résidant :

Outre le fait qu'il s'agisse de répondre à une meilleure connaissance des résidants, cela permet également de :

- cerner l'environnement de la personne,
- repérer son cadre de vie habituel,
- mettre en confiance le nouveau résidant et sa famille.

#### \* La visite de l'établissement :

La date de cette visite sera déterminée à l'étape précédente. Elle va constituer un temps fort sur le plan émotionnel car le sujet âgé va s'introduire dans son futur lieu de vie.

Une visite guidée de l'établissement et de la future chambre est prévue.

Une collation sera offerte par le personnel de la cuisine, et servie dans le « coin salon » en présence, si possible, d'un ou deux résidants choisis pour leur convivialité.



Il est nécessaire de montrer à la personne âgée et à sa famille qu'ils sont régulièrement tenus informés de la vie de l'établissement et de son fonctionnement.

Pour cela un tableau d'affichage a été mis en place dans le hall d'entrée, visible et accessible à tout le monde (notamment : résidants et familles). Y sont affichées toutes les informations concernant, essentiellement : la constitution du conseil d'établissement, les sujets pouvant y être abordés, la date des séances, l'ordre du jour et le compte-rendu.

Les activités d'animation proposées pour le mois sont également affichées, ainsi que les fêtes et anniversaires.

#### \* Le jour « J »

L'accueil définitif doit être connu de tous. La date aura été fixée au préalable, annoncée au personnel et aux résidants.

Il devra être prévu en fin de matinée et non pas dans l'après midi, afin que la personne est un peu de temps pour repérer les lieux, commencer à se familiariser avec la collectivité, et surtout avant de se retrouver seule dans sa chambre.

Une personne sera présente pour accueillir le résidant, l'accompagner dans son nouveau lieu de vie, lui présenter ses voisins de table (choisis pour leur convivialité), et lui donner des repères tout au long de la journée et les jours qui suivront l'entrée. Elle devra, également le présenter au personnel présent ce jour là.

Ainsi, ces trois étapes permettront, outre la mise en confiance du résidant et de sa famille, de recueillir des informations nécessaires pour suivre efficacement chaque personne, tant au niveau de son adaptation dans son nouveau lieu de vie, que dans l'adaptation des prestations. En fait, c'est un moyen de montrer à la famille, souvent inquiète du devenir de son parent, que le personnel prend en considération la vie de chacun d'entre eux et qu'il va faire son possible pour que la vie en collectivité se passe dans de bonnes conditions.

### 3.1.3. Par un accompagnement personnalisé

Il est prévu qu'une personne soit chargée d'accompagner tout nouveau résidant, du premier contact jusqu'à son intégration dans la maison de retraite. Cette personne sera nommée « référent » et chargée de :

- se déplacer au domicile de la personne âgée pour se rendre compte du cadre de vie habituel,
- se rendre disponible le jour de la visite de l'établissement et le jour de l'entrée de la personne,
- présenter sommairement le fonctionnement de l'établissement en précisant les prestations offertes, notamment en terme d'animation, mais également en terme d'hôtellerie, de soins...
- remettre un livret d'accueil,
- présenter le règlement interne à l'établissement,
- présenter le contrat de séjour : document qui devra être signé par la personne (ou son représentant légal) et par le directeur,
- répondre à toutes les questions du résidant et/ou de la famille.

Il sera également chargé de transmettre à l'équipe de soins les éléments à prendre en considération très rapidement sur la personne accueillie.

### 3.1.4. Par des réunions de concertation

Un bilan peut être effectué, évaluant l'intégration du résidant dans l'établissement : 1 mois après l'entrée, puis 3 et 6 mois après. Ce bilan doit se faire en présence non seulement de la personne âgée, mais également en présence d'un membre de sa famille, du directeur, du référent et du cadre infirmier.

Il est important à ce stade que le résidant se rende compte qu'il existe « toujours » aux yeux des personnes qui lui sont proches : sa famille mais également le personnel de l'établissement.

De plus, l'implication de la famille permettra un meilleur contact avec les professionnels de la maison de retraite.

Ainsi, toutes ces étapes devraient favoriser une meilleure connaissance et prise en considération des personnes âgées dès leur entrée, c'est pourquoi je la définis comme étant la « pierre d'assise » du projet.

### **3.2. Adapter les prestations**

#### **3.2.1. Au niveau de l'animation**

L'objectif de l'animation, telle qu'elle est proposée, aujourd'hui, est, certes que l'établissement soit animé, mais également de créer une ambiance chaleureuse, d'ouvrir la maison de retraite sur l'extérieur, de solliciter au maximum les capacités résiduelles de chacun et de participer au bien-être des résidents. Ce bien-être peut être entendu comme du plaisir, de l'utilité sociale, de l'appropriation des lieux (communs et privés)... sachant qu'il n'a pas la même signification pour tout le monde. De ce fait, la liberté de participer ou non aux activités est scrupuleusement respecté.

Ces activités sont répertoriées de la façon suivante :

- **Activités ludiques** (loto, jeux de société...)
  - objectifs :
    - développer la convivialité
    - faciliter les rencontres
    - lutter contre l'isolement
    - créer des relations amicales
  
- **Activités culturelles** (Diaporama, expositions, visite de lieux touristiques, reportages photo des sorties organisées, lecture du journal, question pour un champion, groupes de parole...)
  - objectifs :
    - entretenir le lien de la personne âgée avec son environnement culturel,
    - développer les acquis culturels ou les entretenir

- développer la culture littéraire, musicale et cinématographique
- **Activités visant à l'entretien de la santé physique et psychique** (jeu de quilles, gymnastique douce, exercices d'observation et de mémorisation, soins esthétiques...)
  - objectifs :
    - lutter contre la perte d'autonomie
    - prendre soin de son corps
    - restaurer la mémoire
    - stimuler les fonctions sensorielles
- **Activités créatives et d'utilité sociale** (création d'objets, ateliers peinture, sérigraphie, pâtisserie...)
  - objectifs :
    - maintenir un potentiel physique
    - déboucher sur des notions d'estime de soi
- **Activités développant la convivialité** (anniversaires, après-midi dansant et chantant, visite des enfants des écoles du village, repas avec familles, fêtes à thème...)
  - objectifs :
    - retrouver le plaisir de faire la fête
    - se repérer dans le temps
    - recréer le lien social avec l'extérieur
    - donner de la vie à la maison de retraite

La connaissance de la biographie de chacun des résidants, recueillie à l'entrée et formalisée dans le guide d'entretien va permettre à l'animatrice de proposer des animations en prise directe avec ce qu'ils ont évoqué.

Dans un deuxième temps, il est prévu de planifier ces activités. Un programme mensuel sera affiché.

Enfin, à l'issue de chacune des activités, il est également prévu une évaluation avec chacun des résidents présents, afin de recueillir leur satisfaction et surtout de les réadapter.

L'animatrice sera chargée d'animer des réunions mensuelles avec tous les résidents afin de faire « le point » sur l'animation du mois écoulé.

### 3.2.2. Au niveau du repas

A partir du guide d'entretien, il est prévu d'élaborer une « fiche alimentation » dès l'entrée du résident. Celle-ci mentionnera les goûts, les régimes de la personne et permettra, ainsi, d'adapter les menus dès le premier jour. Elle sera remise au personnel de cuisine par le référent.

De plus, l'animatrice, dans le cadre de sa réunion mensuelle auprès des résidents, propose de parler systématiquement des repas afin de les solliciter à l'élaboration de quelques menus.

Sachant que le repas est un moment très attendu par les personnes âgées, il me semble indispensable de le soigner et d'y apporter une grande attention.

## **3.3. Adapter l'organisation de travail**

Il n'est pas possible d'envisager la personnalisation des prestations et leur adaptation aux attentes des résidents sans le concours du personnel.

En prenant en considération les désirs des personnes âgées (au regard de l'entretien effectué en amont) et les remarques faites par les familles et le personnel, il est nécessaire de réadapter l'organisation de travail et de proposer une formation spécifique.

### 3.3.1. En répondant aux désirs des résidents

⇒ *Pour privilégier le temps des repas :*

➤ retarder le repas du soir (de 18h à 18h30)

- prolonger le temps du repas le midi
- évaluer leur satisfaction après les repas
- ⇒ *Pour améliorer le contact relationnel :*
  - passer plus de temps à les écouter et leur parler
  - ne pas les laisser seuls à certains moments de la journée
- ⇒ *Pour préserver leur autonomie :*
  - prendre du temps pour les accompagner en salle à manger (les faire marcher au lieu d'utiliser le fauteuil roulant)
  - les aider à faire certaines activités, plutôt que de faire à leur place
- ⇒ *Pour améliorer les prestations d'hygiène :*
  - dans les chambres : instauration de responsables par chambre
  - dans les lieux communs : instauration d'un planning des tâches à effectuer en fonction des horaires.

De ce fait, quelques modifications ont été prévues, en concertation avec l'ensemble du personnel, en terme d'horaires de travail et de répartition des tâches, afin d'intégrer les objectifs pré-cités.

En terme d'horaires de travail et au niveau des « soins » :

- 1 équipe (4 personnes) travaille le matin de 6 h à 14 h (horaire inchangé)
- 1 équipe (4 personnes) travaille l'après-midi, dont 3 agents de 12h à 20h (au lieu de 11h30-19h30), et 1 agent travaille de 13h15 à 21h15 (au lieu de 13h45 à 21h)

La modification des horaires des agents « d'après-midi » permet, essentiellement :

- un ménage plus approfondi des locaux communs lorsque les résidents sont dans la salle à manger le midi,
- une meilleure organisation des tâches ménagères (notamment dans les chambres),
- le rallongement du temps de repas pour les résidents,
- une présence dans le hall après leur repas, et des aides diverses.

Ces modifications ont été à l'essai 3 mois. A l'issue de ces trois mois une réunion entre les équipes et la direction a confirmé la nécessité de garder cette nouvelle organisation.

Il a été proposé, par le directeur et le cadre de santé, d'instaurer une responsabilisation de chambres par agent, dans le but de les sensibiliser aux impératifs d'hygiène des locaux (point négatif mis en exergue par les familles). Cet aspect constitue un élément de qualité de vie des résidents notamment en terme de respect pour la personne âgée.

Dans les autres services : administration, services généraux, aucune modification n'a été prévue.

Ainsi, la personnalisation des prestations a été étudiée et formulée de sorte que les personnes âgées éprouvent un certain bien-être, « fil conducteur » du projet de vie.

### 3.3.2. Par une formation spécifique

Si l'on veut que le personnel soit sensibilisé aux valeurs (droit, respect, liberté...) définies dans ce projet et qu'il puisse effectuer une démarche de qualité envers les personnes âgées, il est nécessaire de lui proposer une formation sur l'approche globale de la personne âgée.

Quelques thèmes sont toutefois proposés en rapport avec le projet de vie (sa finalité, son but et ses objectifs). Ils ne sont pas exhaustifs.

Les thèmes proposés, ci-après, sont des références prises dans le programme de formation pour l'année 1999 :

- L'accueil de la personne âgée
- Mieux connaître et comprendre le sujet âgé
- L'animation au quotidien des personnes âgées dépendantes
- Le travail en équipe et la communication
- La relation à la personne âgée et à sa famille
- Le référent en institution...

Ainsi, pour atteindre des objectifs bien précis, répondant à une meilleure qualité de vie des résidents, il me semble indispensable de solliciter l'ensemble du personnel et de le sensibiliser aux enjeux que nous nous fixons.

## **4. Les ressources**

### **4.1. Les ressources humaines**

Avant de formaliser la finalité du projet, l'étude prospective a nécessité une mobilisation de l'ensemble du personnel par des réunions d'information et de consultation.

A l'issue de ces réunions, trois groupes de pilotage ont été formés prenant en charge, chacun, un thème de réflexion (l'accueil, l'animation, l'organisation de travail).

Après avoir formalisé leur « travail », de nouvelles réunions ont été prévues entre ces groupes de pilotage et la direction afin d'obtenir le consensus de tout le monde.

Tout au long du processus de personnalisation des prestations, le rôle du **référent** s'est avéré primordial, puisqu'il est le lien entre la personne âgée et l'établissement. Il est également une source d'informations pour l'ensemble de l'équipe et surtout un des « éléments » favorisant l'intégration du résidant et, de ce fait, favorisant le bien-être de chacun.

Pour assurer ce « rôle », trois personnes se sont portées volontaires : le cadre de santé, une infirmière et l'animatrice.

Il est donc souhaitable que ces personnes suivent une formation spécifique « *Etre référent dans une institution* » permettant de réfléchir non seulement sur le rôle du référent mais également sur ses possibilités et limites. Etre référent ne peut pas s'improviser car il nécessite une réflexion au préalable sur la vieillesse et la psychologie de la personne âgée, une grande capacité d'écoute, de relation et de communication.

En ce qui concerne l'organisation du travail, le personnel a intégré rapidement la nouvelle organisation.

Durant l'année qui va s'écouler, il est prévu d'organiser une réunion tous les trois mois, afin de faire le « point » sur ce qui a été fait.



## **4.2. Les ressources matérielles**

Peu de ressources matérielles sont nécessaires pour que le projet de vie soit opérationnel.

Il faut prévoir :

- la mobilisation d'un véhicule de service pour que le référent puisse se déplacer au domicile des personnes âgées,
- l'intégration du guide d'entretien et de la fiche d'observation du personnel dans le « futur » dossier soins de chacun des résidents,
- un lieu d'accueil pour les réunions de concertation prévues au moment de l'entrée, avec famille, résident et personnel.

## **4.3. Les ressources financières**

Elles sont principalement mobilisées dans le cadre de la formation du personnel.

Coût des formations proposées au personnel :

- *Etre référent dans une institution* : 4 100 francs/agent + déplacements et repas
  - ☞ 4 jours de stage à la Rochelle
- *Mieux connaître et comprendre le sujet âgé* : 3 280 francs/agent + déplacements et repas
  - ☞ 4 jours de stage à Paris
- *L'accueil* : 2 460 francs/agent + déplacements et repas
  - ☞ 3 jours de stage à Paris
- *Travailler en équipe et communiquer* : 3 280 francs/agent + déplacements et repas
  - ☞ 4 jours de stage à Paris
- *L'animation au quotidien pour les personnes dépendantes* : 4 100 francs/agent + déplacements et repas
  - ☞ 5 jours de formation à Paris
- *Le sujet âgé, le soignant, la famille* : 2 460 francs/agent + déplacements et repas.
  - ☞ 3 jours à Paris

La prise en charge financière du coût des formations est assurée par l'A.N.F.H. (Association Nationale de Formation pour le personnel Hospitalier).

Une prévision de formation du personnel a été programmée sur 3 ans, afin de respecter les besoins des services et de fractionner le coût inhérent aux différents stages de formation.

Le plan de formation<sup>49</sup>, tel qu'il est présenté doit être approuvé en premier lieu par le comité technique paritaire puis par le conseil d'administration. Il sera ensuite adressé à l'ANFH qui nous informera de sa décision de prise en charge financière.

Le matériel nécessaire pour les **activités d'animation** est financé, en partie par l'association (loi 1901) « Le renouveau des anciens » pour laquelle la maison de retraite donne une subvention chaque année, et, par le budget (compte « vie sociale ») de l'établissement. De ce fait, les moyens financiers concernant l'animation s'avèrent suffisants pour mettre en place les activités proposées dans le cadre du projet de vie.

## **5. L'évaluation**

Le projet de vie est un projet évolutif. Pour cela, il va être régulièrement évalué et réajusté. Cette évaluation est un outil pour donner de la lisibilité à ce que l'on a produit.

Elle va donc porter sur :

- le bien fondé du projet au regard de la problématique
- l'impact du projet par rapport à la finalité poursuivie
- l'efficacité du projet par rapport aux objectifs définis
- l'efficience des moyens mis en œuvre pour la réalisation du projet.

### **5.1. Le bien fondé du projet**

Fournir aux résidants une qualité de vie satisfaisante est le sens de notre projet de vie, tel qu'il a été formulé au regard de l'état des lieux, des points forts de la maison de retraite, de ses faiblesses et surtout au regard du diagnostic partagé avec l'ensemble du personnel.

Après une réflexion sur le sens donné au travail en maison de retraite, l'équipe reconnaît qu'une prestation techniquement parfaite n'induit pas forcément le bien-être de la personne âgée. La qualité de vie est fonction de l'attention dont le résidant est l'objet, plutôt que de l'acte matériel qui n'est qu'un support.

L'évaluation, telle qu'elle est proposée, ne constitue pas un contrôle vis à vis du personnel. Elle doit être perçue comme un moyen de vérifier si les valeurs qui servent de référence au projet sont toujours respectées.

Une remise en question régulière est nécessaire pour éviter que la « routine » n'obère le sens de l'action.

La maison de retraite « Saint-Jacques » est amenée à accueillir des personnes de plus en plus dépendantes ce qui engendre une surcharge de travail pour l'ensemble du personnel et désorganise le fonctionnement de l'établissement. Elle doit donc s'adapter à cette situation, dès maintenant, sans attendre l'essoufflement et la perte de motivation du personnel.

### **5.2. L'impact du projet**

Afin de mesurer si l'action proposée répond à la finalité du projet, plusieurs étapes d'évaluation sont à planifier.

L'adaptation du résidant à son nouveau lieu de vie dépend de plusieurs facteurs qui lui sont propres, à savoir sa personnalité, sa perception de la maison de retraite, son ouverture d'esprit, la qualité de ses relations familiales...

---

<sup>49</sup> Voir annexe 9

Ceci explique l'intérêt de connaître au mieux la personne avant son entrée dans l'établissement.

De ce fait, il me paraît important :

- dans un premier temps, d'**observer** attentivement le comportement de la personne, pendant les trois premiers mois et de transcrire les observations sur la fiche d'observation créée par le personnel ;

- dans un second temps, de **recueillir la réaction du résidant et de son entourage** familial lors des premiers mois. Cette étape est prévue dès la fin du premier mois suivant l'entrée, puis dès le 3<sup>ème</sup> mois et enfin 6 mois après.

Lors de cette seconde étape, **une réunion** avec le personnel « soignant », la famille et le résidant est à prévoir afin d'intégrer chacun des acteurs dans la démarche et d'obtenir leur ressenti.

- **Un an après l'entrée** du résidant, et surtout un an après avoir mis en place le projet de vie, un entretien est prévu avec les résidants et un questionnaire sera adressé aux familles et à l'ensemble du personnel. Il est nécessaire de savoir si les changements effectués ont apporté une meilleure qualité de vie aux résidants.

Avant d'évaluer la satisfaction des différents acteurs, il est nécessaire de créer des grilles d'évaluation reprenant chacune des étapes du projet pour vérifier si elles ont été respectées, tant au niveau de l'accueil, de l'animation, que de l'organisation du travail de personnel. Les résultats permettront de réajuster le projet en fonction des difficultés rencontrées.

Dans un an, de nouveaux entretiens avec les résidants seront à prévoir pour connaître leur satisfaction, en reprenant certains items, tels que :

- Etes-vous satisfait des relations entre le personnel et vous-même ?
- Etes-vous satisfait des activités proposées par l'animatrice ?
- Etes-vous satisfait des repas servis et des horaires ?
- Etes-vous satisfait de l'organisation de la maison de retraite ?

Pour les familles les mêmes questions leur seront posées. Pour le personnel, il est prévu des réunions mensuelles qui donneront lieu d'évaluation des pratiques et de la

nouvelle organisation. Il sera, par contre, intéressant de connaître l'effet produit par les formations proposées.

### **5.3. L'efficacité du projet**

L'efficacité du projet sera mesurée par l'écart obtenu entre les résultats réels et les résultats attendus.

➤ *au niveau de l'accueil*, la fiche d'observation du personnel va permettre de se rendre compte du comportement du résidant après l'entrée dans l'établissement et de voir si la personne s'adapte à sa nouvelle vie. Le « référent » doit pouvoir s'auto-évaluer et vérifier la pertinence de son rôle, à savoir : accompagner la personne âgée, répondre à ses questions, lui donner des repères, installer un climat de confiance... Il doit pouvoir juger de son efficacité si le résidant se confie à lui et/ou le sollicite et si, après en avoir informé l'équipe, les comportements de chacun ont permis d'améliorer la situation du résidant.

➤ *au niveau de l'animation*, un bilan mensuel, évaluant les types d'activités proposées, les modalités d'organisation et les souhaits des résidants, est effectué. Il permet d'ajuster les activités en fonction des désirs de l'ensemble des personnes qui y participent. C'est ainsi que l'animatrice a pu commencer à introduire dans ses activités, la lecture de journaux, de petites histoires qui ont favorisé la communication et l'échange entre les résidants.

➤ *au niveau de l'organisation de travail*, seules des réunions de travail vont permettre d'évaluer la pertinence de cette organisation. Toutefois le personnel devra sans cesse se poser la question de savoir s'il est dans une démarche de qualité. Il est important d'obtenir un consensus entre la vie des résidants et la vie du personnel au travail. L'équipe étant au centre de la dynamique du projet, elle doit se remettre en cause régulièrement pour réajuster sa façon de travailler en fonction des besoins des résidants. Cette remise en question régulière permettra à la maison de retraite de ne pas s'enliser dans un mode de fonctionnement, communément appelé « institutionnalisme » qui reflète l'ancrage d'un certain nombre d'habitudes.

Deux réunions mensuelles ont pu être organisées avec les résidants, l'animatrice et le directeur. En leur donnant la possibilité d'exprimer leurs désirs et leurs désapprobations sur le plan culinaire, nous avons pu trouver un consensus dans le choix des menus. De ce fait, une certaine satisfaction a été ressentie tant au niveau du personnel de cuisine qu'au niveau des résidants. Ces derniers apprécient que l'on prenne en considération leur point de vue. De plus, il a été remarqué une évolution entre la première et la deuxième réunion : si certaines personnes ne participaient pas au débat dans un premier temps, une plus grande participation a été obtenue au cours de la deuxième réunion. Ainsi, la liberté d'expression et la reconnaissance de la personne âgée ont été prises en considération.

#### **5.4. L'efficience des moyens**

L'évaluation de l'efficience du projet permet de mesurer la bonne adéquation entre les ressources utilisées et les résultats attendus.

Le projet de vie étant un projet humain, il met en action des groupes de personnes (le personnel) pour le bien être d'un autre groupe de personnes (les résidants). Il repose donc plus sur des moyens humains que sur des moyens financiers.

L'efficience du projet peut être évaluée, en partie, en fonction du regard des personnes et organismes extérieurs à la structures (familles, amis, conseil d'administration, contacts avec la commune...). La façon dont est perçue la maison de retraite peut être un moyen de savoir si le projet de vie a modifié, non seulement des pratiques, mais également les perceptions que certaines personnes pouvaient avoir.

## CONCLUSION

A l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle, la *qualité* représente un enjeu pour tous les établissements, qu'ils soient sanitaires et/ou sociaux. Cependant, ce terme ne doit pas rester un « mot à la mode », il doit véritablement apporter un mieux être aux personnes accueillies en établissement.

Pour les maisons de retraite, la *qualité de vie* doit être fondée sur des valeurs fortes, notamment sur la reconnaissance de la place centrale du résident dans l'établissement. Celle-ci ne peut être effective que si le personnel respecte la personne âgée comme toute personne adulte.

Dans cette perspective, la qualité de vie ne peut être définie qu'à partir de prestations et d'actes professionnels. Ce n'est pas au résident de se conformer à des critères de qualité conçus sans lui ; il s'agit au contraire de réaffirmer le caractère primordial de la qualité de vie de la personne âgée, qu'elle est seule à pouvoir définir, et dont doit dépendre la qualité des prestations.

De ce fait, je considère que le projet de vie est l'outil adapté à ce genre de situation. Pour autant, il est impossible d'obtenir de résultats satisfaisants sans adopter une démarche précise : l'état des lieux, la prise en compte des problèmes observés par les résidents, familles, professionnels et la recherche d'un consensus avec l'ensemble du personnel sont des étapes à ne pas négliger si l'on veut que le projet soit opérationnel.

En tant que directeur, on ne doit plus se contenter d'être un gestionnaire d'établissement car notre mission est aussi, voire surtout, répondre aux attentes des personnes âgées et leur offrir des prestations adaptées pour une meilleure qualité de vie.

Il s'agit d'une démarche essentielle lorsque l'on sait, d'après les études démographiques, que les maisons de retraites vont accueillir, dans un avenir proche, des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes.



## ANNEXES

- Annexe 1** : Organigramme de la maison de retraite « Saint-Jacques »
- Annexe 2** : Variables discriminantes et illustratives de la grille AGGIR
- Annexe 3** : Résultat des entretiens effectués auprès des résidents
- Annexe 4** : Exemple de questionnaire adressé au personnel + Résultats
- Annexe 5** : Résultat du questionnaire adressé aux familles
- Annexe 6** : Guide d'entretien des résidents
- Annexe 7** : Fiche d'observation du personnel
- Annexe 8** : Plan de formation du personnel

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES :

- AMYOT Jean-Jacques, Travailler auprès des personnes âgées, Toulouse, Dunod 2<sup>ème</sup> édition 1998/06
- BADEY-RODRIGUEZ Claudine, Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique du changement, Seli Arslan, 1997/05
- BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, Paris, « Psychologie d'aujourd'hui », 1990
- BRAMI Gérard, Droits et libertés des personnes âgées hébergées, « Questions Sociales », Berger Levrault , 1995/09
- DHERBEY Brigitte, PITAUD Philippe, VERCAUTEREN Richard, La dépendance des personnes âgées : des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi, Toulouse, Erès, « Pratiques du Champ Social », 1996
- MEMIN Charlotte, Projet de vie avec les personnes âgées et dépendantes en institution, Bayard, « Infirmières d'aujourd'hui », 1992
- MIRAMON JM., COUET D., PATURET JB, Le métier de directeur - techniques et fictions, Rennes, ENSP, 1992
- PITAUD Philippe, VERCAUTEREN Richard, Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale, Toulouse, Erès, « Pratiques du Champ Social », 1993
- VERCAUTEREN Richard, VERCAUTEREN Marie-Christine, CHAPELEAU Jocelyne, Construire un projet de vie en maison de retraite, Toulouse, Eres, 1993
- VERCAUTEREN Richard, VERCAUTEREN Marie-Christine, BARRANGER Analyse, Animer une maison de retraite, Toulouse, Eres, 1995/03
- VERCAUTEREN Richard, CHAPELEAU Jocelyne, Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite, Toulouse, Eres, « Pratiques du Champ Social », 1995/03

## **RAPPORTS :**

- Dossier documentaire E.N.S.P. : Politique en faveur des personnes âgées, Marie Line PUJAZON, D3S 1998, Rennes, 1998/02
- Synthèse du séminaire organisé par la Fondation de France, GUISSSET Marie-Jo, « *Les personnes âgées et l'évolution de la société* », in La question du lien social appliqué aux pratiques gérontologiques, 1997/01, pp 4-5
- Rapport de la Commission du Commissariat Général du Plan 1991/09, Pierre SCHOPFLIN : Dépendances et Solidarités : mieux aides les personnes âgées. « *Définir et mesurer la dépendance* » pp19-25 ; « *projet de vie* » pp 142-148

## **REVUES, ARTICLES :**

- BADEY-RODRIGUEZ Claudine, « *L'entrée en institution des personnes âgées* » in Bulletin Juridique de la Santé Publique, Tissot, 1998/04, n°6 ; pp7-10
- BAULON Alain, « *Ethique et personnes âgées* » in Gérontologie et Société, 1997, n° 80 ; pp74-81
- BOUDREAU Jean, « *Le rôle de la CNAV* » in Revue Hospitalière de France, 1997/01-02, n°1 ; pp122-123
- BOULLET JY., SUDRES JL., QUERALTO C., VANOUCHE C. « *L'animation : réflexion sur une définition* » in Gérontologie et Société 1993/10, n°:66 ; pp43-45
- BRAMI Gérard, « *Faire entrer officiellement les droits et libertés des résidents dans les établissements d'hébergement* » in Gestions Hospitalières, 1996/08-09, n° 358 ; pp534-536
- CHAMPVERT Pascal, « *Réformes pour les personnes âgées : quelle place pour les vieux dans la société aujourd'hui ?* » in Décision Santé 1997/02/15-28, n°108 ; pp29-30
- DEBRET Claude, « *Le fondement de la qualité* » in Regards croisés sur la qualité en gérontologie, Réseau de consultants en gérontologie, 1998/10
- DELPLANQUE Régine, « *Le soin en gériatrie un acte de vie* » in Gérontologie 1995/02 n° 94 ; pp11-12
- DHERBEY Brigitte, MOURIESSE Brigitte, « *Pour une approche humaniste de la 'qualité' : quelle place et quels apports du consultant spécialisé en gérontologie ?* », In regards croisés en gérontologie, 1998/10

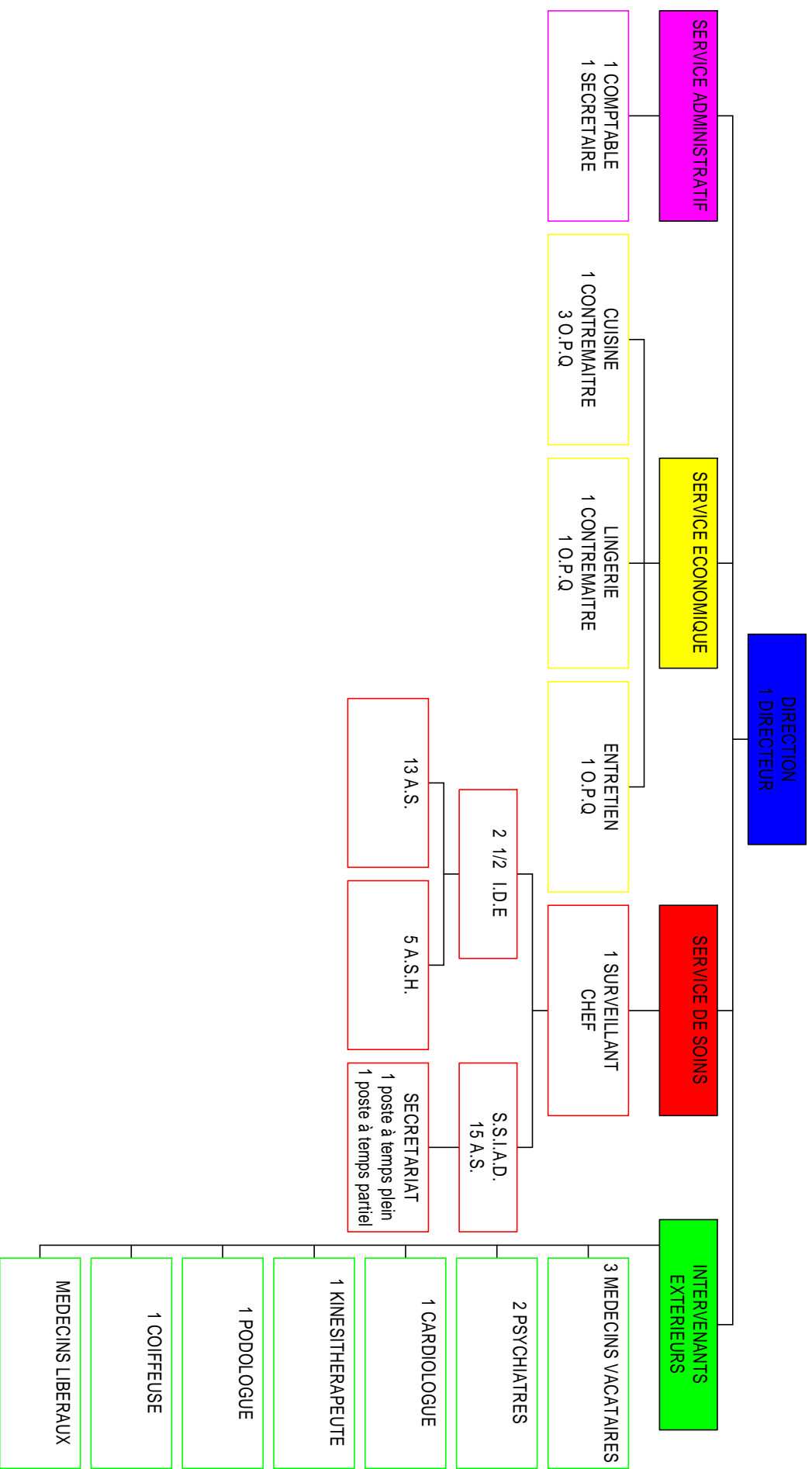
- EVEN Odette, « *Projet de vie et organisation du travail en long séjour* » in Gestion Hospitalière 1998/04, n° 375 ; pp284-286
- FAUSSIER Michèle, « *Du droit des personnes âgées* » in Décision Santé ; 1996/06/016-15, n° 97 ; pp26-28
- FOURNIER Patrick, « *le rôle du référent à l'entrée en institution* » in Gérontologie et Société 1990, n° 53 ; pp68-73
- GALLARD Louis, « *Projets de vie en établissements pour personnes âgées* » in CLEIRPPA infos 1992, n° Spécial Hors Série ; pp1-3
- GROSSHANS Claire, « *le personnel et sa formation à l'approche globale de la personne âgée* » in Gérontologie et Société 1997/03, n° 80 ; pp185-191
- HENRARD Jean-Claude, VEYSSET-PUIJALON Bernadette, « *les personnes âgées et la dépendance* » in La protection sociale en France, La documentation Française, paris, 1995, pp 25-30
- HERRENSCHMIDT Maurice, « *Projet de vie pour les personnes âgées* » in Revue ouvertures, 1997, 4<sup>ème</sup> trimestre, n° 88 ; pp7-11
- HERVY Bernard, « *L'animation dans ses démarches. Quels projets de vie ? et pour qui ?* » in Gérontologie et Société 1993/10, n° 66 ; pp8-12
- LAROQUE Geneviève, « *Au-delà des textes, une pédagogie pour le respect des règles de la Charte des droits et libertés* » in Revue Hospitalière de France, 1997/01-02, n° 1 ; pp112-113
- LEGRAND Monique, « *Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ?* » in Gérontologie et Société, n°81, 1997, pp161-172
- LE LANN P., MERLET Y., « *L'effcience en maisons de retraite* » in Décideurs des maisons du 3<sup>ème</sup> âge, 1998/10-11, pp31-32
- LOPITAUX Roland, « *Des nouveaux droits. Evolution du dispositif législatif et réglementaire* » in Revue Hospitalière de France, 1997/01-02, n° 1 ; pp110-111
- MANTZ JM. « *Ethique, grand âge et société* » in Gérontologie et Société 1990, n° 53 pp80
- MICHEL JM., HUBER PH., ZULIAN G., SERMET C. « *La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées et la dépendance* » in Techniques Hospitalières, 1996/10, n° 607 ; pp43-46

- MOLLIER Annie, « *Pour qu'ils restent en lien avec leur histoire* » in Union Sociale 1996/04, n° 92 ; pp12-15  
     « *L'éthique, le droit et les procédures au service de la qualité de vie* », in regards croisés sur la qualité en gérontologie, 1998/10  
     « *Les enjeux du projet de vie en établissement* », in Gestions Hospitalières, 1999/03, pp 164-167
  
- MOULIAS Robert, « *Lettre de cachet ou liberté de choix : principes et réalisations* » in Gérontologie et Société, 1990, n° 53 ; pp12-18
  
- POUPET Jean-Yves, MIAUT Gérard, MOULIAS Robert, MEAUNE S., LESOURD B., OLIVIER Saint-Jean, et al., « *Le vieillissement de la population : un problème majeur pour la santé publique* » in Techniques Hospitalières, 1997/04, n° 615 ; pp27-31
  
- VELLAS Pierre, « *Principes éthiques, législation sanitaire et personnes âgées* » in Gérontologie et Société, 1990, n° 53 ; pp81-86
  
- VILLEZ Alain, « *Relations contractuelles et projet de vie* » in Revue hospitalière de France, 1997/01-02, n° 1 ; pp114

# ANNEXE 1

## **Organigramme de la maison de retraite « Saint-Jacques »**

ORGANIGRAMME DE LA MAISON DE RETRAITE SAINT-JACQUES



O.P.Q. : Ouvrier Professionnel Qualifié

I.D.E. : Infirmière Diplômée d'Etat

A.S. : Aide Soignant

A.S.H. : Agent de Services Hospitaliers

S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmier à Domicile

# ANNEXE 2

**Variables discriminantes et illustratives de la grille AGGIR**



## VARIABLES DE LA GRILLE A.G.G.I.R

### LES VARIABLES DISCRIMINANTES

A B C

1	COHERENCE: conserver et/ou se comporter de façon sensée	
1	COHERENCE: conserver et/ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION: se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE: concerne l'hygiène corporelle	
4	HABILLAGE: s'habiller, se déshabiller, se présenter	
5	ALIMENTATION: manger les aliments préparés	
6	ELIMINATION: assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
7	TRANSFERTS: se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DEPLACEMENT A L INTERIEUR: avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
9	DEPLACEMENT A L EXTERIEUR: à partir de la porte d'entrée sans moyen, de transport	
10	COMMUNICATION A DISTANCE: utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

#### Légende:

A = fait seul, totalement, habituellement correctement

B = fait partiellement

C = ne fait pas

### VARIABLES ILLUSTRATIVES

11	GESTION: gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE: préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MENAGE: effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT: prendre et/ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS: acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT: se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITES DE TEMPS LIBRE: activités sportives, culturelles, sociales, loisirs, passe-temps	

# ANNEXE 3

**Résultats des entretiens effectués auprès des résidents**

## RESULTAT de l'entretien effectué auprès des résidents

66 résidents sont hébergés à la maison de retraite  
**20 personnes ont participé à l'entretien, soit 30 %**

Leur avis a été demandé sur les thèmes suivant :

### ⇒ Relations personnel – résidents :

<u>opinion</u>	<u>oui</u>	<u>non</u>	<u>sans</u>
Le personnel vous a -t-il sollicité pour :			
Connaître vos habitudes antérieures :	0	20	0
Connaître votre profession antérieure :	7	13	0
Connaître votre situation familiale :	3	17	0
Connaître votre vie avant l'entrée :	0	20	0
Avez-vous le sentiment qu'ils vous rendent la vie agréable ? :	17	1	2
Avez-vous le sentiment qu'ils répondent à vos attentes ? :	12	6	2
D'après vous, le personnel passe - t-il du temps à :			
Vous parler :	5	15	0
Vous écouter :	14	6	0
Vous reconforter :	14	6	0
Vous informer :	15	5	0
Vous sentez-vous seul(e) ? :	9	11	0

### ⇒ Animation :

Participez-vous aux activités proposées ?	8	12	0
Pourquoi ? :			
Pour certains : « trop vieux », ou ne voit pas, n'entend pas... Mais apprécient lorsque c'est animé.			
L'organisation des activités vous convient-elle ?	20	0	0

### ⇒ Repas :

Les horaires des repas vous conviennent-ils ? :	20	0	0
Les menus vous conviennent-ils ? :	13	7	0
Le service de table vous convient-il ? :	16	4	0
Avez-vous choisi vos voisins de table ? :	0	20	0

Remarques :

12 personnes signalent un temps de repas trop court le midi  
9 personnes (femmes) aimeraient être consultées pour l'élaboration des menus.

⇒ Soins :

- Ils apparaissent unanimement satisfaits des soins qui leur sont prodigués.

⇒ Divers

<b>opinion</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>sans</b>
Le respect des chambres, en tant que lieu de vie privé, est-il respecté ? :	18	0	2
Le personnel, tape-t-il à la porte avant d'entrer ? :	16	3	1

Pour certains, les meilleurs moments de la journée sont :

- lorsque la maison de retraite est animée ⇒ la convivialité
- le repas
- le repos en chambre

# ANNEXE 4

**Exemple de questionnaire adressé au personnel + Résultats**

**QUESTIONNAIRE anonyme adressé au personnel « soignant »  
Etat des lieux**

**en vue de l'élaboration du PROJET DE VIE**

Fonction de l'agent :

\_\_\_\_\_

**En ce qui concerne les résidents :**

- avez-vous l'impression de bien les connaître ? :

Connaissez-vous leurs habitudes antérieures ? ..... oui  
non

Connaissez-vous leur profession antérieure ? ..... oui  
non

Connaissez-vous leur situation familiale ? ..... oui  
non

Connaissez-vous leur rythme de vie antérieur ? ..... oui  
non

Avez-vous le sentiment de leur rendre la vie agréable ? ..... oui  
non

si non, pourquoi ?

Avez-vous le sentiment de répondre à leurs attentes ? ..... oui  
non

si non, pourquoi ?

Connaissez-vous leurs envies (désirs, plaisirs....) ? ..... oui  
non

Passez-vous du temps avec les résidents :

- à leur parler : ..... oui  
non

- à les écouter : ..... oui  
non

- à les reconforter : ..... oui  
non

- à les informer : ..... oui  
non

« L'accompagnement en fin de vie » est-il effectué ?..... oui  
non

si non, pourquoi ?

**Formation :**

Avez-vous été formé pour travailler auprès des personnes âgées ?..... oui  
non

Avez-vous sollicité une formation visant à mieux connaître les personnes âgées ?.... oui  
non

si non, pourquoi ?

Avez-vous sollicité une formation visant à mieux connaître « l'accompagnement en fin de vie » ?.....oui non

Avez-vous sollicité une formation visant à préserver l'autonomie des personnes âgées vivant en institution ?.....oui non

**Animation :**

Participez-vous activement aux activités d'animation ? ..... oui  
non

si non, pourquoi ?

Vous sentez-vous concernés par les activités d'animation ? ..... oui  
non

si non pourquoi ?

**Soins :**

Avez-vous un bon suivi des résidents ? ..... oui  
non

si non, pourquoi ?

Le dossier de chacun des résidents vous paraît-il adapté pour vous rendre compte de leur évolution médicale, psychologique et de dépendance ?..... oui  
non

si non, pourquoi ?

Pour vous, qu'elle est la place du soin en maison de retraite ?

Pour vous, « soin » veut dire : soigner ou prendre soin ?

**Organisation du travail :**

Le travail en équipe vous convient-il ? ..... oui  
non  
si non, pourquoi ?

Votre rythme de travail vous convient-il ? ..... oui  
non  
si non, pourquoi ?

Pensez-vous que votre rythme de travail (organisation de la journée ou de la semaine)  
correspond aux besoins des résidents ? ..... oui  
non

Seriez-vous prêt à changer l'organisation de votre journée ou semaine de travail pour  
rendre la vie plus agréable aux résidents ? ..... oui  
non

Quel temps passez-vous auprès des résidents durant votre journée de travail ?

Etes-vous frustré(e) de ne pas passer plus de temps avec eux ? ..... oui  
non

**Questions diverses :**

Aimez-vous le contact avec les personnes âgées ? ..... oui  
non  
si non, pourquoi ?

Avez-vous choisi de travailler auprès des personnes âgées ? .....oui non

Tutoyez-vous les résidents ? ..... oui  
non  
si oui, pourquoi ?



## **RESULTATS du questionnaire adressé au personnel de cuisine**

Personnel de cuisine : 4 agents (2 équipes de 2) ⇒ 4 réponses au questionnaire

*Leur avis a été demandé sur les thèmes suivants :*

### ⇒ **Relation personnel - résidents :**

Aucun des agents ne paraît connaître leur vécu avant l'entrée dans l'établissement

Ils passent peu de temps auprès des résidents.

Ils leur semblent satisfaire les désirs culinaires des résidents

Pour la confection des menus : 2/4 des agents sollicitent les résidents

3 agents sur 4 s'impliquent volontairement à la confection de repas à thèmes

### ⇒ **Formation :**

Aucune formation spécifique n'a été demandée.

2/4 agents aimeraient participer à une formation alliant la confection des repas et l'animation

### ⇒ **Animation :**

Les agents participent aux activités (2/4 agents précisent que leur participation s'établit en confectionnant les repas pour les sorties et les jours de fête)

Les agents se sentent concernés par l'animation

### ⇒ **Organisation du travail :**

2/4 agents seraient prêts à modifier leur organisation de travail pour rendre la vie plus agréable aux résidents.

### ⇒ **Accueil :**

Aucun des agents ne participent pas à l'accueil des résidents, mais le considèrent essentiel pour l'intégration des résidents dans l'établissement.

## **RESULTATS du questionnaire adressé au personnel administratif**

Personnel administratif : 4 agents ⇒ 4 réponses au questionnaire

*Leur avis a été demandé sur les thèmes suivants :*

### ⇒ **Relations personnel - résidants :**

La connaissance du vécu des résidants avant leur entrée dans l'établissement apparaît très médiocre

Dans le cadre de leur travail, elles sont amenées à consacrer aux résidants du temps pour leur parler, les écouter, les reconforter, les informer.

### ⇒ **Formation :**

Elles n'ont pas suivi de formation spécifique sur le thème « personnes âgées ».

### ⇒ **Animation :**

3 sur 4 agents participent aux activités de façon ponctuelle.

### ⇒ **Organisation du travail :**

Le dossier administratif actuel ne permet pas de connaître le résidant ( peu ou pas de renseignements sur l'environnement familial, social, culturel)

Les agents sont prêts à modifier l'organisation de leur travail pour s'adapter aux attentes des résidants et des familles.

### ⇒ **Accueil :**

Le personnel administratif est chargé de recueillir les renseignements administratifs lors de l'inscription : accueil administratif

Il leur apparaît que l'accueil est primordial pour l'intégration des nouveaux résidants dans l'établissement

## **RESULTATS du questionnaire adressé au personnel soignant**

Personnel soignant : 3 IDE + 1 cadre infirmier ⇒ 4 réponses au questionnaire  
8 AS + 7 ASH (3 équipes de 4 agents le jour + 1 équipe de 3 AS la nuit)  
⇒ 14 réponses

Leur avis a été demandé sur les thèmes suivants :

### ⇒ **Relations personnels - résidants :**

La connaissance du vécu des résidants avant leur entrée dans l'établissement apparaît très médiocre.

Du temps est consacré aux résidants pour leur parler, les écouter, les reconforter, les informer, par les IDE, et plus ou moins par les AS et ASH.

### ⇒ **Formation :**

Les IDE ont été formés pour travailler auprès des personnes âgées.

La moitié du personnel AS et ASH n'a pas suivi, ni sollicité, de formation spécifique sur le thème « personnes âgées ».

Très majoritairement (80 %), le personnel « soignant » n'est pas formé à « l'accompagnement en fin de vie » ni à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en Institution.

### ⇒ **Animation :**

Une grande majorité du personnel soignant participe aux activités.

A deux exceptions près, tout le monde se sent concerné par l'animation.

Le sens donné au terme « animation » dans une maison de retraite revêt, pour l'ensemble du personnel, un caractère occupationnel.

### ⇒ **Soins :**

Le dossier médical des résidants ne paraît pas adapté car ne permet pas un suivi.

Insuffisances au niveau des antécédents, des informations, des transmissions

Les termes « soigner » et « prendre soin » paraissent indissociables pour l'ensemble du personnel

### ⇒ **Organisation du travail :**

Pour une majorité du personnel (85%), le travail en équipe et le rythme du travail conviennent.

Pour certains (20%), le suivi du travail des équipes est insuffisant.

La surcharge de travail apparaît trop importante pour avoir un contact relationnel de meilleure qualité avec les résidants.

L'ensemble du personnel est disposé à changer l'organisation du travail pour rendre la vie plus agréable aux résidants.

## **RESULTATS du questionnaire adressé au personnel des services techniques**

Personnel des services techniques : 2 agents à la buanderie ⇒ 2 réponses au questionnaire  
1 agent au service entretien ⇒ 1 réponse au questionnaire

*Leur avis a été demandé sur les thèmes suivants :*

### **⇒ Relations personnels - résidants :**

- Connaissance du vécu des résidants avant leur entrée dans l'établissement : très médiocre
- Du temps est consacré aux résidants pour leur parler, les écouter, les reconforter, les informer

### **⇒ Formation :**

- Pas de formation spécifique sur le thème « personnes âgées ».

### **⇒ Animation :**

- 2/3 agents participent aux activités de façon ponctuelle.
- 2/3 agents se sentent concernés par l'animation.

### **⇒ Organisation du travail :**

- Au niveau de la buanderie, il semblerait que les tâches soient mal réparties entre les agents.
- 1 des 2 agents de la buanderie-lingerie ne souhaite pas changer l'organisation du travail.
- l'agent d'entretien est satisfait de l'organisation du travail et serait prêt, si nécessaire, à changer l'organisation de son travail.

### **⇒ Accueil :**

- 1/3 agents se charge de l'accueil des nouveaux résidants.
- Unanimement les 3 agents considèrent l'accueil primordial pour l'intégration des nouveaux résidants dans l'établissement

## **RESULTAT du questionnaire adressé au personnel chargé de l'animation**

Personnel chargé de l'animation : 1 agent (Aide-Soignante) : 1 réponse au questionnaire

Ce questionnaire lui a permis de s'auto-évaluer et de mettre en évidence ses points forts et ses points faibles.

### ⇒ **Relation Animatrice - Résidants :**

Connaissance du vécu des résidants avant leur entrée dans l'établissement apparaît moyenne  
Peu de temps est consacré aux résidants pour leur parler, les écouter, les reconforter, les informer

### ⇒ **Formation :**

Une formation spécifique sur le thème « personnes âgées » a été sollicitée  
Stage concernant l'animation en établissement accueillant des personnes âgées a été effectué.

### ⇒ **Soins :**

Le dossier médical ne lui semble pas adapté pour suivre l'évolution des résidants.

### ⇒ **Organisation du travail :**

L'organisation de son travail ne lui permet pas de programmer à moyen ou long terme des activités.

Les moyens (financiers et matériels) lui paraissent adaptés et suffisants pour organiser des activités.

L'ensemble du personnel devrait s'impliquer un peu plus dans la démarche quotidienne de l'animation.

### ⇒ **Accueil :**

Pas de démarche d'accueil des nouveaux résidants, alors qu'il lui paraît primordial pour leur intégration dans l'établissement

# ANNEXE 5

**Résultat des questionnaires adressés aux familles**

## RESULTATS du questionnaire adressé aux familles des résidents

66 personnes sont hébergées à la maison de retraite. 8 personnes sont placées sous tutelle.  
**23 familles ont répondu au questionnaire**

*Leur avis a été demandé sur les thèmes suivants :*

### ⇒ Relations personnels - résidents :

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>sans</u>
<b><u>opinion</u></b>			
D'après vous le personnel connaît-il les résidents ? :	18	3	1
Pensez-vous que le personnel connaisse :			
- leurs habitudes antérieures :	8	18	5
- leur profession antérieure :	6	10	7
- leur situation familiale :	14	7	2
 D'après vous, le personnel répond-il aux attentes des personnes âgées ?	 16	 5	 2
D'après vous le personnel passe-t-il du temps :			
- à leur parler :	14	7	2
- à les écouter :	14	6	3
- à les reconforter :	16	5	2
- à les informer :	10	9	4

Comment trouvez-vous le personnel ?

		<b>Bien</b>	<b>Moyen</b>	<b>Médiocre</b>	<b>Sans</b>
		<b>opinion</b>			
En terme de :					
- amabilité :	19	1	2	1	
- disponibilité :	14	6	2	1	
- attention :	16	4	2	1	

### ⇒ Animation

Comment trouvez-vous les activités proposées ?	18	3	1	1
Que pensez-vous de l'animatrice ?	20	2	0	1

### ⇒ Repas

Que pensez-vous :				
- des horaires ?	16	5	1	1
- de la variété des menus ?	14	6	1	2
- de la qualité des menus ?	17	2	2	2
- de la quantité servie ?	18	3	0	2
- du service de table ?	17	3	1	2

Remarques :

3 personnes soulignent que le repas du soir est servi un peu tôt (18h), qu'ils ont entendu des résidents se plaindre du peu de temps pour manger le midi,  
Plusieurs personnes signalent également les difficultés pour manger, consécutives à des problèmes de dentition.

	<b>bien</b>	<b>moyen</b>	<b>médiocre</b>	<b>sans</b>
<b>opinion</b>				
⇒ <u>Soins :</u>				
Que pensez-vous de la prise en charge des résidents ?	17	5	1	0

Remarques :

Quelques familles précisent le manque de communication avec le personnel.  
Certaines souhaiteraient que le personnel prenne plus de temps pour les soins quotidiens, et qu'il soit plus à l'écoute des résidents.

⇒ Administration

		<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>sans</b>
<b>opinion</b>				
Les horaires de bureaux vous conviennent-ils ?		18	2	3
Aimeriez-vous qu'une permanence soit assurée :				
- de 8h à 17h ?	7	9		7
- de 8h à 18h ?	7	10		6
- le samedi matin ?	11	6		6
- le samedi après-midi ?	4	15		4
Etes-vous satisfaits des prestations administratives ?		18	3	2

⇒ Divers :

	<b>bien</b>	<b>moyen</b>	<b>médiocre</b>	<b>sans</b>
<b>opinion</b>				
Que pensez-vous de l'établissement en général ? :	16	5	1	1
Que pensez-vous des prestations offertes ? :	16	6	1	0
Que pensez-vous de l'hygiène des chambres ? :	12	7	4	0

		<b>Oui</b>	<b>non</b>	<b>sans</b>
<b>opinion</b>				
Pensez-vous être suffisamment informés ? :		15	6	2



# ANNEXE 6

**Guide d'entretien des résidents**





Dans les derniers mois, y a-t-il eu des séjours à l'hôpital ?

Quand ?

Quelle durée ?

Où ?

Y a-t-il eu des douleurs intenses ?

### **III. ELEMENTS BIOGRAPHIQUES :**

#### **EVOLUTION DE LA SITUATION FAMILIALE AU COURS DE LA VIE :**

Mariage(s)

Divorce(s)

Veuvage

Remariage

Les différents métiers exercés :

#### **LES DEUILS SIGNIFICATIFS DANS LA VIE DE LA PERSONNE ET LEUR DATE :**

Enfants :

Parents :

Conjoints :

Autres (qui ?) :

Les événements marquants de la vie :

Profession exercée par les parents de la personne :

#### **LES DIFFERENTS LIEUX D'HABITATION AU COURS DE LA VIE :**

Villes habitées et pendant combien de temps ?

### **IV. ELEMENTS SUR LE CARACTERE DE LA PERSONNE :**

Que dit spontanément la famille du caractère de la personne, de ses qualités et de ses défauts ?

Que dit spontanément la personne elle-même de son caractère, de ses qualités et de ses défauts ?

### **V. DESIRS-INTERETS MANIFESTES PAR LA PERSONNE :**

Pendant sa vie passée ?

Actuellement ?

Pour sa vie en institution ? Souhais

## VI. SOUHAITS PERSONNELS DU RESIDENT CONCERNANT SON DECES ?

Modalités de l'enterrement :

Choix des habits :

Autres :

## VII. LA COMMUNICATION AU MOMENT DU PREMIER ENTRETIEN :

Cohérence du discours ?

Répétitions éventuelles ?

Thèmes évoqués ?

### **LA PERSONNE SEMBLE :**

Triste définir)	Dépressive	Autres	(à
Fermée	Anxieuse		
<b><u>Communicative</u></b>	<b><u>Agressive</u></b>		
Emotive	Désorientée		

## VIII. PARTICULARITES :

### **LOCOMOTION :**

### **HYGIENE :**

<b>Parfaitement valide</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Fait sa toilette seule</b>
	<input type="checkbox"/>	
Locomotion avec canne	<input type="checkbox"/>	Petite assistance
	<input type="checkbox"/>	
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Toilette complète par aide
soignant	<input type="checkbox"/>	
<b>Fauteuil roulant</b>	<input type="checkbox"/>	
Prothèse	<input type="checkbox"/>	

**INCONTINENCE :**

Incontinent	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

**DENTITION :**

Appareil dentaire

<b>Change complet</b>	<b>JOUR</b>	<b>NUIT</b>
<b>Protection anatomique</b>	<b>JOUR</b>	<b>NUIT</b>

**AUDITION :**

Bonne	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Partielle	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Appareil	<input type="checkbox"/>

**REPAS :**

Mange seule

Avec aide

Ne mange pas seule

**COMMUNICAITON :**

Lucide	<input type="checkbox"/>
Désorienté(e)	<input type="checkbox"/>
Pas toujours cohérent(e)	<input type="checkbox"/>

**SOINS :**

Nom du médecin traitant

Traitement

**IX. OBSERVATIONS :**

# ANNEXE 7

## **Fiche d'observation du personnel**





- Comprend parfois (répond adéquatement à un message simple et direct)
- Comprend rarement ou jamais

Le résident tente-t-il d'établir des liens avec d'autres résidents ?  
Lesquels ?

Y arrive-t-il ?

Le résident tente-t-il d'établir des liens avec le personnel ?

Y a-t-il une relation plus facile avec certains ?  
Lesquels ?

A-t-il recours à la communication non verbale ? Si oui, à quel moment ?

Y a-t-il certains membres du personnel qui ont plus de facilité à entrer en communication avec le résident ?

### ***ORIENTATION :***

- Normale
- Déambulation
- Ne retrouve pas son étage
- Ne retrouve pas sa chambre

### ***MEMOIRE – CAPACITES INTELLECTUELLES :***

- Difficulté à suivre le fil d'une conversation
- Répète plusieurs fois la même chose au cours d'une conversation
- Oublie des faits récents
- Oublie des événements anciens, vécus personnellement
- Difficulté à reconnaître des personnes connues depuis longtemps
- Difficulté à reconnaître des personnes connues depuis peu
- Difficulté à se souvenir du mode d'emploi de certains objets
- Difficulté à se souvenir d'informations personnelles (date de naissance, âge de ses enfants, adresse...)

### ***MAINTIEN DES HABITUDES DE VIE :***

Par rapport aux éléments évoqués avant l'entrée, qu'est-ce qui a changé dans les habitudes de vie de la personne ?

Est-ce que ces changements ont des conséquences sur le comportement de la personne ?

# **ANNEXE 8**

## **Plan de formation du personnel**

## PLAN DE FORMATION dans le cadre du projet de vie EXERCICES 2000-2001-2002

Désignation du stage	Nbre d'agents			Organisme de formation	Durée	Coût			Déplacements et repas			Avis du CTP
	2000	2001	2002			2000	2001	2002	2000	2001	2002	
- Etre référent dans une institution	1	1	1	FORMADIF	4j	4 100	4 100	4 100	2 364	2 364	2 364	
- Mieux connaître et comprendre le sujet âgé	2	2	2	AGES	4j	3280x2 6 560	3280x2 6 560	3280x2 6 560	2570x2 5 140	2570x2 5 140	2570x2 5 140	
- Travailler en équipe et communiquer	2	2	2	AGES	4j	3 280x2 6 560	3 280x2 6 560	3 280x2 6 560	2570x2 5 140	2570x2 5 140	2570x2 5 140	
- L'animation au quotidien des personnes dépendantes	1	1	1	AGES	5j	4 100	4 100	4 100	2 998	2 998	2 998	
- L'accueil	2	2	2	AGES	3j	2460x2 4 920	2460x2 4 920	2460x2 4 920	2142x2 4 284	2142x2 4 284	2142x2 4 284	
- Le sujet âgé, le soignant, la famille	2	2	2	AGES	3j	2460x2 4 920	2460x2 4 920	2460x2 4 920	2142x2 4 284	2142x2 4 284	2142x2 4 284	
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>			<b>31 160</b>	<b>31 160</b>	<b>31 160</b>	<b>24 210</b>	<b>24 210</b>	<b>24 210</b>	

ût total pour l'année 2000 = 55 370 francs

ût total pour l'année 2001 = 55 370 francs

ût total pour l'année 2002 = 55 370 francs