

**Université de Haute Bretagne  
Département de sociologie  
M. Dartiguenave**

**Mémoire de 1<sup>ère</sup> année :**

**L'accueil en institutions pour personnes  
âgées**

**FEUCHER Marie**

**Année 1999-2000**

# Sommaire :

## Introduction

### I. L'origine de la dépendance

#### A) Un nouveau fait de société

#### B) Age et involution intellectuelle

1/ Modalités de vieillissement physiologique

2/ Activités et limitations

3/ Les rapports avec le milieu

#### C) La dépendance et perte d'autonomie

1/ Définition, approche du problème

2/ Les causes de la dépendance

### II. Les différentes offres d'accueils

#### A) La dominante hospitalière

1/ Les centres de longs séjours

2/ Les centres de moyens séjours

3/ Les services psychiatriques

#### B) La dominante sociale

1/ Les établissements sociaux d'un point de vue général

2/ Les maisons de retraites et hospices autonomes

3/ Les maisons d'accueils pour personnes âgées (MAPA)

4/ Les logements-foyers

5/ Les pensions de familles

6/ Les résidences d'hébergement temporaire

7/ Les résidences privées

8/ Le secteur expérimental

- l'appartement thérapeutique

- l'appartement d'accueil

- le domicile collectif

9/ Les ateliers inter-communautaires

**C) L'évolution et l'avenir des foyers-logements**

1/ La cause de l'évolution

2/ les faits

3/ les aspects positifs

**III. Les maisons de retraites**

**A) L'offre et la demande dans le département d'Ille-et-Vilaine**

1/ Des demandes de plus en plus spécifiques

2/ Les différentes offres d'accueil

**B) Les motivations ou causes de l'entrée en foyer**

**C) Le traitement des demandes**

**D) La vie en collectivité**

1/ Le rythme de vie

- les repas
- l'animation
- les visites

2/ Les jugements

3/ Les services

**E) La prévention en institutions**

**F) Comment rendre une institution efficace, à la hauteur de la situation et des attentes des résidents ?**

1/ Les réalités

2/ Les problèmes à gérer

3/ les réponses à ces problèmes

4/ L'importance de l'animation

**G) Des exigences**

**Conclusion**

## Introduction :

Je me suis proposée d'étudier les institutions pour personnes âgées, telles que les maisons de retraites, les foyers logements etc. ... Mais j'ai voulu approfondir sur la structure d'accueil qu'elles offrent aux personnes âgées qui choisissent ce lieu pour leurs derniers jours. Car si elles préfèrent avoir recourt aux maisons de retraites c'est qu'elles-ci leur offrent des avantages par rapport à leur vie qu'elles avaient dans leur maison, où elles vivaient seules, ou bien, où elles ne pouvaient plus pourvoir à leurs besoins.

J'ai souhaité travailler sur le moment où les personnes âgées ont besoins d'aides, plus précisément lorsqu'il y a perte d'autonomie et donc qu'elles sont leurs motivations pour rentrer en institutions. Puis j'ai voulu étudier l'intégration des nouveaux arrivants dans un foyer de retraités, et de savoir ensuite quelle est l'organisation des journées des occupants.

Je pense qu'un certain nombre de dispositifs sont mis en place dès l'arrivée des personnes âgées de façon à ce qu'elles se sentent toujours un peu chez elle. Psychologiquement il faut les aider car ces derniers arrivants savent que c'est la dernière étape avant la mort. Mais ce nouveau tournant dépend probablement de chaque personne, de plus les problèmes rencontrés pour chaque résident ne sont identiques. C'est sans doute pour cela que l'accueil doit s'adapter selon l'état physique ou mental de chaque personne.

La question est de savoir quels sont les différents dispositifs mis en place afin d'accueillir les personnes âgées et celle de savoir comment s'organise une vie en maison de retraite ?

A partir de ces deux questions principales, il faudra répondre à différents autres problèmes : le problème de la dépendance ( Qu'elles sont les causes qui amènent la personne âgée à devenir dépendante ? Qu'appelle-t-on par dépendance ? Que faut-il mettre en place pour accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie ou déjà dépendante ?), le problème de l'entrée en foyer ( Les foyers logements font-elles en sorte que ce changement de vie ne soit pas brutal dans la vie de la personne ? C'est-à-dire en lui faisant garder des habitudes, des points de repères en quelque sorte. Les nouveaux arrivants s'adaptent-ils bien ?), le problème de la vie quotidienne (Comment

sont logées les personnes âgées ? Est-ce que les maisons de retraite organisent des activités entre résidents ?).

D'un point de vue plus sociologique, nous aborderons par conséquent le concept de la vie en collectivité, c'est-à-dire d'un ensemble social, le plus souvent délimité dans l'espace, plus ou moins structuré par une organisation interne et des activités ou objectifs communs. Il reste donc à connaître cette organisation interne, ces activités ainsi que ces objectifs des maisons de retraite.

Afin de construire mon objet, j'ai procédé par questionnements. Questionnement pour chercher les causes, les raisons, les liens, de mon sujet, et, questionnement dans le temps. En effet, au départ je voulais étudier un accueil dans une maison de retraite, mais je n'avais pas réfléchi sur les raisons d'un besoin d'accueil ; sur ce dont les personnes âgées ont réellement besoins. Cela m'a paru essentiel pour démarrer et mieux comprendre le sujet. J'ai donc cherché le point de départ, qui me paraît être la conscience d'une perte d'autonomie, c'est-à-dire le début du glissement vers la dépendance. Là je me suis aperçue qu'il fallait aborder des points tels que les causes, les faits et les besoins d'une situation de dépendance. Ensuite j'ai commencé à étudier les différentes offres qui sont mises à disposition des personnes dépendantes. Je me suis alors rendue compte de la diversité des structures d'accueils, c'est pour quoi je parlerai généralement d'institutions ou de maisons de retraite pour simplifier. J'ai fini par me demander si ces structures étaient réellement adaptées ou s'il était nécessaire d'une évolution ou simplement d'un approfondissement des services déjà proposés.

Pour ce qui concerne du questionnement dans le temps, il s'agissait de prendre comme point central une maison de retraite, de poser des questions la concernant dans le passé, le présent et le futur ; comment est préparée l'entrée en maison de retraite, comment est organisée l'arrivée du nouveau résident et comment s'organise la vie en maison de retraite ?

Cet ensemble de questions essentielles, basé sur l'organisation d'une collectivité, sera intégré à la partie sur l'offre des structures d'accueils du questionnement précédent, plus particulièrement sur ce qui concerne les services.

Suite à cette méthode, les techniques d'enquêtes que j'ai choisi sont la recherche documentaire en ce qui concerne la dépendance, des entretiens semi-directifs

au nombre de six avec les résidents<sup>1</sup> du foyer Les Roseraies à Rennes, afin de connaître les raisons de leur entrée, leurs choix, l'organisation de leur temps de vie, mais comme mes paroles des résidents ne peuvent pas être considérées comme fiable j'ai mené un entretien avec la responsable de l'animation<sup>2</sup> pour compléter les entretiens et surtout pour m'apporter des informations sur l'animation et le fonctionnement du foyer. Enfin j'ai procédé par observations participantes<sup>3</sup> pendant trois après-midi dans le foyer des Roseraies afin de mieux me rendre compte de la vie mais surtout du rythme de vie.

Je me suis proposée d'étudier dans un premier temps la question de la dépendance en la définissant et en la caractérisant. Puis dans une seconde partie j'ai analysé les différentes structures d'accueils ainsi que l'évolution et l'avenir de ces structures. Enfin j'ai terminé par exposer mes idées sur la Maison de retraite, contenant des points tels que l'offre et la demande, la motivations des personnes âgées, la vie en collectivité, avec un dernier point sur les problèmes que l'on y rencontre, et les dispositions qu'il est nécessaire et indispensable de mettre en place pour assurer un équilibre, psychologique et physique, dans la vie des personnes âgées en maisons de retraite, qui possèdent des droits en tant que telles.

---

<sup>1</sup> CF. Annexe N°2

<sup>2</sup> CF. Annexe N°1

<sup>3</sup> CF. Annexe N°3

## **I. L'origine de la dépendance :**

### **A) Un nouveau fait de société :**

Aujourd'hui il existe plus de un million de personnes dépendantes dont 750000 victimes d'une incapacité sérieuse. Si les progrès médicaux ont permis l'augmentation de la durée de vie, ils ne garantissent pas toujours la qualité de ces années supplémentaires. L'incapacité à effectuer les actes courants de la vie quotidienne (se laver, se vêtir, s'alimenter, se déplacer) place les personnes âgées en situation de dépendance.

Si l'adoption de la loi du 24 janvier 1997 créant la Prestation Spécifique Dépendance constitue une avancée significative en terme de reconnaissance de ce nouveau fait de société, le problème d'égalité d'accès à l'aide sociale et son financement reste entier.

La prise en charge de la dépendance constitue un enjeu de taille pour l'ensemble des pays dotés d'un système de protection sociale, du fait des maladies chroniques et des soins de longue durée qu'elles nécessitent.

Les personnes âgées sont les premiers touchés car cela concerne 90% de ces derniers.

### **B) Age et involution intellectuelle :**

#### **1/ Modalités de vieillissement physiologique :**

Elles sont nombreuses et dépendantes de la structure antérieure du sujet. Tout se voit, entre l'absence bénin de la mémoire, (oubli des noms propres), la fatigabilité physique et psychique, l'inaction plus ou moins dépressive, la restructuration névrotique avec plaintes et exigences des personnes âgées. Ces modifications sont banales, mais inquiètent le sujet âgé et son entourage.

Les aptitudes et les capacités se transforment :

- La mémoire de fixation des faits immédiats diminuent.
- Les capacités de discernement des rapports sont moins rapides.
- Il y a diminution des possibilités d'abstraction.
- La pensée perd en rapidité, cependant l'efficacité de la pensée reste valable dans le temps, ainsi que certains restent intacts.

- De même pour le vocabulaire et l'information qui peut-être transmise.

## **2/ Activités et limitations :**

Avant tout, les activités sont limitées par la baisse de la qualité des informations (sensorielles). A celle-ci s'ajoute la baisse de la psychomotricité : le sujet âgé ne fait plus confiance à son corps, à ses possibilités physiques.

Il s'ensuit une anxiété générale, la construction de nouveaux modes d'action, dont le plus typique est la « méticulosité » qui n'est plus le fait d'un soin particulier apporté à certains actes.

Dans le domaine de l'affectivité on retrouve deux aspects :

- Régressif, avec la labilité de l'humeur, la limitation de l'investissement et des intérêts, la primauté de certains exclusifs (argent, santé), un certain égoïsme de « défense », un misonéisme, qui est le refus de tout ce qui est nouveau (manque de plasticité). En résumé on pourrait dire que le vieillard est un sujet qui se défend contre ses diminutions et contre les forces extérieures.
- Positif : c'est la sagesse. Dégagé de l'action, on parvient à un épanouissement et à une sagacité dont le rôle peut-être important dans une société et dans la transmission de l'enseignement.

## **3/ Les rapports avec le milieu :**

Les rapports qu'entretiennent les personnes âgées évolues notamment au niveau du couple, au niveau de la famille et au niveau du voisinages et des amis. On constate une auto-dépression, un découragement, un laisser-aller. CE sont les éléments susceptibles d'aboutir plus ou moins rapidement à des situations d'isolement, ce qui constitue un danger au plan de la dépendance.

## **C) La dépendance et perte d'autonomie :**

### **1/ Définition, approche du problème :**

Nous pouvons prendre comme point de départ une citation d'Aristote qui est celle-ci « La belle vieillesse c'est le progrès lent d'une vieillesse qui n'est à la charge de personne ». En effet, on a pas une belle vieillesse si l'on vieillit vite, ou si vieillissant lentement, on est à la charge d'autrui.

La dépendance en termes médicaux se définit par un besoin d'assistance permanent pour accomplir les gestes de la vie, habituellement effectués sans aides. La perte d'autonomie serait l'impossibilité de gérer psychiquement ses activités, soit la perte du « gouvernement de soit ».

Le conseil économique et social ( C.E.S.) permet de mieux situer les choses en donnant sa définition de l'autonomie : « c'est la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, des es actes, et les risques qu'elle est prête à courir. C'est également pour une personne la possibilité d'effectuer sans aide les principale activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales, ou économique et de s'adapter à son environnement. »

On peut toujours faire une distinction entre dépendance et perte d'autonomie, mais il vaut mieux plus simplement parler de :

- dépendance physique et,
- dépendance psychique

ce qui nous ramènerait à une définition « a contrario » de celle du C.E.S. et à conserver au mot autonomie son sens le plus large.

Ces définitions sont valables pour tout individu, elles s'appliquent particulièrement aux sujets âgés et sont utilisées comme repère dans la définition des structures accueillant des personnes âgées.

## **2/ Les causes de la dépendance :**

Parmi les causes de la dépendance on distingue le plus fréquemment :

- La maladie d'Alzheimer
- Les démences vasculaires
- Les démences « mixtes ».

Elles constituent la presque totalité des causes, les autres comportants des syndromes démentiels plus rares et de causes diverses comme la démence à corps de Lewi par exemple.

Les patients cependant sont souvent atteints de pathologies et de dépendances multiples. Tantôt la dépendance psychique domine (Alzheimer encore physiquement valide), tantôt elle fait partie d'un ensemble de dépendance multiples (état dépressif grave chez un parkinsonien évolué atteint par ailleurs d'insuffisance cardio-respiratoire par exemple).

A côté de ces états de dépendances psychique plus ou moins isolés, il existe des dépendances physiques, seules ou aggravées d'une détérioration intellectuelle évoluée (dépendances dites lourdes ou très lourdes).

Les modes de réactions des personnes âgées à la maladie sont variables ; certains réagissent de façon très peu différentes de celle des jeunes : il veulent guérir. D'autres visent leur affection comme une diminution, un anéantissement, une injustice, et souvent toute amélioration sera « reniée » de peur de perdre des avantages acquis.

Sur le plan conceptuel, l'analyse de la dépendance peut se faire à partir des besoins fondamentaux dans le domaine de l'indépendance économique (revenus, habitat, maîtrise des ressources), dans le domaine de l'intégration sociale (communication, expression, participation à la vie collective), dans le domaines des occupations (approvisionnement, entretien du ménage, préparation des repas...), dans le domaine de l'indépendance psychique (mémoire, humeur, comportement), dans le domaine de la mobilité (déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de l'habitation), et dans le domaine de l'indépendance physique (habillement, toilette, hygiène, maîtrise de l'incontinence, aides à l'alimentation). Ces indicateurs de dépendance permettent d'explorer le statut fonctionnel d'un individu au regard de ces six domaines de fonctions fondamentales. On doit cette analyse à Kuntzmann.

L'absence d'échanges, l'isolement psychologique et social, représentent des facteurs existentiels dont l'interférence avec les handicaps physiques et/ou psychiques va aggraver le degré de dépendance .

Le déclin des forces, les divers traumatismes physiques et psychiques, les troubles sensoriels entraînent des frustrations auxquelles le sujet réagit en fonction de sa force morale et de l'aide de son entourage.

Une personne âgées est malade parce qu'elle a une maladie et non pas parce qu'elle est âgée.

## **II. Les différentes offres d'accueils :**

### **A) La dominante hospitalière :**

#### **1/ les centres de longs séjours :**

L'unité de long séjour représente la forme croissante de structures hospitalière. C'est un « établissement ou partie d'établissement qui a pour mission d'assurer l'hébergement de longue durée des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretiens ».

La réalité est que le service de long séjour est parfois un recours parmi d'autres, quand on ne trouve plus de place ailleurs pour les personnes âgées.

#### **2/ Les centres de moyens séjour :**

L'unité de moyen séjour, moins répandue, plus ouverte à d'autres générations, est un « service hospitalier permettant d'assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement temporaire de soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. »

#### **3/ Les services psychiatriques :**

Les hôpitaux et unités psychiatriques, sont largement peuplés de personnes âgées du fait des démences séniles. Les conditions de vies y restent scabreuses.

### **B) La dominante sociale :**

#### **1/ les établissements sociaux d'un point de vue général :**

La seconde série d'établissement accueillant des personnes âgées est à dominante sociale. La pyramide des âges<sup>1</sup> y est typique, avec une féminisation spectaculaire, et une part croissante des personnes âgées de 85 ans et plus, qui atteint déjà les 38%. Il en va de même des 75 ans et plus, qui représentent 72% de la population hébergée.

L'écart entre la capacité des établissements et la population hébergée est significatif, avec un taux de vacance qui dépasse parfois 6%. Ce n'est généralement pas la faute de candidatures, mais plutôt faute de personnel pour gérer certaines unités.

---

<sup>1</sup> CF. page de gauche.

On peut lire des écarts entre les secteurs publics et privés : 20% des lits publics sont dans des chambres de 3 lits et plus, contre 8% dans le secteur privé. Quant aux prix de la journée d'hébergement, hors forfaits soins, il était en moyenne de 111F dans le secteur public et 175F dans le privé.

## **2/ Les maisons de retraites et hospices autonomes :**

La maison de retraite prend une place croissante ; c'est un « établissement d'hébergement social, offrant une prise en charge globale de la personne âgée, l'hébergement, la restauration, les services essentiels de la vie courante, l'animation à caractère culturel... ».

Ces établissements sont classés en maisons de retraite publiques (1220 offrant 98 784 places y compris les hospices autonomes), ou privées (1893 offrant 104 747 places). Elles sont à but non lucratif (1431) ou lucratif (462).

## **3/ Les maisons d'accueils pour personnes âgées (MAPA)**

La MAPA, parfois avec un D pour dépendante (MAPAD), est apparue lors d'un concours de conception lancé par le service des constructions de la direction des hôpitaux, en 1980. C'est « un établissement d'hébergement social, conçu pour des personnes âgées ayant perdu leur autonomie ».

Sa conception témoigne de l'effacement progressive de la barrière entre le sanitaire et le social : pas de « prise en charge médicale », mais aides et soins adaptés aux handicaps physiques ou psychiques rendant totalement ou partiellement dépendant dans l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne ; lieu de vie agréable de 80 lits au plus, quelques milliers de places sont en service ou en construction ; elles sont intégrées dans les statistiques des maisons de retraites.

## **4/ Les logements - foyers :**

Grâce à l'action communal le plus souvent, le logement-foyer s'est développé depuis une quarantaine d'années. IL s'agit d'un « groupe de logements ou de chambres autonomes assortis de services collectifs dont l'usage est facultatif. Ces logements-foyers sont destinés aux personnes âgées capables de vivre de manière habituelle dans un logement indépendant, mais ayant occasionnellement besoin d'aides ».

L'objectif initial a été de pallier la pénurie en petits logements modernes, l'absence de confort de l'habitat ancien et le manque de services dans les quartiers à forte densité de personnes âgées. Les ¾ de leur population sont âgés de plus de 75 ans.

Les formules se diversifient. Aussi, l'union nationale des offices d'H.L.M. propose-t-elle des « résidences à garantie d'usage et de services » appelées « EDILYS », destinées à l'accueil des personnes âgées aussi bien en perte d'autonomie qu'autonomes. Ces constructions intégreront d'emblée les normes et locaux garantissant une médicalisation progressive et différentielle, avec section de cure médicale si nécessaire.

### **5/ Les pensions de familles :**

Elles sont en partie officiellement recensées, hôtels compris ; le secteur public en compte trois (42 lits et 40 logements) ; le secteur non lucratif douze (472 lits et 220 logements), ce qui est sans doute un chiffre très sous-estimé compte tenu des centres de vacances qui n'y figurent manifestement pas ; le secteur commercial en compte quant à lui 176, avec 3006 lits et 391 logements, ce qui est, là aussi, très inférieur à une réalité assez malheureuse, celle des abus et l'insalubrité des pensions clandestines.

### **6/ Les résidences d'hébergement temporaire :**

Ce concept né à la fin des années 70 a été officialisé par le secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées en 1982. C'est un « établissement d'hébergement, médicalisé ou non, visant à assurer la sécurité matérielle, affective ou psychologique des personnes âgées pour une durée de séjour qui peut varier de quelques jours à quelques semaines » ou quelques mois.

L'hébergement temporaire est un accueil, limité dans le temps, dans les structures d'habitation autres que leur domicile, des personnes âgées dont la situation est provisoirement précaire. CE mode d'hébergement vise à éviter l'hospitalisation temporaire ou définitive des personnes âgées, ou encore leur placement dans une institution spécialisée. A ce titre, il s'inscrit dans la politique de maintien à domicile.

La fonction de ce type d'établissement se situe à la frontière du domaine médical : accélération de la sortie de l'hôpital vers un milieu encore protégé avant le retour au domicile ou évitement de l'hospitalisation pour un simple incident de santé.

Elle est également de nature sociale : rupture ou prévention de la solitude. Selon les régions, il s'agit notamment d'un hébergement d'hiver (pour prévenir les effets de l'isolement dans les contrées les plus rudes) ou d'été (pour faciliter les départs en vacances des familles).

### **7/ Les résidences privées :**

Les initiatives privées et lucratives permettent d'améliorer la prise en charge et d'alléger le coût social des personnes les moins défavorisées. Les problèmes de contrôle seront en revanche multipliés.

Par l'argent alléchés, banquiers et promoteurs immobiliers investissent massivement dans le champ de la vieillesse, après s'en être prudemment tenus à l'écart.

### **8/ Le secteur expérimental :**

**L'appartement thérapeutique** est « dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, une structure d'hébergement conçue pour un petit groupe de personnes malades ou handicapées dont le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaitable. Les appartements thérapeutiques ont été utilisés d'abord pour les malades mentaux, avant d'être employés pour les handicapés et des personnes âgées ». A la limite du sanitaire et du social, ils restent peu nombreux.

**L'appartement d'accueil** est un « appartement disposant de personnel et d'aménagements spéciaux pour loger temporairement des personnes qui ont besoin de soins légers. Le séjour en appartement d'accueil a pour but d'éviter l'hospitalisation et de faciliter le retour à la vie normale ». Cette variante de la résidence d'hébergement temporaire est elle aussi expérimentale.

**Le domicile collectif** est un « domicile partagé par un petit groupe d'individus, généralement sans liens familiaux entre eux. Certains domiciles collectifs regroupent des personnes âgées.

### **9/ les ateliers intercommunautaires :**

L'objectif est ici de favoriser pour un accueil de jour « la participation, développer l'orientation dans le temps et dans l'espace, ainsi que l'expression de la personnalité. Elles doivent contribuer à restaurer chez les personnes âgées la confiance en soi ».

La population visée est atteinte de démence sénile ou présénile, d'incontinence, mais peut se déplacer. La différence avec le centre de jour est l'extrême

légèreté du personnel salarié : une ou deux aides soignants pour quinze personnes, avec bénévoles et soutien extérieur. Il s'agit d'une garde de jour à des situations irréversibles.

## **C) L'évolution et l'avenir des foyers-logements :**

### **1/ La cause de l'évolution :**

Autant que leur état de santé, l'élévation progressive de la moyenne d'âge des locataires change les conditions de gestion et l'originalité des logements-foyers. Il s'agissait au départ de proposer une formule de sécurité et des services adaptés aux choix délibérés de personnes gardant une grande part d'autonomie et de mobilité. Dans les premières années d'ouverture, l'éventail des âges était assez large pour permettre ces solidarités, ces responsabilités et cette vie communautaire.

Un résidant d'une maison de retraite âgé de 89 ans ayant 15 ans de présence fait la remarque suivante : « ...au fil des 15 ans, beaucoup d'anciens du foyer sont morts, la moyenne d'âge s'est élevée ; beaucoup de vieux arrivent maintenant, ce n'est plus la même ambiance ;...beaucoup sont des malades mentaux...la veillée de Noël a dû être supprimée faute de participants ».

Dans un autre foyer-logement une personne cette fois âgé de 78 ans, ayant 14 ans de présence fait la même constatation : « ... je regrette les premières années du foyer car les pensionnaires étaient moins âgés et les hommes plus nombreux...on pouvait sortir, jouer aux cartes, aux palets ».

### **2/ les faits :**

L'humanisation des Maisons de retraite, l'adaptation des foyers-logements à la dépendance et la naissance de petites unités de vie témoignent de la recherche constante des responsables politiques et administratifs pour s'adapter à son évolution.

Les gérants constatent et déplorent ces évolutions qui s'éloignent des objectifs de départ. Mais, paradoxalement, ils voudraient garder le plus longtemps possible les vieux locataires qui se sont attachés à leur nouveau domicile et plaident vigoureusement pour l'installation des lits médicalisés qui retarderaient d'autant des hospitalisations qui ne sont pas toujours justifiées.

Avec le même souci de mieux organiser leurs services, les gérants revendiquent un apport supplémentaire en personnel d'entretien ou la globalisation des heures d'aides ménagères accordées par les caisses de retraite et le Centre Communal

d'Action Sociale (C.C.A.S.) à chaque bénéficiaire pris isolément. Les aides restent toujours dépendantes de la hiérarchie d'un service central. Ainsi pourraient s'estomper certaines frontières entre le Foyer-logement et la Maison de retraite personnel.

### **3/ Les aspects positifs :**

On retiendra cependant quelques aspects, des formules actuelles et de leur histoire, dont l'intérêt méritent d'être soulignés :

- L'évolution d'un foyer-logement à un autre plus récent des conceptions architecturales : la surface des chambres et l'aménagement des lieux de vie distinct (bloc cuisine, terrasses, coin chambre, coin salon, coin repas, etc.), localisation auprès d'un centre de quartier commerce, des équipements socio-éducatifs, des P.T.T., et d'un arrêt de bus ;
- La possibilité de garnir l'espace privatif avec les meubles et les souvenirs qui ont accompagné les années dans le précédent domicile ;
- La possibilité de garder le médecin personnel et les aidants auxquels on était habitué ;
- Le régime des repas : les uns apprécieront d'être totalement libérés de la cuisine, sauf la préparation du petit déjeuner ; d'autres aiment un système mixte qui limite la nombre de repas obligatoires ce qui leur laisse la liberté pour d'autres moments, et réduit d'autant le budget mensuel ; les gérants, de leur, entendent garder le droit d'imposer, dans un souci pédagogique ou pour éviter des carences dans la nourriture, un nombre de repas obligatoires ;
- La garde de nuit et un appel vite accessible d'urgence ;
- La collaboration de l'établissement avec les familles et les groupes extérieurs.

Nous verrons plus loin, en évoquant l'exemple précis d'un foyer-logement, comment ces aspects sont visibles.

### **III. Les maisons de retraites :**

#### **A) L'offre et la demande dans le département d'Ille-et-Vilaine :**

##### **1/ Des demandes de plus en plus spécifiques :**

Les demandes en maisons de retraite sont aujourd'hui plus importantes compte tenu de l'élévation de la moyenne d'âge. De plus l'augmentation de la durée de vie, qui va de pair avec l'apparition de nouvelles maladies, nécessite des besoins adaptés à la demande.

En effet, cette élévation de la moyenne d'âge s'accompagne d'une montée de la dépendance à laquelle doit faire face des institutions qui avaient été au départ conçues pour une population valide et autonome. Dans le département nous pouvons observer cette appréciation de la dépendance par des chiffres : 31,3 % des résidents nécessitent l'assistance d'une tierce personne à des degrés divers pour l'alimentation, la toilette et l'habillage, 10% nécessitent au moins une intervention par jour du fait de leur incontinence, 13% doivent être aidés pour se déplacer hors de chambre, 19,7% présentent des troubles de communication, orientation et mémoire, etc., 3,2% sont en situation de désorientation et de démence avérée, 40%, nécessitent un suivi médical ou paramédical. Cette évaluation globale de la dépendance fait apparaître que si 41% des résidents n'ont recours à aucune aide, 49% présentent une dépendance modeste, 8% sont lourdement dépendants et 2% grabataires. Près d'un résidents sur deux est hospitalisé chaque année et, faute d'inadaptation des moyens, les établissements sont conduits à faire admettre en maison de retraite ou long séjour, une personne sur deux.

À côté d'une demande, dont le désir est une structure d'accueil adaptée à leur handicap, il y a également le souhait d'un lieu proche de leur habitation et de leur famille. Aux Roseraies, maison de retraite médicalisée à Rennes on compte 75% de leurs résidents qui sont Rennais ou qui ont habité une commune proche ; 15% viennent de Bretagne ou d'autres régions pour se rapprocher de leur famille, comme les 10% qui vivaient en région parisienne.

## **2/Les différentes offres d'accueil**

Devant ces exigences des demandes, l'offre a dû s'adapter en modernisant les équipements pour leur permettre d'accueillir les personnes âgées dépendantes, par la sécurité, la création de salle de soins, l'adaptation des logements, la mise en place d'ascenseur, etc. Mais il a fallu également médicaliser l'ensemble des établissements à hauteur du forfait soins courants et donc en fonction d'une amélioration de l'encadrement en personnel, augmenter les effectifs de celui-ci en introduisant une prestation individualisée à la charge des personnes âgées.

L'équipement du département d'Ille-et-Vilaine comporte 36 foyers-logements pour 1 821 appartements, 17 hospices ou maisons de retraites rattachés à un établissement hospitalier public, 21 hospices ou maisons de retraite publiques et autonomes, 25 maisons de retraite privées conventionnées avec l'aide sociale et 16 maisons non conventionnées.

Nous constatons des faits tels l'humanisation des Maisons de retraite, l'adaptation des foyers-logements à la dépendance et la naissance de petites unités qui montrent la volonté d'adaptation aux nouvelles demandes. Le département a marqué sa préférence pour des petites structures, néanmoins de nouvelles formules d'accueil sont apparues. Elles sont promues et généralement promues par le secteur privé.

Plusieurs résidences locatives à gestion privée existent sur le territoire de Rennes et témoignent d'un souci d'adaptation aux différentes formes de la dépendance.

- Le « Clos Saint Martin » est une résidence locative à but non lucratif et régie par une association de personnalités rennaises : 33 appartements de 35m<sup>2</sup> et 50 chambres de 17m<sup>2</sup> avec sanitaires, mais la douche est commune ; un confort ainsi limité témoignant de l'antériorité, la maison a été construite en 1960. Location mensuelle, tous services compris, pour une chambre 4 250F, un appartement 6 460F. Parmi les services rendus, une garde de nuit.
- Le foyer « Excalibur » ouvert en 1987, est à but lucratif : 30 appartements de 30m<sup>2</sup> et 9 chambre de 20m<sup>2</sup>, avec un personnel de surveillance présent 24 heures sur 24, d'aides à la toilette, au ménage et au repas. Un loyer de 3000F pour une personne valide et 7 670F pour une personne dépendante. Ce foyer pratique l'hébergement temporaire et l'accueil à la journée.

- Les « Roseraies », dont l'ouverture est très récente (1991), à été créé par le médecin qui la dirige et a fait, dès le départ, l'option de la médicalisation. Le personnel comprend en effet, deux infirmières, des agents hospitaliers et des aides soignantes, qui sont intégrés à l'établissement, ne relevant pas d'interventions ou de remboursements sociaux, et chaque résident garde son médecin traitant. La construction a fait l'objet, sous l'angle de la sécurité, de dispositions particulières pour la protection contre le feu et pour la mobilité. Elle accueille aujourd'hui 85 personnes parmi lesquelles se compte seulement 10 hommes. Le forfait est de 10 200F avec une majoration de 900F pour un semi-valide et 1 800F pour un invalide.

Le secteur privé a inauguré à Rennes deux résidences en accession qui sont situées au centre-ville à proximité des commerces et des services : les 89 logements des Hespérides ainsi que les 54 logements de la résidence des Lices.

### **B) les motivations ou causes de l'entrée en foyer :**

L'isolement géographique et familial, l'inadaptation du logement et le décès du conjoint sont les causes principales de l'entrées au foyer.

Dans les entretiens menés au près de résidents, l'existence d'une urgence liée à une santé déficiente, accentuée par un séjour récent en établissement de soin, ont été les explications les plus fréquentes. La sécurité offerte par les services qui facilitent la vie, la certitude d'une présence vigilante au moindre accroc, notamment la nuit, l'addition des possibilités d'aide (aide ménagère, infirmière, aide soignante), tout ceci constitue autant d'éléments déterminants.

Le sentiment d'isolement et le besoin de sécurité à court ou long terme constituent, dans tous les cas, des préoccupations et des mobiles essentiels. Ils apparaissent dès le veuvage et l'éloignement des enfants et s'affirment avec l'âge. Mais la proximité de ces derniers et la persistance de liens familiaux marqués par de fréquentes visites ne trompent pas l'impression de solitude ; on ne tient pas être à leur charge et la cohabitation pour beaucoup n'est pas souhaitée. Les premières alrmes de santé, et notamment la diminution de l'autonomie physique des bras et des jambes accentuent la recherche d'une sécurité marquée par l'assurance de présences

rapprochées et continues, l'accès à une facilitation des gestes courants : repas, hygiène, soins, marche. Même si l'autonomie n'est encore que faiblement engagée, la crainte d'un avenir plus lourdement endetté pèse psychologiquement. De petites alertes (hospitalisation de quelques jours par exemple) accentuent le besoin d'un abri sûr, notamment la nuit. On notera aussi l'expérience acquise d'un compagnon lourd de parents âgés, infirmes ou malades ; on ne veut pas que les enfants vivent les mêmes tourments.

La pesanteur des circonstances et des contraintes semble donc beaucoup plus déterminante d'une candidature que l'option délibérée pour un nouveau style de vie apprécié en collectivité. Ensuite le choix se fait par rapport au place disponible et aux options qu'offrent les différentes structures d'accueils. Une résidente touchée par la maladie d'Alzheimer, étant aux Roseraies depuis l'ouverture avoue « Moi, j'ai choisi cet endroit à cause du parc..., c'était important pour moi de pouvoir sortir pendant les beaux jours. ». En effet la maison de retraite dispose d'un parc arboré d'un hectare. Mais quelques uns déclarent « Ce n'est pas moi qui a choisi, se sont mes enfants qui m'ont imposé cet endroit, moi je ne voulais pas. ». Nous retrouvons d'autres raisons comme cette résidente qui a dû suivre son mari « Je ne pouvais plus m'occuper de mon mari, alors j'ai demandé à venir ici avec lui, pour rester auprès de lui...Il est mort l'année dernière mais je suis restée. Pourquoi encore déménager ? ».

Des différents entretiens passés au près des résidents la majorité diront avec amertume « Je suis ici parce que mon âge et ma santé ne me permettent plus de vivre chez moi. ». Ils ne sentent plus comme un fardeau pour leur famille.

### **C) Le traitement des demandes:**

Le traitement des demandes se fait sur des critères bien précis, ce n'est pas toujours facile d'entrer en maison de retrait, la patience est de rigueur.

Les processus d'instruction et le cheminement d'une demande d'entrée en foyer sont précisément décrits : inscription au service spécialisé du C.C.A.S., acquisition d'une ancienneté qui servira de référence à l'heure de la décision, enquête sociale approfondissant la connaissance de la personne et de son cadre de vie. Autant de renseignements concernant le logement, la situation familiale, l'âge, la santé et l'isolement dont le « mérite » sera apprécié suivant une grille de cotation. La fiche

correspondante sortira des cartons quand une vacance s'ouvrira ; elle sera mise en concurrence avec celles dont le dépôt était concomitant et deviendra objet de négociation entre la direction, les gestionnaires du C.C.A.S, l'assistance sociale, le gérant du foyer. Un processus apparemment rigoureux, mais le rang d'ancienneté soutenu par l'administration se combine finalement avec l'urgence avancée par les travailleurs sociaux et les bonnes conditions de cohabitation mises en avant par le gérant.

Les listes d'attentes sont importantes (on les compte par centaines), le nombre de places libérées annuellement est petit, ce qui provoque un décalage entre l'offre et la demande.

## **D) La vie en collectivité :**

### **1/ Le rythme de vie :**

La vie en communauté est rythmée entre les repas, l'animation et les visites, ainsi que les soins. Pour cette partie de développement l'exemple est pris de la maison de retraite des Roseraies.

- **Les repas** sont aux nombres de 4. Le petit déjeuner est servi dans les chambres des résidents vers 8h15. Ensuite les résidents se rendent ou sont amenés, suivant leur état physique, dans la salle à manger où le repas du midi est donné vers 12h30. Pour ceux qui le souhaitent un goûter est offert vers 16h dans la salle de « séjour », là est présenté divers plateaux de boissons et de gâteaux. Le repas du soir est aussi donné dans la salle à manger, cependant les personnes ne pouvant pas manger seule sont prises en charge vers 18h à leur étage. Le menu du déjeuner et du souper est affiché chaque jour devant la salle à manger, les résidents peuvent donc le consulter.
- **L'animation** occupe une part importante dans la vie des personnes âgées. Cela permet de faire passer le temps plus vite, et surtout d'occuper les personnes âgées qui ont peurs de la solitude. Aux Roseraies, il y a de l'animation toute l'année grâce au « club de loisirs » géré par une animatrice, des bénévoles, le personnel et la direction. Une résidente apporte également son aide, « Cela m'occupe, et permet de faire plaisir à

tout le monde ». L'animatrice explique « Nous organisons des soirées musicales, des films et des tournois de jeux. Il y a également de la danse, du théâtre, une chorale ou des spectacles de prestidigitation, des repas de fête et des sorties. Enfin, chaque semaine, il se passe quelque chose. » . Régulièrement, tout les matins une résidente propose avec l'aide du personnel une séance de « gymnastique » adapté aux résidents. Cela permet de se distraire, de faire passer la matinée plus vite. Malheureusement les participants sont peu nombreux : environ une dizaine.

Les fêtes suivent le calendrier de l'année, pour chaque manifestation quelque chose est préparé : Noël, la St-Valentin, Mardi-Gras, le 1<sup>er</sup> avril... Chaque anniversaire des résidents est fêté par un goûter ou un repas.

Au début de chaque mois un programme, des différentes grandes animations proposées dans le mois, est distribué aux résidents. Celui du mois de mars contenait ces dates : dimanche 5 mars : Fête des grands-mères ; mardi 7 mars : mardi gras, rituel d'un mariage années 1900 avec la participation des résidents ; mercredi 8 mars : messe des Cendres ; jeudi 9 mars : conférence de Paul Cerdre ; vendredi 31 mars : journée Portugaise, repas et animations.

Chaque après-midi les habitués descendent dans la grande salle, certains se retrouvent pour jouer aux Scrabble, aux cartes ou pour discuter. D'autres préfèrent descendre pour voir du monde, pour se sentir moins seules et beaucoup diront « nous comptons sur l'animatrice, qui chaque jour propose quelques choses. » En effet chaque jours elle lit les nouvelles du jours dans le journal quotidien, ou proposera un film documentaire qui sera diffusé après le goûter dans la salle de télévision.

- **Les visites :** Dans la journée des bénévoles viennent dans la résidence pour promener les résidents invalides, pour leur tenir compagnie en jouant ou en discutant ou pour leur donner à manger. Certaines résidentes les appellent leur « dame de compagnie ». La famille ou des amis viennent aussi partager un moment avec eux. La maison de retraite mais à

disposition une petite salle à manger qui est disponible pour les résidents recevant du monde. Cette salle leur permet d'être en privée, et d'apprécier ce moment passé avec leur amis ou famille proches.

Les élèves de l'école et du collège, se trouvant à proximité de la maison, viennent régulièrement rendre visite aux résidents, ils proposent des spectacles.

## **2/ Les jugements :**

Si on demande aux résidents comment ils se sentent dans la maison de retraite, beaucoup répondent comme cette résidente qui est arrivée depuis quelques mois : « C'est pas toujours réjouissant d'être ici, je préférerais être chez moi...il faut faire avec... mais on s'occupe bien de nous ».

Dans une bonne majorité des cas, au bout de quelques mois d'acceptation à cette nouvelle vie, les déclarations de satisfaction sont nombreuses ; on apprécie la qualité du confort et des services, l'atmosphère de la maison et les attraits de la vie sociale : ceci est d'autant plus apparent chez les personnes qui ont pu, par la relative proximité du foyer et de leur ancien domicile, garder leur réseau de connaissances du quartier et d'anciennes relations ; celle qui, avant leur entrée, avait déjà fréquenté l'établissement, pour y prendre des repas par exemple, d'autres lieux d'animation ou des groupes de rencontre et d'activités socio-éducatives.

Certaines personnes âgées font remarquées qu'elles se sentent comme chez elle : « J'ai changé d'appartement pas de vie ; j'ai le plaisir d'être dans mes meubles, je ne m'ennuie pas. Et puis c'est encore mon quartier, je vois mon église, je fais mes courses chez les petits commerçants que je connais. »

La plupart aime les animations proposées, le foyer qui est pour eux une pièce chaleureuse, un lieu de rencontre, et le parc.

Mais il faut relativiser car si beaucoup apprécie l'encadrement, il règne un tempérament nostalgique face à leur situation qui est mal acceptée. La routine du foyer marque les résidents, pour eux leur vie se résume à dormir, manger, attendre que le temps se passe. Le passé de chacun avec ses bonheurs et ses misères joint au tempérament prédisposent ou non à s'insérer ou non à la longue dans des formules qui supposent un minimum d'adhésion et de participation. En effet les personnes âgées qui restent passives devant leur situation, sont celles qui ressentent le plus la solitude et le train-train quotidien.

### **3/ Les services :**

Aux Roseraies plusieurs services sont proposés aux résidents tels que le coiffeur le jeudi et le samedi. La maison de retraite dispose au rez-de-chaussée, à côté du foyer, d'un salon de coiffure aménagé qui sert également pour la manucure du mercredi. Les résidents doivent s'inscrire avant pour être sûr d'avoir un rendez-vous.

Tous les matins une séance de kiné est donnée pour les personnes invalides ou qui ont des difficultés à se déplacer.

Il y a des religieuses (infirmières et aides-soignantes), un aumônier pour la chapelle qui célèbre les cérémonies du dimanche. Des infirmières sont toujours présentes. Il y a également un service pharmacie.

Si une personne a besoin d'une course, elle peut demander à ce qu'on lui la fasse.

Environ tous les ans une sortie est organisée, mais ceci demande de plus en plus d'organisation, et les résidents ont de mal à quitter tous les biens et le confort dont ils ont besoin quotidiennement.

### **E) La prévention en institutions :**

Aujourd'hui, devant les cas de dépendance de plus en plus lourds, les institutions doivent obligatoirement s'adonner à une prévention. Pour cela il est nécessaire à l'institution de prendre des mesures et de les offrir aux personnes âgées qu'elles accueillent :

La prévention passe par :

- Une évaluation régulière de la personne afin d'établir un programme de soins et de réadaptation adapté à l'évolution. Soit une correction des déficits (mentaux, physiques...) ou au moins une adaptation aux possibilités restantes, notamment en faisant largement appel aux aides techniques.
- Le combat contre l'isolement, beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit et surtout tout aussi préjudiciable qu'à domicile, par une action « intelligente » des animateurs sous le contrôle du psychologue. Celui-ci doit par ailleurs assurer des dialogues suivis avec les personnes âgées qui

ne se mêlent pas aux activités de groupe, s'isolent dans leur chambre, en pleine phase de régression.

- Dans un même ordre d'idées, la favorisation de « l'accueil de jour » préférentiellement au sein d'institutions, et de tous autres apports extérieurs (enfants des écoles voisines par exemple).
- Le rôle important des familles qu'il faut informer, faire participer à la vie de l'institution et pas seulement par le biais des « conseils d'établissement ». De même les personnes hébergées sont invitées à donner leur avis sur la structure, l'accueil qui leur est réservé, la qualité de l'alimentation, les projets de vie et de soins etc....
- Le respect des espaces de vie, sectorisation (secteur protégé pour les déments), la conservation de meubles familiers à la personne âgée dans la mesure du possible. Tout ceci dans le but d'essayer d'éviter, de retarder, une régression et une détérioration trop rapides avec un inéluctable entrée dans la dépendance.
- Enfin, la surveillance thérapeutique, avec tenue indispensable, pour ne pas dire obligatoire, d'un dossier médical, qui devrait permettre une limitation maximum des prescriptions encore beaucoup trop fréquente.

Malheureusement toutes les institutions qui accueillent des personnes âgées n'appliquent pas les bases de la prévention, mais les années à venir l'assureront.

## **F) Comment rendre une institution efficace, à la hauteur de la situation et des attentes des résidents ?**

### **1/ Les réalités :**

Même si les maisons de retraites offrent beaucoup de services, ainsi que des activités afin d'apporter satisfaction et distraction au sein de la communauté on constate quelques faiblesses. Bien entendu la maladie rendent les personnes âgées plus critiques envers leur vie en communauté. Cependant la tendance naturelle de tout groupe à la régression renforcée dans toutes les collectivités et surtout chez celles des personnes âgées où il n'y a place souvent qu'à la soumission passive. Celle-ci est trop fréquemment aggravée par un rituel plus ou moins réglementaire, les habitudes ancrées, et les horaires qui restreignent toute expression de vie personnelle.

L'espace, le temps, le mode de vie ne dépendent plus du sujet mais sont soumis au rythme écrasant de l'institution. L'adulte conserve le droit de prendre des risques, le sujet âgé, non. Il doit être assimilé à une personne à protéger.

Pour être efficace, il faut donc insister sur un certain nombre de points. A l'entrée dans une institution, une frange de plus en plus étroite d'individus non encore dépendants, va être soumise à de nombreux traumatismes :

- Le sujet âgé perd ses repères.
- Il est pris en charge, devient un « pensionnaire ».
- Il perd son identité sociale.

Il s'en suivra, une perte d'estime de soi, un changement de statut et un sentiment de désinvestissement qui peut aboutir au véritable et trop célèbre syndrome dit de « glissement ».

L'admission apparaît donc, par la série de frustrations qu'elle impose, comme une situation de « carence angoissante ». Dans ce contexte le mot avenir perd sa signification, les choses ne peuvent qu'empirer, état d'esprit confirmé par la vue des autres. On aboutit à une pathologie de situation (syndrome d'inadaptation) où l'évolution de tout comportement psychique normal ou paranormal va se faire aux confins de la pathologie.

Le sujet âgé ne va plus avoir de ressources pour se rebeller, ou va le faire sur des modes bien à lui, soit des mécanismes de défense : rébellion, fugues ou laisser aller avec passivité, régression, troubles du comportements.

Les résultats quantitatives sont les suivants : 10% des sujets admis en institution s'adaptent d'emblée, 35 à 45 % de décès annuels concernent des séjours de moins de 3 mois.

## **2/ les problèmes à gérer :**

La solitude est un problème que l'on rencontre dans toutes institutions pour personnes âgées, 65% des pensionnaires ne reçoivent pratiquement jamais de visites (parents ou amis). 95% ne vont jamais dans leur famille ou chez des amis.

On retrouve aussi une haute morbidité et mortalité : mis à part quelques cas sociaux, on a affaire à des populations très âgées. La moyenne d'âge globale est de 84 ans (80 ans pour les hommes et 88 ans pour les femmes) appartenant à de faible niveau socioculturel.

Les autres problèmes rencontrés, tout aussi importants les uns par rapport aux autres sont :

- L'inadéquation entre l'ampleur des tâches matérielles et humanitaires et la densité des personnels. La formation est également insuffisante à tous les niveaux.
- Les problèmes hôteliers tels que les repas, le nettoyage des locaux, les aides aux actes quotidiens, l'hygiène.
- La surveillance, les soins infirmiers, le rôle primordial des aides soignantes en nombre insuffisant.
- Les activités médicales comme les examens systématiques, la gestion d'états aigus, la coordination...
- Les activités sociales et l'animation, la prise en charge psychologique...
- La rééducation, la réhabilitation, la sociothérapie, sont primordiaux.

La solution de ces problèmes réels et majeurs passent par le programme d'établissement et l'effectif en personnel qui doivent être réadaptés aux personnes âgées.

### **3/ les réponses à ces problèmes :**

Les réponses face à ces problèmes concernent : l'importance de l'accueil durant les premières heures et les premiers jours ; la promotion du dossier médical, sa tenue avec l'évaluation à l'entrée et des réévaluations régulières permettant un véritable programme de soins ; un projet de vie cohérent, dont l'animation bien comprise et adaptée avec la participation d'un psychologue ou d'un psychométricien ; la nutrition doit évidemment rester au premier plan, avec un diététique bien comprise, adaptée, surveillée ; enfin l'organisation des structures et architectures.

### **4/ L'importance de l'animation :**

L'animation possède un rôle indispensable au sein d'une institution pour personnes âgées, elle est destinée à combler des « vides » dans la vie des résidents.

Des vides dans le temps : entre les repas (eux-mêmes sources d'animation), entre les soins, entre les toilettes, les changes...

Des vides dans l'espace : remplir une salle d'animation, remplir une salle à manger, remplir un atelier.

Des vides relationnels : une personne âgée seule peut-être malheureuse, constituer des groupes peut-être une solution.

A l'inverse, une participation souhaitant s'isoler peut bénéficier d'un soutien psychologique sous forme d'entretiens, de tentatives de distractions personnalisées, mais en aucun cas elle ne doit être « obligée » à une participation contre son gré.

On doit respecter ses choix, tenir compte d'un véritable état de fatigue physique ou psychique, ne pas mettre le sujet en situation d'échec.

Les activités conviviales, occupationnels, ludiques, les groupes de lectures, les activités physiques, même en fauteuil, et les séances de stimulation cérébrale, les activités créatrices enfin doivent être à la base de toute animation bien comprises.

Le niveau social et le niveau intellectuel sont bien évidemment à la base de toute proposition d'animation.

L'animation est présente dans toutes maisons de retraites, elle est nécessaire pour la vie des personnes âgées.

### **G) Des exigences :**

La commission des droits et libertés de la fonction nationale de gérontologie à établi une Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes, pour le Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité sociale en 1987. Toutes institutions (logements-foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de long séjour, etc. doit en tenir compte. Ceci impose une structure d'accueil minimum.

En voici un résumé :

- 1) Tout résidant doit bénéficier des dispositions de la Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.
- 2) Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalables, et sans son accord.
- 3) Comme pour tout citoyen adulte : la dignité, l'identité et la vie privée du résidant doivent être respectées.
- 4) Le résidant a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.
- 5) L'institution devient domicile du résidant. Il doit y disposer d'un espace personnel.

- 6) L'institution est au service du résidant. Elle s'efforce de répondre à ses besoins et de satisfaire ses désirs.
- 7) L'institution encourage les initiatives du résidant. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.
- 8) L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résidant. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résidant doit en être préalablement informé.
- 9) L'institution accueille la famille, les amis, ainsi que les bénévoles, et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, des horaires de visite souples, des possibilités d'accueil pour quelques jours et par des réunions périodiques avec tous les intervenants.
- 10) Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.) , le résidant doit retrouver sa place dans l'institution.
- 11) Tout résidant doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.
- 12) Le droit à la parole est fondamental pour les résidants.

On constate que beaucoup de résidents n'ont jamais pris connaissance de cette Charte. Même si beaucoup de points sont considérés, il en reste certains qui ne sont pas respectés.

## **Conclusion :**

La dépendance des personnes âgées, plus ou moins importante selon les personnes, est un réel problème qui demande une grande prise en charge. C'est à ce moment de perte d'autonomie que les personnes âgées ressentent le besoin d'être encadrées et de se sentir en sécurité. Cependant elles ont peurs de devoir s'adapter à une nouvelle vie et de tout quitter. C'est pour quoi leur choix, même s'il est souvent pris par leur famille, et leur demande sont bien précis.

La société à toujours proposée des structures d'accueils de plus en plus adaptées, médicalisées, à dominante hospitalière ou sociale. Elles répondent en majorité au besoins des personnes âgées.

Dans l'ensemble, on constate que le problème des personnes âgées est bien considéré, en proposant divers services relativement identiques dans chacune des institutions.

Mais on constate que la vie en maison de retraite est très répétitive. Cette répétition est due d'une part à la gestion du temps des foyers qui n'est pas assez étudié, mais d'autre part à la passivité du résident.

C'est pour quoi, dans les années à venir il faudra réétudier la question du rythme de vie qui passera par une animation plus poussée et d'avantage à l'écoute des résidents), mais surtout par l'encadrement de la personne âgée par un psychologue.

L'accueil en maison de retraite reste un secteur à développer et à améliorer tout en restant à l'écoute des concernés qui sont souvent écartés.

La résolution du problème peut se situer sur un point de vue médical, car les personnes âgées deviennent dépendantes car elles sont atteintes de maladies. Il faut espérer que ces maladies pourront être évitées dans le futur.

# **Annexes :**

## **Annexe N°1**

### **Guide de la conversation avec l'animatrice des Roseraies :**

#### **A) La demande et conditions d'admissions :**

1/ Quelles sont les causes d'entrée en maison de retraite ?

2/ Avant de demander un logement, les personnes âgées viennent-elles effectuer une visite de l'établissement ?

3/ Généralement la demande d'un logement est effectué par la personne concernée ou par une autre personne de la famille par exemple ?

4/ Quel est le délai entre la réponse positive et l'aménagement ? De quoi dépend ce délai ?

#### **B) L'entrée :**

1/ Principalement, les personnes âgées viennent habiter seules ou avec quelqu'un ? Sont-elles toutes plus ou moins dépendantes ? Quel est leur état physique et mental ?

2/ A leur entrée, ont-elles des problèmes d'accommodations ?

3/ Quels sont les principaux problèmes rencontrés ?

4/ Sont-elles suivies ? (médecins, assistante sociale, psychologue...)

5/ Quels sont les différents logements que vous proposés ? (chambres individuelles ou collectives, studio...)

6/ Qui est chargé de l'accueil dans le foyer ?

7/ Quels sont leurs rôles ?

### **C) L'adaptation :**

1/ En générale, les résidents s'intègrent-ils assez vite à la communauté ?

2/ Existe-t-il des personnes qui restent seules, isolées des autres ?

3/ Rencontre-t-on une solidarité entre personnels-résidents et entre résidents eux-mêmes ?

### **D) L'animation :**

1/ Quelles sont les animations que vous proposées ?

2/ Existe-t-il un emploi du temps ? Si oui, est-il imposé pour chaque résident ou sont-ils libres de choisir ?

3/ comment s'organisent les journées ? (repas, soins, visites ...)

4/ Quelles sont les salles collectifs dans le foyer ?

5/ Ces salles sont-elles souvent occupées ? ou bien est-ce que les personnes âgées préfèrent rester dans leur chambre ?

## **Annexe N°2 :**

### **Guide de la conversation avec les résidents du foyer :**

#### **A) Son entrée :**

1/ Quelles sont les causes de votre venue en maison de retraite ?

2/ Pourquoi avoir choisi Les Roseaies ?

3/ Comment c'est passée votre installation ?

#### **B) Sa vie actuelle :**

1/ Comment sont organisées vos journées ?

2/ Quelles sont les tâches quotidiennes qui nécessitent le plus d'aides, et qui les assument ?

3/ Quels sont vos rapports avec le personnel ? et avec les autres résidents ?

#### **C) Son opinion :**

1/ Qu'appréciez-vous le plus dans la résidence ?

2/ Qu'appréciez-vous le moins dans la résidence ?

3/ Vous y plaisez-vous ?

4/ Quelles sont vos attentes ?

5/ Quelles formules vous apparaîtraient souhaitable pour l'immédiat et pour l'avenir ?

## **Annexe N°3 :**

### **Protocole d'observation aux Roseraies :**

#### **A) Dimension temporelle :**

- Les heures de flux importants dans le foyer
- Les activités selon les heures
- Si rythme régulier, progressif ou brusque
- Les visites suivant les heures

#### **B) Dimension spatiale :**

- L'occupation de l'espace
- Le décors :
  - disposition
  - meubles
  - couleurs
  - clarté
- L'aménagement : spacieux, pratique, ascenseur ?
- Les différents espaces :
  - Les salles : salle à manger, salle de séjour, Salle de télévision...
  - L'accueil
  - Le jardin

#### **C) Les interactions sociales :**

- Les contacts :
  - Entre les personnes âgées ; si elles parlent, si elles s'occupent ou non
  - Entre les personnes âgées et le personnel
  - Entre les personnes âgées et les visiteurs
  - Entre le personnel

- Entre le personnel et les visiteurs
- Les activités des résidents :
  - lecture
  - jeux
  - discussions
  - comportements
  - goûter
- Les activités du personnels :
  - les soins
  - les écoutes
  - la disponibilité

## Annexe N°4 :

### Bibliographie :

- VANHOUTTE (Jean-Marc) VERPRAET (Jean) KESPERN (Michelle), Services urbains et personnes âgées dépendantes à Vitré et Rennes en Ille-et-Vilaine, Rennes : Lares, 1991, pp. 114-129.
- PERSONNE (Michel), Prendre en charge les personnes âgées dépendantes, Paris : Dunod (Action sociale), 1998, 179 p.
- INSEE, Les personnes âgées (Contours et Caractères), INSEE, 1990, 165 p.
- JOSEL (Marie-Eve) MARTIN (Claude), Aider les personnes âgées dépendantes : arbitrages économiques et familiaux, Rennes : E.N.D.L.S.P., 1998, 132 p.
- VEYSSET (Bernadette), Dépendance et vieillissement, Paris : L'Harmattan, 1993, 168 p.
- GILLETTE (Alain), Accueillir les personnes âgées : L'archipel médico-social, Paris : Moniteur (collectivités locales), 1989.
- PASTUREL ( Jean-Frédéric), La dépendance des personnes, Marseille : Solal éditeur, 1999, 276 p.

*Pyramide des âges dans les établissements*

*(Calcul sur 326 516 personnes, ramené à 1 000, sections  
d'hospices et maisons de retraite des hôpitaux publics exclues.)*