

# Une approche transdisciplinaire

## Pour palier les obstacles que rencontrent les personnes âgées en perte d'autonomie

Maggela TADDEI\*

Le suivi individualisé de personnes âgées en perte d'autonomie prolongée nécessite une concertation de diverses disciplines et une diversité d'offres de services, façon la plus adéquate de répondre à leurs multiples besoins biopsychosociaux.

Le vieillissement des personnes présentant une déficience intellectuelle préoccupe depuis presque trente ans les institutions suisses qui les accueillent. La Fondation de Vernand, préoccupée par le vieillissement de sa population qu'elle a accueillie lorsqu'elle était plus jeune, a commencé, dans les années 1980, sa réflexion sur les pratiques et les prestations à développer pour répondre adéquatement aux besoins de la personne âgée mentalement handicapée<sup>1</sup>.

C'est ainsi que s'est concrétisée, en 1996, la réalisation d'une maison pour personnes vieillissantes. Après 10 ans de fonctionnement, j'ai voulu analyser les services offerts dans le but d'amener de nouvelles stratégies opérationnelles mieux intégrées pour la prise en charge des résidents âgés, notamment par une approche plus transdisciplinaire du travail d'équipe.

L'objectif de ma présentation est de faire part des résultats de l'enquête sur le terrain réalisée auprès de mes collègues pour identifier les éventuels obstacles environnementaux qui entravent la participation sociale des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle, incluant les interventions du personnel soignant.

\* Psychologue responsable du projet, Fondation de Vernand, Cheseaux (Suisse).  
Courriel: m\_taddei@sunrise.ch

1 Nous employons le terme handicap mental comme équivalent des termes retard mental ou déficience intellectuelle.

Lorsqu'il s'agit des droits éthiques comme du droit à disposer de son temps, du droit à prendre des décisions, nous sommes confrontés à un combat qui naît d'un paradoxe: celui révélé par des termes comme «autodétermination» et «déficience intellectuelle». Quelles réponses pouvons-nous imaginer afin de faire face au paradoxe et palier les obstacles au maintien de l'autonomie de ces personnes?

## 1. La Fondation de Vernand

La Fondation de Vernand est une fondation d'utilité publique au service de près de 600 enfants et adultes présentant une déficience intellectuelle et des troubles de la personnalité. Elle compte sur près de 400 collaborateurs pour les accompagner et son budget annuel s'élève à plus de Fr. 28 millions. La Fondation est présente dans 14 communes vaudoises. Le secteur Hébergement et ateliers et le secteur Administration et Finances sont certifiés ISO 9001:2000 et OFAS-AI 2000 depuis février 2002. Le secteur Hébergement et Ateliers, accueille des adultes et les accompagne dans la réalisation de leur projet de vie dès leur majorité et si possible jusqu'en fin de vie, dans un esprit de partenariat avec les usagers, leurs familles et leurs représentants légaux. Il accueille un peu plus de 140 personnes dans diverses structures.

Soixante et onze pourcent de cette population est âgée de plus de 40 ans. La Maison pour Personnes Vieillissantes, appelée «MPV», a pour mission de faciliter l'autonomie de la personne âgée pour qu'elle puisse maintenir ses habitudes de vie et sa participation sociale, si possible, jusqu'à la fin de sa vie. La MPV est un lieu conçu pour accueillir douze personnes au maximum, à partir de 45 ans, en perte d'autonomie importante.

L'aménagement architectural et organisationnel a été pensé pour accueillir ce type de population:

- 2 groupes de 6 résidents chacun;
- 2 équipes interdisciplinaires de jour (10.7 ETP);
- Disciplines représentées: soins infirmiers, éducation spécialisée, psychologie;
- Particularité: tous les professionnels ont le même degré de responsabilité et le même cahier de charges.

## 2. Enquête

Après 10 années d'ouverture de la MPV, il m'est apparu important de faire un bilan des services offerts aux usagers et de requestionner nos pratiques à travers des nouveaux modèles, comme celui du Processus de production du handicap (PPH) de Fougeyrollas (Riedmatten, 2001).

C'est ainsi que j'ai saisi l'occasion d'être en formation pour mener une enquête sur la représentation que se faisait le personnel de la qualité de vie des résidents de la MPV. J'ai interrogé six équipes: les 2 équipes de jour; l'équipe de veilleuses; l'équipe des ateliers de production; l'équipe des ateliers de développement personnel et l'équipe d'infirmières du site.

Le questionnaire réalisé comportait 42 questions touchant les huit dimensions de la Qualité de Vie proposées par Verdugo et Schalock (Verdugo et Schalock, 2001), à savoir:

- le bien-être émotionnel;
- les relations interpersonnelles;
- le bien-être matériel;
- le développement personnel;
- le bien-être physique;
- l'autodétermination;
- l'inclusion sociale et les droits.

Les répondants pouvaient coter sur une échelle de 100 leur perception quant à l'énoncé de chaque question. De plus, pour chacune d'elles, les répondants pouvaient : a/ fournir des commentaires explicatifs permettant de mieux saisir le sens de leur réponse ; b/ identifier des facilitateurs, des obstacles à l'autonomie de la personne ; c/ mentionner des pistes d'action.

## 3. Résultats

En général, la qualité de vie à la Maison pour Personnes Vieillissantes est jugée très bonne par les différentes équipes interrogées et cela dans toutes ses dimensions. Néanmoins, des pistes d'amélioration devraient être proposées dans les dimensions suivantes: relations interpersonnelles, bien-être physique, autodétermination et inclusion sociale.

Ce qui facilite, selon les équipes, une bonne qualité de vie à la MPV, ce sont:

- le personnel spécialisé;
- les valeurs des professionnels;
- les ressources des résidents: leur capacité d'adaptation, d'apprentissage, d'imitation, etc.;
- l'accompagnement personnalisé réalisé;
- le respect des résidents en tant qu'individus à part entière;
- le travail avec les familles.

Ce qui est identifié comme faisant obstacle à une bonne qualité de vie à la MPV, ce sont:

- les peurs, l'usure et certaines valeurs des professionnels;
- l'attitude du professionnel consistant à infantiliser le résident âgé;
- l'interventionnisme du professionnel;
- le manque de formation ciblée et spécifique du professionnel;
- le coût des thérapeutiques;
- certaines contraintes institutionnelles;
- les résidents non-habitués à faire des choix;
- les résidents avec une petite estime de soi;
- les contraintes de la vie en groupe;
- le peu de visites de familles.

Les principales pistes d'action proposées par les équipes ont été:

- promouvoir une nouvelle politique de formation axée sur la formation ciblée en gériatrie, psychiatrie, psychogériatrie, déficience intellectuelle, approche de la valorisation des rôles sociaux et systémique;
- développer des outils d'intervention et d'évaluation des besoins communs qui amèneraient une continuité dans les soins;
- horaires plus adéquats;
- développer le travail avec les familles;
- développer les valeurs et l'accompagnement avec une approche d'intégration sociale et d'autodétermination;
- pratiquer un accompagnement utilisant plus les ressources des résidents, respectant leurs choix et leurs désirs;
- développer une meilleure palette de thérapeutiques et leur accessibilité;
- promouvoir des moments de rencontres et de partenariat avec les autres lieux de vie afin d'accentuer les relations interpersonnelles et la continuité dans l'accompagnement.

## Conclusion

Après 10 années de fonctionnement de la maison pour personnes vieillissantes, il était important de requestionner nos pratiques à travers des modèles novateurs comme le PPH et la qualité de vie. J'ai ainsi proposé une enquête à mes collègues sur leurs représentations de la qualité de vie à la MPV en me basant sur les huit dimensions essentielles de la qualité de vie proposées par Verdugo et Schalock (2001). J'ai voulu, avec cette enquête, mettre en évidence ce qui facilite une bonne qualité de vie à la MPV ainsi que ce qui fait obstacle et les pistes d'action éventuelles à développer.

L'outil «enquête» a permis à chaque participant une démarche réflexive. Elle a permis aussi d'identifier les obstacles et les aidants environnementaux. Elle nous a permis de dégager nos savoirs afin de les questionner et les améliorer. Enfin, elle nous a permis de déclencher une dynamique d'équipe transdisciplinaire selon Millard (Millard, 1999).

Grâce aux résultats de cette enquête, nous avons aujourd'hui passablement d'informations pour faciliter le travail d'équipe. Nous pourrions, dans les mois qui suivront, nous mettre au travail afin de concevoir un plan d'intervention unifié permettant à la fois de préserver nos spécificités professionnelles et de faire converger nos disciplines vers les besoins de l'utilisateur. Cette voie est certainement soutenable en regard du projet de vie du résident.

## Références

- MILLARD, D. W. (1999). «A transdisciplinary view of mental disorder», dans F. J. TURNER (Ed.). *Adult psychopathology: a social work perspective*. New-York : the Free Press, pp. 10-34 (2<sup>e</sup> ed.).
- RIEDMATTEN, R. (2001). *Une nouvelle approche de la différence. Comment repenser le «handicap»*. Genève: Ed. Médecine & Hygiène (sur la base des actes du congrès organisé par Pro Infirmis Vaud à l'EPFL, le 12 octobre 2000).
- VERDUGO, M. A. et SCHALOCK, R. L. (2001). *Cross-cultural survey of Quality of Life Indicators*. Institute on Community Integration, Faculty of Psychology, Salamanca, Spain.