

Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

Rôle de l'IDEC dans la mise en place des projets personnalisés en EHPAD

Quenouille Amélie

Diplôme Universitaire Infirmier(ère) Référent(e) d'EHPAD et de SSIAD

2013 – 2014

Directeur de mémoire

Juliette Boutin

SOMMAIRE

| | |
|---|---------|
| Introduction..... | Page 1 |
| 1. Projets personnalisés en EHPAD, qu'est-ce que c'est? | Page 3 |
| 1.1 Cadre législatif | Page 3 |
| 1.2 Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM..... | Page 5 |
| 1.3 Les différents projets : projet d'établissement, projet de vie, de soins et d'animation..... | Page 6 |
| 1.4 Impact sur la qualité de vie..... | Page 6 |
| 1.5 Les personnes concernées par le projet personnalisé..... | Page 7 |
| 2 Enquête de terrain..... | Page 8 |
| 2.1 Outil utilisé et population ciblée..... | Page 8 |
| 2.2 Synthèse..... | Page 9 |
| 3 Analyse de l'enquête et discussion..... | Page 10 |
| 3.1 Rôle des formations..... | Page 10 |
| 3.2 IDEC et management..... | Page 12 |
| 4. Difficultés rencontrées..... | Page 14 |
| Conclusion..... | Page 15 |
| Bibliographie..... | Page 16 |
| Annexes..... | Page 18 |

Remerciements

Je tiens à remercier tous particulièrement ma directrice de mémoire, Juliette Boutin, qui a accepté de jouer ce rôle au pied levé et malgré le travail conséquent dont elle est chargée, mes collègues de l'EHPAD pour m'avoir soutenu tout au long de cette formation et bien sur les différentes personnes que j'ai pu rencontrer lors de ce DU, avec qui les échanges ont été très enrichissants.

GLOSSAIRE

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

MEDEC : Medecin Coordonateur

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. (Devenu le 15 mars 2010 DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins)

INTRODUCTION

Le point de départ de mon questionnement se situe sur mon lieu de travail. En effet, infirmière en EHPAD depuis presque 6 ans, en 2012 je commence à entendre les mots "projets personnalisés" mais ce n'est pas clair, ni pour ma cadre de santé, ni pour moi-même.

Elle m'explique cependant qu'il va falloir les mettre en place dans l'établissement, car cela fait partie de la démarche qualité dans laquelle nous sommes inscrits et cela fait partie des objectifs fixés par la convention tripartite.

Ce projet m'intéresse car suite à quelques recherches, je suis convaincue que cela va améliorer la qualité de vie des résidents et lorsqu'une formation est proposée je suis volontaire pour y participer. Après discussion avec ma Cadre de santé, elle me nomme responsable de la mise en place des projets personnalisés.

Quelques aides-soignantes et une infirmière sont formées en même temps que moi et après 3 jours de formation c'est parti, il faut se lancer dans l'élaboration des projets personnalisés pour les résidents. Tout est à faire, du recueil des habitudes de vie (incomplet dans l'établissement), à la formation du personnel en passant par désignation des référents et la programmation de l'élaboration du projet en lui-même.

La tâche me semblait titanesque, comment trouver le temps de faire tout ça? Comment intéresser le personnel à ce projet et assurer son suivi? A quel moment élaborer les projets?

Je me suis alors rendue compte que chaque membre du personnel avait son rôle dans la mise en place des projets personnalisés mais je me demande alors :

Quelle est le rôle de l'IDEC dans la mise en place des projets personnalisés en EHPAD et en quoi peut-elle favoriser l'acceptation de ce projet qui peut sembler une charge de travail supplémentaire?

Je vais donc éclaircir tout d'abord le sujet des projets personnalisés en EHPAD puis une enquête de terrain va être expliquée et analysée.

1 Projets personnalisés en EHPAD, qu'est-ce que c'est?

1.1 Cadre législatif

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale définit deux grands axes qui concernent la construction des différents projets en EHPAD : l'affirmation des droits des usagers et la coordination entre les différents acteurs dans les structures et à l'extérieur.

Par exemple, dans l'article 311-4 on retrouve :

"... lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

-une charte des droits et libertés de la personne accueillie [...]

-le règlement de fonctionnement [...]

-un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou son représentant légal..."¹

Cette loi fait également référence aux "droits fondamentaux" de la personne. On y retrouve des mots-clés qui sont les fondements des projets personnalisés tels que le respect de la dignité, la préservation de l'intégrité et de la vie privée, le libre choix, l'accès à l'information et la confidentialité.

Ainsi, trois fondamentaux se dégagent de cette loi:

" - la personne est actrice de sa situation, ou à défaut de pouvoir l'être, peut s'associer la compétence de son entourage et/ou de sa famille (principe de la personne de référence);

- la structure est un lieu d'accueil où la personne conserve ses libertés individuelles dans la continuité du domicile;

-le choix de la personne est libre, ce qui implique qu'elle doit avoir les moyens de s'exprimer."²

L'arrêté relatif aux EHPAD du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, mentionne un « projet personnalisé » pour chaque résident présentant une détérioration intellectuelle, afin de déterminer les activités visant à maintenir ses capacités relationnelles. Surtout, ce texte précise que la qualité de la prise en charge repose sur « *le respect de la personne, de ses choix et de ses attentes, pour l'aider à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique* », et ce à travers « *une transparence du fonctionnement de chaque institution* » (projet institutionnel, règlement, contrat de séjour) et « *le respect des règles déontologiques et éthiques* ». ³

La liberté de choix de la personne, le respect de ses attentes ou le rôle de son entourage sont plus précisément définis par différentes chartes éthiques, comme la « charte des droits et libertés de la personne âgée, en situation de handicap ou de dépendance » (Fondation nationale de gérontologie, 2007).

La circulaire DHOS de mars 2008 concernant la politique des soins palliatifs, insiste sur l'évaluation des besoins du patient et de ses proches afin d'élaborer puis d'adapter le projet de soins et d'accompagnement personnalisé.

1.2 Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM

L'ANESM publie régulièrement des recommandations de bonnes pratiques à destination des soignants. Elle a publié en décembre 2008 la première qui concerne directement les projets personnalisés intitulée « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* » puis en février 2011, « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* » qui est le premier volet du thème « *Qualité de vie en EHPAD* » et qui contient un chapitre destiné à l'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé.

Selon cette recommandation, le projet personnalisé est constitué par :

« - *la démarche et les procédures permettant de confronter les analyses et les attentes des personnes, de leurs proches ainsi que celles des professionnels ; cette démarche, entamée dès la préadmission, se poursuit au long du séjour ;*

- *Le document qui formalise les informations aux principales étapes de la dé-*

marche : objectifs, modalités de mise en œuvre, suivi et évaluation.

Le projet personnalisé intègre les différents volets de l'accompagnement : vie quotidienne, sociale, citoyenne, soins, soutien psychologique, accompagnement de fin de vie... »⁴

Il est également important de souligner qu'il y est stipulé que le projet personnalisé « *permet de poser clairement les termes de la négociation dans l'accompagnement entre le respect de la liberté des choix des personnes accueillies et la mission de protection des personnes par l'institution.* »⁵

Enfin il est rappelé que la participation à son projet est un droit pour la personne, non une obligation, et que si elle le souhaite il est important de solliciter la participation de ses proches (personnes ressources et aide au dialogue entre professionnels et résident). La famille ne doit cependant pas se substituer à la personne et son avis doit être toujours recherché.

1.3 Les différents projets : projet d'établissement, projet de vie, de soins et d'animation

Le projet d'établissement, établi pour 5 ans et exigé dans les conventions tripartites est composé essentiellement du projet de soins et du projet de vie.

Le projet de soins, établi par le médecin coordonnateur, en collaboration avec les soignants, définit les axes prioritaires de l'établissement en matière de coordination des soins dans la structure et encourage à la réflexion sur les pratiques de soins.

Le projet de vie détermine quant à lui les objectifs en termes d'accueil des personnes et de conditions de vie quotidienne et sociale. Il contient notamment des éléments sur l'organisation de la vie quotidienne dans l'établissement, l'architecture de la structure, le respect et les droits des personnes accueillies et le projet d'animation.

Le projet d'animation fait donc partie intégrante du projet de vie et définit les objectifs et les moyens utilisés en matière d'amélioration de la vie sociale et culturelle des résidents.

Ces différents projets doivent être cohérents entre eux et se compléter afin

d'améliorer les pratiques soignantes et le service rendu aux personnes accueillies dans une démarche d'amélioration de la qualité.

1.4 Impact sur la qualité de vie

Dans leur ouvrage « *évaluer la qualité de vie dans les maisons de retraite* » R. Vercauteren et J. Chapeleau définissent la qualité de vie comme étant avant tout une amélioration du bien-être de la personne, amélioration reconnue et demandée par elle.

Ainsi, le projet personnalisé, qui permet à la personne d'exprimer ses besoins et ses attentes, et qui est ajusté en fonction de ses souhaits et ses remarques, la replace au centre des préoccupations des soignants. Le respect de ses habitudes de vie, en cohérence avec les contraintes institutionnelles, facilite le passage difficile que peut être l'institutionnalisation. Le projet personnalisé est donc un moyen d'améliorer le bien-être des résidents, et donc leur qualité de vie.

1.5 Les personnes concernées par le projet personnalisé

L'acteur principal du projet personnalisé est bien sûr le résident, et souvent ses proches s'il le souhaite. Sa rédaction nécessite une réflexion interdisciplinaire, par le biais de réunions d'équipe. Chaque soignant a un rôle dans la rédaction du projet que ce soit l'aide-soignante ou l'aide médico-psychologique qui aide la personne dans sa vie quotidienne, l'animatrice, la psychologue, l'infirmière, le médecin coordonnateur, la cadre de santé ou IDEC...

Il est cependant nécessaire d'établir, selon l'ANESM, un coordonnateur de projet, qui va être garant de la coordination entre les différents professionnels et être le lien entre eux et le résident. Il a également pour rôle de solliciter l'ensemble des professionnels et partenaires concernés par le projet personnalisé. Cette personne peut être le directeur, le MEDEC, l'IDEC ou le professionnel qui a été délégué à cette fonction (AS, AMP, IDE, psychologue, animateur ou autre...).

Il faut, toujours selon l'ANESM, « *choisir un professionnel, qui peut, selon l'organisation interne et la taille de la structure, solliciter l'ensemble des acteurs*

concernés (notamment les partenaires, les professionnels à temps partiel, ceux qui ne peuvent pas participer à la réunion de projet) pour produire leurs contributions et les centraliser »⁶

2. Enquête de terrain

2.1 Outil utilisé et population ciblée

Mon enquête de terrain a pris la forme d'un questionnaire, adressé à des IDEC et cadres de santé en EHPAD. 6 questionnaires ont été remplis.

On y retrouve différentes questions :

- Les projets personnalisés sont-ils mis en place dans votre établissement ?
- Si oui, depuis combien de temps environ ?
- Combien ont été réalisés depuis le début ?
- A l'initiative de quelle personne ont-ils été mis en place ?
- Avez-vous rencontré ou rencontrez-vous des difficultés concernant l'élaboration et la mise en place des projets personnalisés ? Si oui, lesquelles ?
- Le personnel soignant a-t-il reçu une formation concernant les projets personnalisés ? Si oui par qui ?
- Dans votre établissement, quelle personne est responsable de l'organisation des projets personnalisés ?

2.2 Synthèse

Sur les 6 questionnaires rendus seul un établissement n'a pas encore mis en place les projets personnalisés. Les autres y travaillent depuis 1 à 3 ans.

Dans 2 des établissements tous les projets sont réalisés. Les autres en sont à environ la moitié des résidents.

Dans tous les cas les IDEC ou cadre de santé sont à l'origine de leur mise en place.

La moitié des établissements ont une procédure écrite concernant les projets.

Parmi les difficultés rencontrées on retrouve :

- Trouver un temps de rencontre interdisciplinaire
- Respecter les délais de mise en œuvre
- Problèmes d'organisation du service
- Le manque de moyens humains, matériel et de temps
- Le manque de participation et de motivation aux réunions d'équipe
- Le manque de réévaluation (2 fois)
- Des difficultés de rédaction dans le logiciel de soins.

2 des établissements ont bénéficié d'une formation interne. 2 autres établissements ont plutôt organisé une réunion d'information à destination des équipes et enfin dans 2 établissements les soignants n'ont pas reçu de formation pour les projets personnalisés.

Le responsable de l'organisation des projets personnalisés est dans la moitié des cas l'IDEC, ou l'IDEC en collaboration avec la psychologue, ou la psychologue seule, ou une collaboration conjointe de l'IDEC, DU MEDEC, de l'animatrice et de la psychologue.

3. Analyse de l'enquête et discussion

On constate que dans les problèmes que rencontrent les équipes un élément est récurrent : le manque de temps. Trouver le temps de se réunir, de réévaluer les projets, de les écrire informatiquement. Il est vrai que les journées de travail ne peuvent se rallonger, et trouver un temps commun à tous peut sembler difficile.

Cependant il semble important de souligner que dans les questionnaires un autre élément est commun : la personne à l'origine de la mise en place des projets personnalisés, l'infirmière coordinatrice. Dès lors, on tend à penser que c'est cette personne qui sera le « moteur » des projets personnalisés, de par sa fonction de

coordination, pivot entre les différents professionnels et aussi de par sa motivation à entrer dans la démarche qualité de l'établissement, dans le but d'améliorer la qualité de vie des résidents et de respecter les demandes des autorités de tutelles.

Dès lors, c'est à elle de trouver les moyens de motiver les équipes et de les réunir autour de ce projet commun, mais comment ?

3.1 Rôle des formations

Dans mon questionnaire d'enquête on peut voir que seuls deux établissements ont fait bénéficier à leur personnel d'une formation concernant les projets personnalisés. Hors ce sont dans ces mêmes établissements qu'un seul problème à la mise en place des projets est rencontré : le manque de réévaluation. Les autres établissements où le personnel n'est pas formé, ou peu, rencontrent les autres problèmes énoncés.

On peut donc penser que la formation du personnel est un élément important dans la création des projets et leur acceptation par le personnel. C'est ces formations qui vont permettre au personnel de comprendre l'enjeu des projets personnalisés, l'impact qu'ils peuvent avoir sur la qualité de vie des résidents. Lors de la formation que mes collègues et moi-même avons reçu, la formatrice, cadre supérieure de santé de l'hôpital de Crèvecœur le Grand a été claire : « *Le projet personnalisé permet à l'équipe soignante d'accompagner chaque résident dans le respect de ses choix, de ses besoins propres, dans une démarche de bientraitance* »⁷. Je pense que, dès lors, le personnel prend conscience que les projets personnalisés ne permettent pas seulement d'améliorer la qualité de vie du résident, mais aussi d'avoir le sentiment de l'accompagner de manière globale dans sa vie quotidienne et de proposer une qualité de soins meilleure. J'ai moi-même pu constater l'évolution des a priori de mes collègues sur les projets personnalisés, j'ai vu leur façon de penser changer au fil des jours de formation. Avant la formation j'entendais surtout « *encore une charge de travail supplémentaire...* » puis ça a été « *ça a l'air bien mais on ne sait pas trop comment on va faire...* » et enfin, après la formation, la grande majorité des soignants présents étaient emballés par la mise en place des projets personnalisés des résidents « *on va mieux les connaître, et pouvoir répondre à leurs besoins* ».

Cependant, comme le dit le Dr Armaingaud dans son livre « tant de choses à vivre ensemble » aux éditions cherche midi, « *Parce qu'elle demande une nouvelle organisation au sein de l'équipe, cette démarche nécessite de changer certaines de nos habitudes, ce qui peut demander un temps plus important de rencontre lors de la mise en œuvre. [...] Plus qu'une question de temps, les difficultés et les contraintes sont souvent liées à la question de comment travailler ensemble. Le projet personnalisé a ainsi révélé tous les dysfonctionnements quotidiens. Comment trouver des moments d'échange pour que chacun y trouve de l'intérêt ?* »⁸.

Les problèmes rencontrés sont donc les mêmes partout.

Il propose, pour aider dans l'organisation, la création d'outils, évolutifs en fonction des besoins et des attentes tels que différents recueils (de vie sociale, de données de soins, restauration, etc...) et l'évaluation gériatrique. Il dit également : « *Il est nécessaire d'avoir une prise en compte des attentes en amont, un travail collégial, et en aval un retour vers les personnes pour s'assurer qu'on a bien traduit leurs attentes.* »⁹

Une fois que les soignants ont compris l'enjeu des projets personnalisés, il faut donc trouver un moyen de les rassembler pour un moment d'échange sur un temps donné. C'est là que les compétences managériales de l'IDEC vont également entrer en jeu.

3.2 IDEC et management

Le management peut se définir simplement comme « *le pilotage de l'action collective au sein d'une organisation* »¹⁰. On peut souligner que « *Le Management Moderne s'intéresse davantage aux problématiques concrètes de motivation, d'adhésion et d'intégration des individus* ».¹¹

Le rôle de l'IDEC, en tant que manager, va être d'organiser et de mener à bien ce projet. Il va falloir organiser des réunions, où chaque catégorie de professionnel concerné va pouvoir se rendre (animateur, aide-soignant, psychologue...) et dans lequel son rôle d'animateur de réunion va jouer un rôle prépondérant dans la réussite de ces réunions. Permettre à chacun de s'exprimer, participer, échanger. Ce rôle d'animateur va aussi permettre de déceler les éventuelles difficultés du groupe et favoriser des réflexions autour. D'autant plus que la peur du changement que les

soignants peuvent ressentir dans un système de santé en perpétuelle évolution peut au départ être un obstacle à leur implication dans le projet. Mais l'IDEC n'est pas seule dans ce projet et doit aussi pouvoir s'appuyer sur le médecin coordonnateur et le psychologue, acteurs importants pour la réalisation des projets personnalisés. Elle doit aussi identifier et utiliser les différentes ressources et compétences des différents soignants pour le mener à bien.

On retrouve la notion de leadership, qui, d'une manière générale, « *consiste à diriger les employés chargés d'exécuter le travail et à faire progresser les choses, c'est-à-dire exercer sur eux une influence positive. La formation, la communication et la motivation représentent les principales tâches liées au leadership. C'est en facilitant leur travail et en les stimulant que les gestionnaires peuvent motiver les subordonnés à devenir plus productifs, à atteindre leurs objectifs et à travailler dans un esprit de collaboration. La motivation, la coordination et la mobilisation des individus et des équipes de travail pour œuvrer ensemble afin d'atteindre les objectifs organisationnels* »¹²

L'IDEC va devoir mettre au service de la mise en place des projets personnalisés toutes ses compétences managériales et de communication. Se rendre disponible, dans une démarche d'écoute bienveillante en toute objectivité. Comme on peut l'avoir appris en cours lors du DU : écouter, communiquer, fixer un objectif motivant, fédérer, encadrer, évaluer et corriger. Cette attitude de moteur dans le projet va permettre d'impliquer les soignants pour aussi les responsabiliser et favoriser leur adhésion au projet. Les 6 qualités essentielles d'un bon leader seront donc nécessaires à l'IDEC :

1. « *La perspicacité créative (poser les bonnes questions) ;*
2. *La sensibilité (ménager la susceptibilité des autres) ;*
3. *La capacité d'avoir une vision de l'avenir (capacité de se projeter dans l'avenir et d'imaginer une organisation parfaitement adaptée aux besoins futurs) ;*
4. *La souplesse (faculté d'adaptation) ;*
5. *L'aptitude à amener les gens à se concentrer sur un objectif (canaliser les efforts individuels ainsi que l'énergie et les ressources) ;*
6. *La patience (s'intéresser au long terme) »*¹³

4. Difficultés rencontrées

Lors de ce travail j'ai rencontré plusieurs difficultés. Tout d'abord, le même problème que celui qui fait l'objet de mon travail, le manque de temps. Mener à bien ce mémoire en conciliant vie professionnelle, vie privée et travail sur le DU a été un vrai défi. Je dois avouer que je n'ai pu pousser les recherches comme je l'aurais voulu et me donne l'impression d'avoir un peu survolé le sujet. De plus, j'aurais aimé élargir mon enquête à d'autres acteurs clés du projet que sont le médecin coordonnateur et le psychologue. Ensuite dans ma campagne isolée trouver un directeur de mémoire ayant des connaissances sur le sujet, pouvant m'aider dans la rédaction d'un mémoire et se rendre quelque peu disponible a été l'autre difficulté. J'ai donc trouvé une personne ressource, psychologue en EHPAD et chargée des projets personnalisés, avec laquelle je n'ai pu correspondre que par mail et par téléphone mais qui m'a cependant bien aidé.

CONCLUSION

Malgré les difficultés rencontrées ce travail m'a quand même permis d'élargir mes connaissances concernant mon futur rôle d'infirmière référente ou coordinatrice. En effet, j'ai compris que l'on avait un rôle important de pivot entre les différents professionnels, mais aussi qu'il fallait mobiliser toutes ses compétences au quotidien pour motiver les équipes autour d'un projet. Un savoir-faire managérial indéniable que j'espère acquérir afin de mener à bien les différents projets de l'établissement. De plus, j'aimerais profiter de ces nouvelles connaissances pour permettre non seulement aux projets personnalisés d'être mis en place pour la totalité des résidents dans mon établissement, mais aussi de leur donner un sens au quotidien et de les réévaluer régulièrement pour les adapter au mieux aux besoins des résidents.

ANNEXE : Questionnaire d'enquête

"En quoi l'IDEC peut-elle favoriser l'implication des soignants dans le projet personnalisé du résident?"

Nom:

Prénom:

Profession:

Les projets personnalisés sont-ils mis en place dans votre établissement?

.....

Si oui, depuis combien de temps environ?

.....

Combien ont été réalisés depuis le début?

.....

A l'initiative de quelle personne ont-ils été mis en place?

.....

Une procédure a-t-elle été rédigée concernant leur mise en place?

.....

Avez-vous rencontré ou rencontrez-vous des difficultés concernant l'élaboration et la mise en place des PP? Si oui, lesquelles?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le personnel soignant a-t-il reçu une formation concernant les PP? Si oui par qui?
(organisme de formation, formation interne, etc...)

.....
.....
..

Dans votre établissement, quelle personne est responsable de l'organisation des PP?

.....

BIBLIOGRAPHIE

- 1: loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- 2: idem 1
- 3: arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (Ehpad)
- 4: Recommandations de bonnes pratiques, ANESM, « Qualité de vie en EHPAD », volet 1, p.46
- 5: Idem 4
- 6: Recommandations de bonnes pratiques, ANESM, « Qualité de vie en EHPAD », volet 1, p.53
- 7: « Le projet personnalisé du résident en EHPAD » formation interne, Mylène Voisot, formatrice Espace Consulting, septembre 2012.
- 8: « Tant de choses à vivre ensemble, Accompagner nos aînés par le projet personnalisé », Dr Didier Armaingaud en collaboration avec Emilie Li Ah Kim, 2012 , éditions Recherche midi, p.184
- 9: « Tant de choses à vivre ensemble, Accompagner nos aînés par le projet personnalisé », Dr Didier Armaingaud en collaboration avec Emilie Li Ah Kim, 2012 , éditions Recherche midi, p.185

10 : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Management>

11 : Idem 10

12 : Pierre G. Bergeron, « La gestion dynamique », Canada, Gaëtan Morin, 2006, p. 11,13, 421.

13 : Idem 12

Ouvrages :

- « Le projet de vie personnalisé des personnes âgées , enjeux et méthode », Richard Vercauteren, Bernard Hervy, Jean Luc Schaff, 2012, éditions Eres
- « Evaluer la qualité de vie dans les maisons de retraite », Richard Vercauteren, Jocelyne Chapeleau, 1995, éditions Eres
- « Tant de choses à vivre ensemble, Accompagner nos aînés par le projet personnalisé », Dr Didier Armaingaud en collaboration avec Emilie Li Ah Kim, 2012 , éditions Recherche midi
-

Sites internet :

- www.ansm.sante.gouv.fr/
- www.ars.sante.fr/
- www.has-sante.fr/
- fr.wikipedia.org/