

Élaboration et évaluation d'un projet d'intégration des personnes âgées dites «confuses» en centre d'accueil

Outline and evaluation of an integration project for confused elderly in a group home

Stéphan Aubin

Volume 9, Number 1, June 1984

Pratique analytique et psychose

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030218ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030218ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Aubin, S. (1984). Élaboration et évaluation d'un projet d'intégration des personnes âgées dites «confuses» en centre d'accueil. *Santé mentale au Québec*, 9(1), 143–149. <https://doi.org/10.7202/030218ar>

Article abstract

In this article, the author proposes a behavioral evaluation model. The model takes into consideration both the resources and the limits of the person. This approach is employed with elderly persons who are considered to be «confused». Their integration in reception centers poses many problems for helpers in those settings. In this project attention was paid to, among other subjects, attitudes toward the «confused» elderly person, the physical and human environment, and the training of personnel. The initial results show that it is possible to better integrate these persons and to improve their behavioral ability.

Élaboration et évaluation d'un projet d'intégration des personnes âgées dites «confuses» en centre d'accueil

*Stéphan Aubin**

Dans cet article, l'auteur propose un modèle d'évaluation du comportement. Ce modèle tient compte à la fois des ressources et des limites de la personne. On a utilisé cette approche auprès de personnes âgées considérées «confuses». Leur intégration en centre d'accueil pose de nombreux problèmes aux intervenants de ce milieu. Dans ce projet, on s'est attardé, entre autres, aux attitudes envers la personne âgée «confuse», à l'environnement physique et humain et à la formation du personnel. Les premiers résultats montrent qu'il est possible de mieux intégrer ces personnes et d'améliorer leur habileté comportementale.

Dans le cadre d'un projet d'une durée de cinq mois, une étude préliminaire sur les conditions d'intégration en centre d'accueil des personnes âgées dites «confuses» a été menée. La présente recherche s'inscrit en vue de l'élaboration d'un plan d'action global et non limité à des interventions ponctuelles. Plusieurs aspects des soins dispensés ont été observés et modifiés. La recherche a été effectuée au centre Mgr-Coderre de Longueil**. Cet établissement de cent lits compte une vingtaine de résidents considérés comme «confus» et une autre vingtaine «partiellement confus». Vu la proportion importante que cette catégorie de bénéficiaires représente, il devenait urgent de trouver des moyens d'intervention spécifiques auprès de cette clientèle. C'est pour cette raison, entre autres, que la direction du Centre d'accueil a décidé de se pencher plus particulièrement sur ce problème. Cette étude, une fois complétée, servira à balayer le terrain, de manière à posséder plus d'informations sur les conditions de vie des bénéficiaires «confus», ainsi qu'à préparer le personnel des différents services à modifier leur approche avec cette population particulière du Centre d'accueil.

On abordera successivement l'observation des personnes «confuses», la structuration d'une grille d'analyse du comportement, l'émission d'hypothèses de travail, l'information au personnel et la modification des attitudes envers la personne âgée «confuse». L'environnement physique et humain a également été pris en considération. Enfin, la dernière partie est constituée des résultats préliminaires obtenus.

OBSERVATION

Les bénéficiaires considérés «confus» présentent comme caractéristiques communes le fait de n'avoir que peu ou pas de mémoire et d'être désorientés dans le temps, l'espace et dans leurs rapports avec les personnes et les objets. De plus, ils demandent, en général, plus d'assistance que les autres (hygiène, alimentation, déplacement, contrôle du comportement psychomoteur, etc.).

On tend à les regrouper systématiquement au même étage et dans des chambres voisines, pour ainsi faciliter la distribution des soins et mieux contrôler leurs déplacements. Ce regroupement permet également d'éviter que les autres bénéficiaires du Centre d'accueil ne soient dérangés, surtout par ceux qui présentent une certaine agitation psychomotrice.

Généralement, ces résidents passent leur journée sur l'étage, soit dans leur chambre ou dans la cuisine aménagée en salle de séjour (télévision, revues, etc.). Quatre d'entre eux sont assis en chaise

* L'auteur, M.Ps., est coordonnateur de la recherche au Centre d'accueil Mgr-Coderre de Longueil.

** Je tiens à exprimer toute ma gratitude à la direction et au personnel de cet établissement, plus particulièrement à Monsieur Bertrand Drapeau, directeur général, sans qui cette recherche n'aurait pas été possible.

gériatrique toute la journée. D'autres s'isolent. La plupart sont assis à la cuisinette ou près du poste de nursing, attendant que le temps passe. Les repas ainsi que les soins sont dispensés sur l'étage même. Quelques-uns prennent leurs repas à la salle à manger du rez-de-chaussée. Ce sont ceux qui sont les mieux orientés dans l'espace. Aucune activité spécifique n'est prévue pour les résidants qui restent sur l'étage. Même la télévision est peu utilisée. Les contacts entre les bénéficiaires «non confus» et les «confus» sont à peu près inexistantes et même entre elles, les personnes «confuses» échangent très peu ou pas du tout. Elles font peu d'exercice physique et n'ont, en général, aucune activité particulière.

Une somme importante de soins est prodiguée à la clientèle dont il est question dans la présente recherche. Autant pour l'hygiène (bain, habillage, soins personnels, élimination, etc.) que pour les repas, l'ensemble de leurs comportements est assumé par les préposés aux bénéficiaires. On utilise pour eux plusieurs contraintes (chaises gériatriques, gilets de lit, médication) et beaucoup de lingerie (bavettes et couches). Pour le reste, ils se font rarement adresser la parole et leurs demandes sont souvent ignorées.

Les caractéristiques sociologiques des bénéficiaires «confus» ne diffèrent pas de manière particulière de celles des autres résidants. La moyenne d'âge (78.5 ans), le statut civil, les milieux socio-économiques et socio-culturels dont ils sont issus sont comparables. La consommation de médicaments, bien qu'elle soit à peu près égale, est différente. On prescrit plus d'antipsychotiques aux «confus», alors que les autres consomment plutôt diverses médications pour contrôler des maux particuliers : migraine, constipation, douleurs et autres. La proportion hommes/femmes chez les «confus» et les «semi-confus» est la même que celle de la population entière du Centre d'accueil, c'est-à-dire environ trois femmes pour un homme. Sans vouloir s'attarder aux classifications médicales déjà établies, il apparaît que les diagnostics des bénéficiaires «confus» sont divers : maladies gériatriques, accident cérébrovasculaire, démence sénile, etc. Nous préférons ne pas utiliser ces dénominations diagnostiques, mais plutôt évaluer les limites et les ressources de chacun. La grille d'analyse du comportement que nous adoptons est expliquée dans la section qui suit.

GRILLE D'ANALYSE DU COMPORTEMENT

La grille d'analyse utilisée pour classer et évaluer les comportements des bénéficiaires s'inspire de celle élaborée par Roy (1976) et reprise par Lévesque *et al.* (1980). Ce modèle permet d'évaluer des catégories de comportements plutôt que des déficits particuliers. Ainsi, cette méthode permet d'ouvrir l'analyse à différentes modulations du comportement. Une classification en fonction des déficits nous apparaît restrictive et peu accessible pour les différents intervenants (préposés, infirmières, employés d'entretien et de la cuisine).

On a retenu quatre catégories de comportements, soit : physiologique, psychologique, social et personnel. Cependant, contrairement aux grilles d'évaluation habituellement utilisées, celle que nous avons retenue ne comporte pas de catégories mutuellement exclusives. Au contraire, nous reconnaissons d'emblée qu'une ressource ou une limite à une certaine catégorie modifie le fonctionnement dans les autres catégories.

À travers les observations effectuées, certains thèmes ont été retenus à l'intérieur de chaque catégorie. La présente étude n'étant qu'à l'état de projet, d'autres thèmes sont susceptibles de s'ajouter à ceux déjà retenus.

Le tableau 1 contient les quatre catégories choisies, ainsi que les thèmes particuliers. Pour la catégorie physiologique, les comportements d'élimination et d'exercice ont été retenus. Pour l'aspect psychologique, c'est la perception du soi physique, affectif et cognitif qui a fait l'objet d'une attention plus particulière. Le niveau social ne comporte que l'aspect d'affiliation. La catégorie personnelle comprend l'affirmation de soi, l'autonomie physique et psychologique.

Pour chacun des thèmes, le bénéficiaire peut présenter soit un problème, soit une ressource qui modifiera la probabilité de fonctionnement adéquat dans un autre domaine. En faisant l'inventaire des problèmes et des ressources de chacun des bénéficiaires, on peut avoir un portrait non pas statique, mais qui tient compte des interactions comportementales qui façonnent le fonctionnement global d'une personne. Plutôt que se pencher uniquement sur les pertes définitives, on peut s'attarder au potentiel et aux habiletés que l'individu possède et en tenir

TABLEAU 1
Grille d'analyse du comportement

CATÉGORIE	THÈME	PROBLÈMES DES BÉNÉFICIAIRES «CONFUS»	RESSOURCES DES BÉNÉFICIAIRES «CONFUS»
Physiologique	élimination	incontinence vésicale, fécale	continence
	exercice	sédentarité	activité
Psychologique	perception du soi <ul style="list-style-type: none"> • physique • affectif • cognitif 	perception négative du soi physique, émotif et cognitif. Coordination psychomotrice déficiente. Tonicité corporelle inadéquate. Distorsion des émotions et de la cognition	bonne perception du soi physique. Facilité à exprimer ses émotions. Curiosité intellectuelle
Sociale	affiliation	solitude, repli sur soi	sociabilité
Personnelle	affirmation de soi	soumission, passivité	affirmation de soi
	autonomie <ul style="list-style-type: none"> • physique • psychologique 	dépendance envers les soins physiques, peu de divertissement et d'intérêt	autonomie face aux activités de la vie quotidienne. Intérêt facilement orienté vers des stimuli simples

compte dans l'approche que l'on prend face aux problèmes présentés.

HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Comme il a été souligné précédemment, il semble que la présence de certains comportements dans le cadre de thèmes particuliers influence la probabilité d'incidence de comportements dans d'autres thèmes. Par exemple, une personne incontinente aura de la difficulté à se «socialiser». Ainsi, en traçant les portraits individuels de chacun des résidents, on est en mesure d'évaluer leurs limites et leurs ressources.

D'autre part, il apparaît que la présence de certains problèmes pour un aspect particulier du comportement ne soit qu'une conséquence d'un autre déficit. En décrivant de façon différentielle les potentiels et limites de chacun des bénéficiaires pour les différents aspects, on peut plus facilement apercevoir les causes et les symptômes du comporte-

ment global. De cette façon, les potentiels et les habiletés notés peuvent devenir autant de solutions aux problèmes.

Il semble, d'après les observations, que plusieurs comportements problématiques sont contrôlés par certains agencements de l'environnement physique et humain. Qu'ils soient d'origine organique ou psychologique, certains comportements problématiques peuvent apparaître ou être maintenus à cause de dispositifs particulières de l'environnement. Par exemple, la perte d'orientation spatiale, indépendamment de son origine, provient ou est maintenue dans plusieurs cas par l'aménagement architectural des institutions (longs corridors avec des portes toutes pareilles), par le confinement à un étage ou à une pièce souvent imposé aux «confus», et par le peu d'initiative laissée aux résidents pour se diriger eux-mêmes dans leur environnement.

Dépendamment de la source principale des déficits comportementaux, des stratégies thérapeutiques ont été envisagées. Une liste de ces moyens est pré-

TABLEAU 2

Stratégie thérapeutique en fonction des déficits

Incontinence	Grille d'observation de l'incontinence. Prévention de l'incontinence. Encouragement à l'élimination hygiénique.
Sédentarité	Activités physiques. Marche. Exercices physiques adaptés. Changements de cadre physique.
Perception négative ou absence de perception du soi	Psychomotricité. Physiothérapie. Renforcement de l'expression des émotions et de la cognition. Tâches à faire, alternatives à soupeser, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • physique • affectif • cognitif 	
Distorsion des émotions	Réponses adaptées aux émotions, exprimées de façon adaptée. Ignorance intentionnelle des autres.
Distorsion de la cognition	Renforcement des verbalisations cohérentes. Ignorance intentionnelle des autres.
Solitude, repli	Valorisation personnelle. Proposer des activités dyadiques ou de petits groupes. Évaluer et utiliser les ressources familiales.
Soumission	Renforcement de l'expression des demandes. Diminuer le temps entre les demandes et leur satisfaction.
Passivité	Propositions de plusieurs activités. Diminuer les gains secondaires des comportements de passivité.
Manque d'intérêt	Augmentation de la stimulation sensorielle.

sentée au tableau 2. Ces méthodes sont diverses et demandent la collaboration de toutes les personnes travaillant au Centre d'accueil. C'est pour cette raison que des séances d'information destinées à tout le personnel (nursing, entretien ménager, lingerie, cuisine, administration et clérical) ont été planifiées.

INFORMATION AU PERSONNEL

Trois séances d'une heure ont été planifiées pour rencontrer les employés de tous les services du Centre d'accueil, dans le but de les informer du programme mis en branle auprès des bénéficiaires «confus». Il nous apparaît primordial de susciter l'implication du personnel dans les changements que l'on veut entreprendre.

Une partie des rencontres vise à expliquer le rationnel de l'approche. Dans un deuxième temps, c'est l'aspect plus pratique que l'on entreprend. À l'aide d'exemples et de comparaisons, on propose certains moyens d'intervention avec les bénéficiaires dans le milieu. Par exemple, en faisant des études de cas, plusieurs employés ont appris que les réprimandes pouvaient constituer de puissants renforçateurs dans le sens où elles représentent des marques d'attention personnalisée. Ainsi, au lieu d'éviter les situations où ils risquent d'être grondés, certains bénéficiaires les provoquent systématiquement. Autrement, personne ne s'occuperait d'eux de la journée.

L'information au personnel apparaît comme étant une phase essentielle de tout programme de modi-

fication des conditions de vie des résidants. Sans la participation des employés, il devient difficile, voire même impossible de créer des changements durables.

ATTITUDES ENVERS LA PERSONNE CONFUSE

Une des variables importantes du programme est l'attitude adoptée à l'égard des personnes dites «confuses». Les gens qui ont le plus de contacts avec cette catégorie de résidants sont certainement, d'une part, les autres bénéficiaires et, d'autre part, les membres du personnel. Dans les deux cas, il s'agit d'adopter des interventions visant les mêmes buts. En ce qui nous concerne, c'est l'intégration progressive des bénéficiaires dits «confus» aux activités régulières du Centre d'accueil et le respect de ces personnes.

L'intégration progressive implique que les résidants dits «confus» se verront invités à des activités pour lesquelles ils n'éprouvent pas ou peu de difficultés (spectacles, fêtes, repas, jeux, sorties, passe-temps, etc.). Par groupes de deux ou trois, ils profitent du support nécessaire à la réalisation des diverses composantes de l'activité en question. Par exemple, on les amènera sur les lieux de l'activité, on les dirigera en leur expliquant les règles particulières et on les encouragera, suite à leur performance.

En plus des bénéfices directs apportés par la participation à diverses activités (socialisation, apprentissages particuliers, par exemple), on peut penser que ces contacts informels avec les autres ouvriront la communauté à l'acceptation de personnes déjà identifiées comme «confuses». Les attitudes des bénéficiaires «non confus» et du personnel à l'égard des «confus» sont souvent défaitistes. Ceci entraîne l'acceptation passive des conditions de vie faites à ces personnes (isolement, dépendance aux soins, maintien dans un environnement sous-stimulé, etc.) Ainsi, il arrive souvent que l'on ne souligne pas les anniversaires de naissance des gens «confus» par une petite fête; on se dit que ces personnes ne s'en souviennent pas le lendemain...

Il semble primordial d'habituer la communauté à la présence de personnes présentant des comportements marginaux et des caractéristiques particulières. Sans cette acceptation, il est impossible d'intégrer les personnes souffrant de confusion mentale

aux autres résidants du Centre d'accueil. Évidemment, cette stratégie va de pair avec d'autres interventions visant à développer leur potentiel.

Par ailleurs, il est de mise, de valoriser les comportements de respect à l'endroit des gens «confus». On observe généralement plus de familiarité (tutoiement, autoritarisme) à leur égard qu'envers les autres bénéficiaires. L'image personnelle s'en trouve éventuellement diminuée.

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET HUMAIN

Le peu de stimulation sensorielle qu'ont les gens «confus» confinés dans les mêmes lieux toute la journée devient une source de repli sur soi-même et de perte de facultés psychologiques, sociales et sensori-motrices. Pour ces raisons, entre autres, il importait d'augmenter les sources potentielles de stimulation de ces personnes.

Des mesures telles que décrites par plusieurs auteurs de l'«Orientation vers la Réalité» (voir la bibliographie) ont été utilisées. Par exemple, des écriteaux (flèches, affiches) aident les bénéficiaires désorientés à retrouver leur chambre et les différentes commodités (toilettes, par exemple). L'orientation dans l'espace est ainsi facilitée.

De plus, pendant les rencontres avec le personnel, il a été fortement suggéré de faire comprendre à un bénéficiaire la prochaine chose qu'il a à faire, ou bien l'endroit où on l'emmène, ou ce qu'on lui fait faire. Ceci, de façon à orienter continuellement la personne dans la réalité. Enfin, les intervenants qui sont souvent en contact avec eux se nomment à chaque fois que l'occasion se présente, pour les orienter vers les personnes de leur entourage.

Plusieurs indices tels des photos personnelles, des indications écrites ou symbolisées, des alternatives offertes par les intervenants sont présents dans l'environnement et facilement accessibles aux résidants. Ces mesures sont autant dans un but rééducatif que préventif. Par exemple, la présence d'horloges placées dans des endroits stratégiques permet au résidant de s'orienter dans le temps. Pour l'aspect rééducatif, on apprend à la personne à être attentive à cet indice que fournit l'environnement; du côté de la prévention, l'horloge fait garder à la personne une conscience du temps.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Plusieurs thèmes de la grille d'analyse du comportement ont été retenus. Pour les bénéficiaires dont des déficits marqués à l'une des facettes du comportement diminuaient la possibilité d'épanouissement, nous avons appliqué des mesures précises. Pour les autres, l'ensemble du programme peut être tenu responsable des changements enregistrés. Ainsi, il se pourrait qu'il y ait eu des changements au niveau de l'incontinence, par exemple, chez un bénéficiaire qui n'avait pas été sélectionné pour cette intervention. Ce changement peut être dû à des modifications dans les méthodes employées par le personnel pour travailler auprès des incontinents ou par l'amélioration de la perception corporelle des bénéficiaires.

Pour chacun des thèmes, on a élaboré une grille d'évaluation qui permet de voir si une amélioration du comportement survient après un certain temps d'application des mesures correctives. Ces grilles d'évaluation se veulent un instrument de mesure facilement accessible. Il est à noter qu'elles ne constituent pas des mesures scientifiquement valides ou fidèles et permettent seulement de se faire une idée sur les changements effectués. Ces grilles sont échelonnées en fonction de poursuites d'objectifs; elles pourraient s'adapter à plusieurs types de population. Enfin, notons que les différentes gradations d'une même échelle de mesure réfèrent à des comportements observables. L'accession à un score supérieur demande soit l'apparition d'un comportement, soit une amélioration en termes de qualité ou de quantité.

À l'aide des instruments de mesure-maison, on a déterminé que les activités introduites dans le cadre de notre programme ont amélioré les niveaux affectif et cognitif de la perception du soi, l'affiliation et l'autonomie d'un échantillon de seize bénéficiaires (douze «confus» et quatre «semi-confus» selon l'infirmière de jour). De plus, le degré d'incontinence de trois sujets sur quatre a diminué sensiblement, passant d'une moyenne (pour les trois bénéficiaires) de 3,5 incontinences par jour à 0,8 après un mois et à 1,0 après deux mois. L'autre bénéficiaire a maintenu la même moyenne du début à la fin. Les niveaux d'exercice et de perception du soi physique se sont améliorés dans une moindre mesure. Enfin, six bénéficiaires ont augmenté leur score global de façon notable et quatre résidents ont

vu leur moyenne augmenter légèrement. Les autres ont gardé leur moyenne à peu près stable.

Il semble que les bénéficiaires qui ont tendance à s'isoler ne profitent pas des mesures prises pour améliorer la qualité de vie. Il apparaît que le fait de les sortir de l'isolement dans lequel ils sont plongés soit un prérequis à leur participation au programme. On notera enfin qu'à l'aide des dossiers individuels de chaque résident, lesquels comprennent une évaluation des forces et des faiblesses concernant les aspects traités ici (élimination, exercice, affiliation, etc.), on avait désigné certains résidents pour des interventions particulières. Les résultats montrent que les sujets ayant des déficits plus prononcés à certains aspects mais qui semblaient avoir le potentiel pour évoluer (ceux qui avaient été désignés), ont une hausse de moyenne globale plus forte que l'ensemble des sujets de l'échantillon. Ils avaient au départ des niveaux de base comparables. Il semble donc qu'il soit possible de prédire dans une certaine mesure quels bénéficiaires risquent le plus de profiter de mesures particulières dans le programme. Ainsi, des hypothèses intuitives peuvent se voir vérifiées dans plusieurs cas. En ce qui nous concerne, on avait, par exemple, prédit que les chances de succès des mesures visant à diminuer l'incontinence étaient plus grandes pour les personnes ambulantes que pour celles en chaise gériatrique. Les résultats ont confirmé cette hypothèse.

Les changements observés en l'espace de quelques mois sont encourageants. En ce moment, la campagne d'information et de sensibilisation du personnel se poursuit. Il apparaît à ce stade qu'il est nécessaire de bâtir une grille uniformisée d'observations et de plans de traitement à l'usage des préposés. Les nombreux changements de personnel (relèves de travail, temps partiel, fins de semaine, etc.) impliquent l'élaboration d'un réseau d'information plus sophistiqué que ce qu'on a pour le moment (cahier de rapport des infirmières). De plus, le «cardex» (contenant certaines informations utiles relatives à un résident) à l'intention des préposés pourrait répondre dans une certaine mesure aux attentes quant à la possibilité d'implication des intervenants.

Il apparaît que la source principale de stimulation et de motivation pour le personnel soit les résultats obtenus. Il est donc essentiel que ceux-ci soient à la portée des employés impliqués. On a senti

à quelques reprises un essoufflement rapide des énergies investies dans ce projet. La poursuite des objectifs fixés a souvent subi des relâchements. Nous croyons que l'autogestion du projet par ceux qui l'appliquent, les préposés, serait la solution à cette lacune. Le projet a suscité beaucoup d'enthousiasme, il s'agit maintenant d'assurer un suivi à l'intervention.

Malgré qu'il y ait des modifications à apporter à certains éléments du programme (interventions au niveau psychique, mesure du comportement et autres), le projet a rempli sa mission dans une large part. À partir des données recueillies dans ce premier temps, il sera beaucoup plus facile d'encadrer un plan d'action à moyen et long terme. Un des éléments essentiels qu'il faut retenir de cette première expérience est le besoin d'appui de la part de tout le personnel au programme choisi, ainsi que la diversité des sources d'incitation au changement, autant pour les résidents que pour les intervenants.

RÉFÉRENCES

- LÉVESQUE, L., D'AMOUR D., LÉVESQUE-BARBÈS, H., 1980, Adaptation des personnes âgées en établissement : utilisation et évaluation d'un modèle d'intervention, *Les Cahiers de l'ACFAS*, 5, 77-90.
- ROY, C., 1976, *Introduction to nursing : An adaptation Model*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

BIBLIOGRAPHIE SUR L'ORIENTATION VERS LA RÉALITÉ

- BROOK, P., DEGUN, G., MATTER, M., 1975, Reality orientation. A therapy for psychogeriatric patients. A controlled study, *British Journal of psychiatry*, 127, 42-45.
- CITRIN, R.S., DIXON, D.N., 1977, Reality orientation : A milieu therapy used in an institution for the aged, *Gerontologist*, 17, 39-43.
- DRUMMOND, L., KIRCHNOFF, L., SCARBROUGH, D.R., 1978, A practical guide to reality orientation : A treatment approach for confusion and disorientation, *Gerontologist*, 18, 5, 568-573.
- HACKLEY, J.A., 1973, Reality orientation brings patients back from confusion and apathy, *Modern Nursing Home*, 31, 48-49.
- HARRIS, C., IVORY, P., 1976, An outcome evaluation of reality orientation therapy with geriatric patients in a state hospital, *Gerontologist*, 16, 496-503.
- IRELAND, M.J., 1972, Starting reality orientation and re-motivation, *Nursing Homes*, 21, 10-11.
- LEHMAN, E., 1974, Reality orientation, *Nursing* 74, 4, 61-62.
- SCARBROUGH, D.R., 1974, Reality orientation : A new approach to an old problem, *Nursing* 74, 4, 12-13.

SUMMARY

In this article, the author proposes a behavioral evaluation model. The model takes into consideration both the resources and the limits of the person. This approach is employed with elderly persons who are considered to be «confused». Their integration in reception centers poses many problems for helpers in those settings. In this project attention was paid to, among other subjects, attitudes toward the «confused» elderly person, the physical and human environment, and the training of personnel. The initial results show that it is possible to better integrate these persons and to improve their behavioral ability.