

TRAVAILLER EN EQUIPE AUTOUR DU "PROJET DE VIE" DE LA PERSONNE AGEE

*Régine PICAMOLES,
Psychologue, Formatrice I.R.F.A. Normandie-Maine*

Texte à partir d'un stage animé au C.H.U. de Limoges en Mars-Avril 1993

INTRODUCTION

Réfléchir sur le "projet de vie" de la personne âgée en long et moyen séjour est une tâche complexe qui demande beaucoup d'énergie à tous les niveaux. Cependant, c'est aussi une façon de donner sens au travail soignant et de (re)valoriser le soin gériatrique; et cela est parfois plus simple que l'on se l'imagine.

Ce texte n'est pas un compte-rendu de stage et ne saurait en aucun cas remplacer une réflexion personnelle d'une durée de 6 jours. Il a été réalisé par l'animatrice du stage, à la demande des participants du stage avec qui il a été discuté dans sa première version. Il est avant tout un support pour faciliter la reprise du stage au sein de chaque service et servir d'outil de travail à toute personne intéressée.

I QUELQUES REMARQUES GENERALES

En structure hospitalière, l'équilibre est difficile à trouver entre:

- un acharnement thérapeutique lié pour une bonne part à un idéal professionnel exigeant de guérison, et à un déni social de plus en plus accentué envers la maladie, le handicap, le vieillissement et la mort
- et une démission et un défaitisme en rapport avec une conception considérant le grand âge comme une pathologie incurable.

Accompagner des vieillards vivants jusqu'à leur mort présuppose ainsi un travail de réflexion autour de ces thèmes, vieillissement, mort, notions de santé et de soin, d'autonomie ainsi que l'impact de l'institutionnalisation. Il s'agit aussi de parler en termes de potentialités et pas seulement de pertes (dans ce cas, les véritables problèmes sont ceux du travail de deuil et de ses avatars et des suppléances à négocier).

Sans ce préalable, les soignants ne peuvent que se sentir désarmés et impuissants et osciller entre les deux attitudes précédentes. Comment ne pas se décourager si l'on est persuadé que la vie d'un âgé dépendant ne vaut plus la peine d'être vécue? Aux difficultés propres des personnes âgées répond en écho la souffrance des soignants, elle-même source d'aggravation de l'état de santé des vieillards. Cette souffrance s'exprime souvent à travers de phénomènes d'auto-protection individuels et collectifs comme le désinvestissement du sujet âgé et du travail et le refuge dans un travail routinier, même si ce dernier est ressenti comme pesant.

II VERS LE PROJET DE VIE

Faire en sorte que les vieillards institutionnalisés aient des projets de vie est possible, mais à plusieurs conditions:

1) **D'abord y croire.** Penser que, quelque soit son âge et son état de santé physique et mental, tout individu peut avoir des désirs voire les réaliser. Cette démarche est proche de celle des soins palliatifs: quand il n'y a plus rien à faire, il reste encore beaucoup de choses à faire. Ceci nécessite chez le soignant un constant travail de questionnement et de distanciation pour ne pas projeter ses sentiments sur l'autre, ni par ailleurs prendre au pied de la lettre ses messages. Nous ne sommes pas en situation, il ne s'agit pas de notre vie, mais de ce à quoi cela nous renvoie personnellement.

Un stage de formation peut être un moyen pour se poser ce type de questions et constituer une étape pour les aborder d'un autre point de vue.

2) **Restituer au sujet dépendant un statut de sujet:** jusqu'au bout, il reste un être humain à part entière, un **être de relation** avec un corps et un psychisme, une identité et une histoire. Ceci suppose du côté du soignant et de l'institution:

- une *attention au confort matériel et moral, un souci de l'apparence*, afin qu'ils puissent se sentir dignes d'exister dans le regard des soignants et de tous.

- un *cadre permettant une vie sociale* sans laquelle l'être humain et même l'animal ne peuvent vivre.

- des *interlocuteurs soucieux de communiquer* avec le vieillard (sans communication, pas d'humanité) et *reconnaissant ses besoins affectifs*. En particulier, le *respect des règles minimum de l'échange social* (dire bonjour, merci, serrer la main, se présenter, regarder l'autre en lui parlant, etc) demande une attention de tous les instants; ce "soin" contribue à lutter contre le phénomène de dépersonnalisation.

D'autre part, communiquer avec l'autre ne relève pas seulement d'une question de temps: sa qualité dépend avant tout d'un état d'esprit. Communiquer ne signifie pas dire ou faire des choses extraordinaires et n'est pas une activité séparée du reste du travail: les temps forts sont les moments de contact privilégié comme la toilette (où la qualité du toucher a un grand rôle) ou le temps d'échange convivial autour du repas.

De même, dans cette optique, l'animation est l'affaire de tous. Prendre en compte cette dimension est essentielle, car c'est aussi la vie, et pour que le soignant se reconnaisse dans son rôle de soignant. L'animation la meilleure est la plus discrète, la plus proche de la vie quotidienne et ne nécessite pas forcément de grands moyens. La *recherche du plaisir* (en réactualisant des désirs passés par exemple) dans des choses simples et grâce à des activités ponctuelles et rythmant le temps, temps propre à chaque individu et à sa situation actuelle, doit primer sur la performance et l'activisme (qui peuvent par certains côtés s'apparenter à de l'acharnement thérapeutique). Par ailleurs, le souci de sensationnel relève souvent d'un essai de dégagement quant à la nature du soin insuffisamment pensé.

- **ne pas réduire le sujet âgé à un objet de soins avec un seul statut de malade mais le considérer jusqu'au bout comme acteur de sa propre vie**, capable de choix et de décisions, à son niveau (cela peut être très simple: lui offrir la possibilité de choisir un vêtement par exemple). En ce sens le soin est un contrat entre le résident et l'institution, c'est-à-dire objet de négociation et de dialogue: parler avec lui et pas seulement sur lui, c'est de sa vie dont il est question.

- *la famille est aussi un partenaire à part entière* et doit être réintroduite comme tel à chaque fois que cela est possible, même si cela n'est pas facile: du fait des histoires familiales, de la culpabilité liée au placement, des rivalités potentielles avec les soignants, des attitudes d'agressivité ou de mise à l'écart apparaissent souvent, et leur gestion est une tâche complexe.
- le maintien de l'identité passe aussi par le *maintien des liens affectifs et de l'intégration dans des réseaux de relations* (anciens et actuels, à l'extérieur ou à l'intérieur de l'institution).

3) **Considérer le soin dans sa dimension globale d'entretien de la vie. L'objectif essentiel est la qualité de vie du résident** (et pas seulement le soin médical du "malade"). Les aspects purement médicaux et le nursing font partie des moyens pouvant y contribuer. L'accompagnement relationnel d'une personne donnée et de sa famille, à un moment donné de leur trajectoire de vie, sont aussi des moyens indispensables et ne sont pas dissociables des précédents.

Ceci nécessite pour l'institution de s'adapter, de devenir une structure souple **se définissant avant tout comme un lieu de vie**, lieu de vie adapté aux populations accueillies et soucieux d'humanité dans son sens plein. Ceci suppose aussi qu'elle soit capable de concevoir et de mettre en œuvre un **soin global et personnalisé**.

III TRAVAILLER EN EQUIPE: UNE NECESSITE

Toute cette démarche n'est possible qu'en équipe. Pourquoi?

- 1) L'accompagnement du résident dans sa vie quotidienne est un travail d'équipe. Sans lui, pas de **cohérence** ni sur le plan de l'organisation matérielle ni sur celui des démarches de soin.
- 2) En découle le fait qu'il n'y a *pas de projet de vie possible pour chaque résident s'il n'y a pas d'échanges en équipe* autour de lui pour mieux le cerner (surtout s'il communique difficilement), *ni de travail de réflexion en équipe sur un cadre permettant de faire apparaître chez lui des projets et de les mener*.
- 3) Plus généralement, faciliter la communication avec le résident est articulé à la nécessité d'échanges dans l'équipe. En particulier, la dimension d'équipe offre un *cadre de soutien* à ses membres dans les moments difficiles (décès de personnes très investies par exemple).
- 4) Il est **nécessaire de concilier les impératifs matériels liés aux contraintes du travail** (propres à chaque service) **et le souhait d'un suivi individualisé**. Faute de réflexion et de structuration d'équipe, on retombe bien souvent dans une organisation à la tâche qui accentue l'impression de discontinuité et d'absence de sens (pour le soignant comme pour le résident), donc de découragement. *S'occuper de tous passe paradoxalement par la nécessité d'instituer des liens privilégiés soignants/résidents/familles*.

En résumé, une réflexion "convenablement menée" en équipe donne corps au cadre et sens à notre travail. L'équipe voit son identité renforcée (en des termes très simples: savoir pourquoi et pour qui on travaille, et de quelle façon) et les principaux intéressés, ses "clients", bénéficient aussi de retombées positives.

IV UN PROJET AU SEIN DE L'EQUIPE: UNE METHODOLOGIE POSSIBLE

Ce qui est vrai pour un individu l'est aussi pour une équipe: *une absence de projet et de désirs se traduit bien souvent par des attitudes et une ambiance collective dépressives* (perte de motivation, dévalorisation...). Nous pouvons néanmoins poser comme hypothèse qu'il est toujours possible de réveiller une motivation de départ ou d'en créer une.

Penser en termes de projet au niveau de l'équipe permet d'introduire une dynamique de vie, avec les deux aspects liés à la démarche de changement dont il faudra tenir compte: l'espoir d'évoluer vers un mieux et la crainte, les résistances suscitées par la remise en question des habitudes, même critiquées.

Une démarche d'équipe pouvant servir de support à la démarche "projet de vie" est donc celle du projet d'équipe ou de service. Ce dernier permet d'allier différentes préoccupations relevant de la qualité du travail comme de l'image de marque du service.

Construire un projet:

Mettre en place un tel projet nécessite au départ un consensus d'une partie de l'équipe, sensibilisée à l'approche des personnes âgées en institution, à un désir d'améliorer la qualité de son travail. L'adhésion de l'encadrement infirmier est un facteur positif de taille compte-tenu précisément de sa fonction de cadre au sein de l'équipe. Sa non implication est un frein, tout comme l'absence de motivation d'au moins un petit noyau de départ (une seule personne moteur complique la tâche, on le voit bien quand un souci d'évolution anime le cadre seul, et lorsque l'équipe résiste à ses propositions).

Il n'y a **pas de recette standard si ce n'est la consigne de travailler en équipe**. La démarche sera participative avec le souci de la délibération collective, le souci d'impliquer l'équipe toute entière: ce qui permet à chacun d'être acteur et non de se sentir objet de contrainte, et à l'équipe de se vivre et d'être créative.

En ce qui concerne la conduite du projet, *les modalités du dialogue, de la concertation et de la prise de décision seront posées d'emblée* (travail en groupes autour d'objectifs, place et rôle de chacun, coordinateur d'équipe, aide extérieure, etc).

A chaque service de définir le cadre du projet, sa méthodologie et son contenu, en se posant des objectifs. Tout comme pour une démarche de soins et après étude de l'existant, *au départ doit être posé un objectif global recueillant un consensus assez large dans l'équipe* (autour de la mission soignante, par exemple, ou du cadre de vie).

Le projet d'équipe, comme le projet de vie, doit satisfaire à deux critères: son caractère visible et sa faisabilité. Insistons sur le côté réaliste et progressif de la démarche, avec la définition de priorités et d'objectifs à court et à moyen terme. Mieux vaut des objectifs opérationnels même limités, sources de satisfaction et de désir de continuer, qu'un Grand Projet d'emblée susceptible, et pour cause, d'échouer, car trop ambitieux et inadapté. Travailler en équipe est un exercice complexe; il s'apprend en le mettant en pratique et en se donnant du temps...

Cette démarche inscrit d'emblée le projet dans la durée, seul gage également de réelles avancées. D'autre part, une tentative peu couronnée de succès n'est pas seulement un échec, c'est aussi une étape positive dans la recherche de solutions. La créativité humaine s'exerce le plus souvent à travers d'un système essais/erreurs. Dans un groupe, il y a lieu de repérer et de "faire avec" les phénomènes amplificateurs de groupe (comme le découragement ou l'emballage trop rapide). Un moteur ou un groupe moteur dans l'équipe (et reconnu comme tel par elle) est bien utile pour tenir le cap. Parmi les personnes susceptibles par leur fonction d'occuper cette place, en plus de celles dotées de qualité de leader, on peut penser bien sûr aux

cadres infirmiers, mais aussi à un médecin, un psychologue, à un animateur. Des points réguliers d'évaluation en équipe constituent des temps forts du projet, indispensables après avoir agi pour si besoin réajuster le projet.

Un support écrit sur le travail effectué est essentiel. Il constitue la mémoire du projet (comme pour l'individu, le service a besoin de laisser des traces de son histoire).

V QUELQUES CONTENUS POSSIBLES DE REFLEXION EN EQUIPE AU C.H.U. DE LIMOGES

Deux axes organisateurs me semblent envisageables:

1) amélioration du cadre de vie: personnalisation des lieux privés, décoration des couloirs, aménagement de lieux collectifs (ou investissement de lieux existants) autour de projets visant à la socialisation: repas, coins activités - à définir en fonction des populations, de leurs possibilités et de leurs souhaits, etc.

2) personnalisation du soin et structuration du travail: mise en place d'une procédure d'accueil (sujets âgés et familles), d'organisations de travail plus souples, plus proches du rythme de chaque résident, sectorisation, système de référents relationnels, place de l'animation, coordination avec l'association C.H.A.L., etc.

POUR CONCLURE

Le projet de vie donne sens à la vie de chacun. Le projet d'équipe ou de service est un moyen pour atteindre des objectifs à deux niveaux s'articulant l'un avec l'autre:

- ce support peut permettre à chaque résident d'avoir des projets
- il anime ou réanime une équipe (animer au sens de donner une âme).

Parler projet de vie relève aussi d'une stratégie de santé publique. Geneviève LAROQUE l'écrivait en 1990: "C'est peut-être à partir de la gériatrie, discipline effrayante et pauvre, qu'on saura mieux traiter la personne, prendre soin d'elle". Les avancées sont souvent nées sur des lieux d'exclusion. De plus, nous sommes tous concernés: c'est de notre avenir qu'il s'agit, de notre propre vieillissement et de notre propre mort, et de ceux de nos proches.

ANNEXE: SUPPORT BIBLIOGRAPHIQUE COMPLEMENTAIRE

1) Articles distribués aux stagiaires

PICAMOLES Régine

- En institution gériatrique. Institution = lieu de vie.,
extrait d'un document de travail destiné aux étudiants animateurs de la filière Carrières Sociales de l'I.U.T. av. de Versailles, Université Paris V: "L'institution gériatrique: un "lieu de vie" ou "l'animation" pour des personnes âgées", 1992
- Et si nous changions l'image du vieillissement?
Journal du Centre Hospitalier de Dreux, 1991
- Accompagnement du sujet âgé en institution: proposition d'un système de soins basé sur la notion de soignant référent, 1992,
à paraître en 93 dans la revue Gériatologie

SEBAG-LANOE Renée

- Extrait de "Mourir accompagné, ed Desclée de Brouwer, 1986 (sur la préservation de l'identité)

SIX Jean-François

- Extrait de "Combat pour les vieux jours" (proposition d'une charte pour un contrat en établissement et non un règlement interdictif)

2) Autres articles

DEROUBAIX D., DESBATS L., MAGGI M., RALLIER J. - Le projet de service
Gestions hospitalières, mai 1991, n° 306, 405-408

DUFEY A.F. - La démarche de soins en gériatrie: chance ou risque?
Gériatologie, 1992, 2, n° 82, 44-49

Mme EVEN - Projet de vie en long séjour. Place de l'aide-soignant dans ce projet.
Gestions hospitalières, nov. 1987, n° 270, 670-673

VASSEUR E. - Que peut-on faire pour les personnes âgées dites démentes?
Gériatologie, 1989, n° 70, 23-26

3) Revues

Dossier en gériatrie sur "Communication verbale et non verbale dans les soins ",
Revue de l'Infirmière, mars 1992, n° 6 (dont 2 articles, un sur une organisation et un aménagement horaire adaptés à l'évolution des populations "Trouver du temps et de la disponibilité pour communiquer", et "Communication et accueil en long séjour")

Accompagnement de la personne âgée,

Bulletin de la fédération JALMALV, sept. 92, n° 30

4) Deux ouvrages de base

GUILLET Pierre

- L'aventure de l'âge. Histoires de bien vieillir, Coll. Le sens de la vie, ed Hatier, 1989 *ou* Livre de Poche n°30/80165 ed 1992

MEMIN Charlotte

- Projet de vie avec les personnes âgées en institution, Coll. Infirmières d'aujourd'hui, ed Le centurion, 1984