

ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ÂGE EN INSTITUTION: PROPOSITION D'UN SYSTEME DE SOINS BASE SUR LA NOTION DE SOIGNANT REFERENT

Article paru dans la revue Gériontologie n° 87, 1993-3, pp 27-32

Régine PICAMOLES

Psychologue clinicienne, Formatrice I.R.F.A. Maine-Normandie,
Centre de Soins Maurice Viollette, C. H. de Dreux, B.P. 144, **28107 DREUX**

Résumé: *Je propose un mode d'organisation du travail dans les institutions gériatriques où chaque aide-soignant devient le référent de quelques personnes âgées afin de les accompagner de façon personnalisée, tout en cernant l'objet et les limites d'une telle fonction. Il s'agit grâce à un support relationnel de leur fournir des éléments de repérage, de veiller à leur bien-être matériel, d'être à l'écoute de leurs désirs, de les soutenir dans l'expression et la réalisation de leurs projets et, enfin, de revaloriser le travail soignant. Suit une réflexion sur les conditions de mise en place et de soutien dans l'équipe.*

ORGANISER LE TRAVAIL EN LE STRUCTURANT ET EN LE PERSONNALISANT POUR HUMANISER LES LIEUX D'ACCUEIL ET REPONDRE A LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

Si le discours sur les sujets âgés en perte d'autonomie a bien évolué, qu'en est-il dans la réalité? Dans les lieux d'accueil, le **manque de structuration adéquate de l'équipe soignante** tient à mon avis une place majeure dans les raisons de la souffrance des soignants et limite la qualité du travail. L'objet de cet article, issu de mon exercice en gériatrie, consiste à proposer un cadre peu coûteux en moyens, structurant et opérationnel dans l'optique d'un réel soin global. Dans un premier temps, précisons cette souffrance des soignants, renvoyant à 2 revues récentes (4,5) par exemple pour plus ample illustration.

Rappelons le poids dans notre société des représentations psychosociales négatives sur le vieillissement et la mort, autant chez l'intéressé que dans le regard de l'autre, fût-il soignant, la mise à l'écart des sujets désignés et la croyance dans une médecine magique mise en demeure de nous en protéger.

Dans le secteur du soin aux plus âgés la référence majeure reste encore le modèle médical curatif, doublement inadéquat: la vieillesse n'est pas une maladie et il est illusoire de vouloir guérir la mort. Le soignant se trouve enfermé dans un paradoxe: accompagner sans espoir de guérison demande en un sens de faire d'emblée le deuil de l'idéal soignant. Deux attitudes individuelles ou d'équipe en découlent: une certaine démission ou un certain activisme, selon la gestion des sentiments d'angoisse, de dépression et d'impuissance. Le manque de formation psychologique du personnel (souvent débutant) pour de telles prises en charge au long cours, allié au manque d'effectifs "eu égard à la lourdeur, à la pénibilité et à l'implication relationnelle qu'exige leur tâche" (C. Memin) participent du tableau.

L'homme est un être de désir et de langage. **Le travail soignant se situe dans le registre du besoin mais aussi dans celui du désir** - désir d'amour, désir relationnel qui demande à s'exprimer sans relâche à travers des supports. Nombre de comportements d'allure pathologique sont en fait des troubles de la communication entre la personne et son environnement qui s'estompent quand elle est reconnue, y compris dans ses doubles messages et ses conduites paradoxales. Notre travail se situe dans la relation, la parole et l'écoute (même avec le sujet détérioré), aux côtés de l'autre pour l'aider à être dans une dynamique de vie, à négocier ses désirs avec la réalité, l'inciter et l'accompagner dans un travail de deuil vis à vis des pertes réelles ou imaginaires. Le soignant a souvent conscience du caractère vital de sa relation au sujet âgé. Cependant **l'institution offre rarement des modèles professionnels d'identification ni un réel cadre où cette "fonction relationnelle" soit vraiment reconnue.** On y privilégie toujours l'agir et la charge de travail s'évalue bien souvent en termes de tâches matérielles. Autre écueil: restreindre le relationnel à l'animation (terme associé dans l'imaginaire aux distractions) entraîne un certain malaise quant à

la définition du rôle propre du soignant. L'organisation "à la tâche" favorise d'autre part la méconnaissance des aspects relationnels, le caractère standardisé des réponses, la dilution de l'implication du soignant, sans compter la perte de temps due à la fragmentation du travail. Accentué par la rotation des équipes, la circulation et le traitement des informations, la coordination des actions, posent problème: la continuité matérielle et relationnelle d'une démarche n'est jamais acquise. Introduire un dossier de soins est un réel progrès (lorsqu'il ne se réduit pas à un recueil de quelques données paramédicales), mais il ne s'agit que d'un support à un travail, difficile à formaliser au demeurant, s'appuyant sur des échanges plus ou moins formels dans l'équipe (transmissions, pauses, etc). La souffrance du soignant me semble donc s'inscrire dans le décalage entre un cadre inadéquat et un travail conçu d'après les "besoins" réels des résidents.

Comment améliorer l'accueil et le travail en institution? Si l'augmentation des moyens relève d'un choix politique sur lequel nous pouvons peu agir, il semble légitime de former infirmiers et aides-soignants pour les aider à reformuler leur identité professionnelle. Introduire des temps de parole pour réfléchir sur les pratiques, s'exprimer sur les difficultés rencontrées afin de les dépasser est un autre moyen. Cependant, il est à mon avis nécessaire de redéfinir parallèlement le cadre de l'exercice du travail et son mode d'organisation pour pouvoir travailler autrement.

Si le souci d'égalité dans l'accès aux soins était légitime dans un contexte social caritatif d'assistance aux plus déshérités, son caractère égalitaire est illusoire: il favorise les inégalités en méconnaissant l'aspect singulier de chaque situation, de chaque individu, en état de fragilité de plus, avec ses besoins et désirs *spécifiques*, ainsi que le contexte familial et le caractère affectif de la relation soignant/soigné. Etablir des relations singulières entre résidents et soignants fait contre-poids à l'effet déshumanisant et désorientant induit par ce type de fonctionnement institutionnel. En laisser l'initiative au soignant, selon sa "bonne volonté" contribue à diviser l'équipe et à la démobiliser; c'est aussi un mode de fonctionnement aléatoire qui dans sa caricature conduit à ne s'occuper que des résidents gratifiants, et encore, souvent dans le cadre d'un surinvestissement momentané lié à l'urgence. **Prendre soin de tous passe paradoxalement par instaurer des liens privilégiés.** C'est faire en sorte que chaque parole, même si son expression est déroutante, soit entendue et analysée, et qu'il y ait au moins quelqu'un pour y répondre si besoin ou passer le relais. **Une réflexion convenablement menée dans l'équipe sur un système de soins prenant à la fois en compte les impératifs matériels et la nécessité d'un suivi personnalisé me semble une voie intéressante d'amélioration.** Par ce biais, une réponse peut s'élaborer quant au vécu dépressif de certains services lié à l'absence de projet. Une condition préalable est que l'encadrement soit convaincu de l'utilité d'un changement, ait suffisamment de possibilités de dégagement vis à vis des vécus de découragement, soit à l'écoute de son personnel et prêt à l'accompagner dans cette démarche. Un travail préliminaire à ce niveau peut être une première étape.

ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT PAR UN SOIGNANT REFERENT

Je propose une méthode d'organisation du travail complétant la démarche de soins classique permettant la mise en place, dans des limites à définir, d'un suivi personnalisé, autant sur le plan matériel que relationnel: une structuration de l'équipe *basée sur les notions de référence et d'accompagnement*.

Étymologiquement le mot référence se situe dans le registre du repérage: se reporter à quelque chose, rapporter à quelqu'un. Accompagnement renvoie à présence et soutien (définition du Larousse: "ensemble vocal ou instrumental qui soutient, enrichit une mélodie"). Je n'approfondirai pas ici ces notions théoriques, au demeurant peu conceptualisées même si elles constituent des bases de travail dans nombre de structures psychiatriques, médico-sociales et éducatives. Il s'agit, dans un double mouvement de repérage, que le résident et ses proches sachent à qui s'adresser, aient un interlocuteur dans l'institution et que le soignant soit moins dispersé en suivant de plus près un nombre restreint de résidents.

La sectorisation (1) permet de confier un petit groupe à une équipe restreinte. C'est un progrès

notable mais elle me semble cependant à affiner, à la fois pas assez personnalisée, parfois contraignante sur le plan de l'organisation; ce fonctionnement matériel en circuit fermé accentue aussi la dépendance réciproque entre soignants et résidents. La référence, par contre, n'a pas besoin de s'appliquer à tous les actes de la vie quotidienne. **Je propose que chaque aide-soignant ou "faisant-fonction" soit un "réfèrent relationnel" de quelques personnes** (3 ou 4 en long séjour par exemple). Il semble difficile que les infirmiers, peu nombreux, soient à eux seuls référents. Les aides-soignants sont plus proches des résidents et peuvent être à leur écoute de façon plus personnalisée. Le système de référence semble être un outil avec lequel l'aide-soignant pourrait s'approprier au mieux son rôle propre grâce à une réelle prise en charge globale et qui resituerait son travail à une place qui n'est pas uniquement celle du nursing (au sens usuel). C'est aussi revaloriser la fonction aide-soignante en offrant à chacun la possibilité de conduire une démarche suivie (à condition de l'aider), l'intérêt porté au travail étant inversement proportionnel au sentiment d'être un rouage. Il s'agit d'un pari qui peut paraître ambitieux et qui suppose aussi pour moi l'introduction d'une démarche, d'un esprit de formation au niveau des aides-soignants.

Essai de définition: La référence s'appuie sur la notion de projet personnalisé (de vie et de soin) et permet un suivi réel. Elle apporte au résident (et au référent) des éléments d'humanité et de repérage (identité, vie quotidienne). Elle permet une meilleure connaissance du résident et contribue à sa qualité de vie. Le référent est un support relationnel catalyseur de ses projets de vie.

Ce support l'aide à lutter contre les pulsions de mort présentes dans le vieillissement pathologique et amplifiées par la vie en institution (la perte d'intimité et le sentiment d'anonymat sont potentiellement désorganisateurs). Exister passe par le sentiment d'être quelqu'un pour un autre (c'est-à-dire d'être investi affectivement, d'être respecté dans son identité passée et actuelle). La fonction soignante s'appuie d'abord sur la prise en compte de ces tous petits riens qui font que la vie vaut la peine d'être vécue. Travailler au niveau du quotidien et du désir du sujet âgé, c'est aussi travailler au niveau de son narcissisme. Un objectif est de veiller à ce qu'il conserve autant que faire se peut sa place d'acteur en lui donnant ou redonnant le pouvoir d'être entendu, de choisir, de participer - y compris pour aborder une épreuve (survenue d'un handicap, fin de vie...); en ce sens, le projet de vie peut aussi relever d'un désir profond de régression ou de détachement. Le soignant se place en position d'accompagnateur: il *propose* un dialogue et c'est à partir des échanges, des négociations, que des désirs émergeront et que des projets se construiront peut-être dans la réalité. Une condition nécessaire est **d'inscrire cette relation dans la durée**: elle seule permet à une personne de se sentir reconnue, de parler d'elle et de sa vie, de la redécouvrir et donc de pouvoir évoluer. L'accompagnement réalise un **travail de lien psychique** grâce aux liaisons qu'il permet au résident d'établir entre son passé, son présent et son avenir en favorisant une dimension de continuité dans son histoire. **Le référent assure aussi une fonction médiatrice d'écoute** (besoins, désirs, angoisses) **et de mise en relation entre le résident, sa famille et l'institution** (c'est-à-dire les règles de vie et autrui, soignants et résidents), qui se "personnifie" en quelque sorte.

EN PRATIQUE: QUELQUES EXEMPLES DE FONCTIONS DU REFERENT

La démarche d'accueil du résident et de ses proches

Le suivi global commence dès l'accueil. Le référent pourrait y jouer un rôle privilégié sans faire tout lui-même pour autant. Son rôle est plus de servir d'intermédiaire, de coordonner et de faire en sorte que le résident ait ce qu'il lui faut sur le plan matériel en restant au plus près de ses goûts.

L'entrée en institution n'est simple ni pour le sujet âgé ni pour ses proches. La démarche d'accueil est un temps fort qui conditionne souvent la qualité du séjour. Je propose qu'un aide-soignant, préalablement in-formé des premiers contacts, soit détaché à l'heure d'arrivée - qui est *programmable*. Il présentera (peut-être plus précisément) l'institution, les lieux de vie personnels et collectifs, les résidents et les activités.

Le travail du référent, selon le choix de l'équipe, peut débiter à différents moments: arrivée, visite dans le service qui adresse le sujet âgé ou à son domicile pour mieux le connaître dans son

cadre de vie, ou plus tard (par exemple si la relation s'établit difficilement avec l'accueillant). L'accueillant peut devenir la personne de référence grâce à la relation privilégiée qui se noue généralement. Cet accueil ne dispense pas d'autres rencontres et nécessite un travail de coordination.

Veiller au bien-être matériel du résident

Un **recueil de données établi précocement** (auprès de l'intéressé ou grâce à l'aide de la famille) permettra à l'équipe de réfléchir sur des conditions d'accueil optimum. Le référent cherchera d'emblée à **connaître le résident sur un plan très concret (habitudes de vie, rythmes, goûts alimentaires, etc)**. Respecter le plus possible les habitudes dans les limites autorisées par la vie institutionnelle, c'est aussi faciliter l'intégration, viser au maintien de l'identité. Dès l'entrée, il veillera aux détails matériels comme la **personnalisation de l'environnement, la constitution et le renouvellement du trousseau**, avec la participation de la famille si possible. Les proches sont parfois dans un deuil anticipé et ne voient pas l'intérêt d'amener des objets personnels, ou pensent que l'institution doit tout fournir (en se réfugiant parfois derrière leur participation financière). A nous de souligner le statut affectif des objets et l'importance de la décoration de la chambre pour s'approprier les lieux.

Favoriser la vie sociale et les occupations

Qui mieux que le référent peut recueillir les désirs du résident ou les susciter en se basant sur la connaissance privilégiée qu'il a de son état actuel et de sa vie passée? Il aide à "tricoter le présent avec le passé", dit Mme Memin. **Accepter de participer à des activités** proposées en connaissance de cause **passse souvent par un support relationnel**. Le sujet âgé, s'il entre dans le jeu qu'on lui propose, peut ainsi conserver ou découvrir des activités. Il a besoin d'être stimulé pour agir ou, pour le dire autrement, qu'on lui ouvre des perspectives sur ce qu'il peut être et ce qu'il peut avoir. Par la démonstration dans le réel, on recadre ainsi les pertes dont il doit faire le deuil pour avancer. Le référent peut organiser des actions spécifiques avec le résident comme veiller à ses achats personnels ou l'accompagner en ville pour les effectuer. Il peut faire lien avec le tuteur quand une mesure de protection des biens a été mise en place. Donner une place d'acteur au sujet âgé, c'est aussi lui permettre d'exercer son pouvoir de consommateur. Par ailleurs, le maintien des liens avec l'extérieur peut être facilité par les relations personnalisées entre le référent et ses proches. **Le référent participe ainsi à plein titre à la menée de projets relatifs à la vie sociale et occupationnelle, directement ou en coordination avec l'équipe d'animation.**

Autres fonctions

Les limites précises des actions de référence se définissent dans chaque équipe et par rapport à chaque relation singulière. Par exemple, le référent peut être chargé d'**actions personnalisées**: accompagner le résident à des examens (parfois angoissants voire impossibles à réaliser du fait de l'agitation), aller visiter avec lui l'établissement ou le service lors d'un changement, l'aider à préparer ses affaires... Pour certains, il peut être thérapeutique que le bain, moment de grande intimité et parfois de plaisir partagé, ait lieu si possible toujours avec la même personne. Pour les personnes régressées psychiquement, une relation d'étayage stable avec un soignant investi tel que le référent peut permettre de conserver certaines fonctions.

CHOIX ET CHANGEMENTS DE REFERENCES

Il importe d'en tenir compte dans une dynamique d'équipe. Il existe en gros **deux procédures de choix**:

- **une procédure arbitraire** (choix géographique, etc ...) qui évite les écueils d'un choix par préférence;
- **par affinités**, réciproques le plus souvent. Un lien affectif positif favorise la relation, une juste distance restant à trouver (en particulier envers la famille). En contrepartie, les séparations et deuils seront plus douloureux, en rapport au degré d'investissement. Les résidents dont personne

ne souhaite s'occuper peuvent être choisis au cas par cas en tentant d'en éclaircir en équipe les raisons.

Le résident devrait pouvoir donner son avis. Méfions-nous cependant des conséquences possibles sur la dynamique de l'équipe d'un clivage entre "bons" et "mauvais" soignants, selon qu'ils aient été choisis ou pas. Un temps de maturation est peut-être à envisager avant d'aller dans ce sens.

Si la référence est trop lourde et si le soutien de l'équipe ne permet pas de relativiser la situation, il serait bon que le soignant puisse passer la main sans que cela soit vécu comme un échec par tous. Le respect du résident passe par celui de ses propres limites. La situation sera explorée si possible avec lui (il risque sinon de se vivre encore plus "mauvais") et en tenant compte des mouvements d'équipe sous-jacents.

L'organisation doit aussi prévenir les risques de décompensation brutale du vieillard lorsqu'il se sent abandonné (absence prolongée du référent, mutation) en pensant à mettre en place des systèmes relais et à parler les séparations. Le risque est aussi inhérent à la fragilité du vieillard qui le fait fonctionner essentiellement sur un mode affectif.

CADRE INSTITUTIONNEL DU SYSTEME DE REFERENCE. ANALYSE DE L'IMPLICATION.

Une bonne connaissance du résident passe par l'observation quotidienne, mais aussi par le décryptage de ses attitudes et du sens de ses demandes, le repérage des mécanismes de transfert (projections réciproques de ses réactions affectives et des nôtres) et de nos identifications (comme dans la relation triangulaire avec la famille). Dans un tel système de soins, le soignant est plus impliqué sur le plan relationnel et l'institution doit l'aider à assumer ses fonctions. Ainsi si quelqu'un refuse tout, met en échec toutes les propositions, son référent peut se vivre comme un mauvais soignant et se sentir coupable. Faute de recul et de recadrage, la tâche risque d'être trop lourde et le découragement risque de s'installer.

Une personne formée à l'écoute et si possible dans un statut non hiérarchique (**psychologue**, dont la spécificité est précisément l'écoute, ou infirmière clinicienne, conseillère de santé...), **pourrait animer des groupes de réflexion** autour de situations et de questionnement sur les pratiques professionnelles, à partir de la fonction de référence par exemple. Outre cet espace de parole guidé par l'absence de jugement et le souci de compréhension (celle de l'implication du soignant, de la réalité psychique du résident et des enjeux relationnels), **deux autres formes de soutien** me semblent possibles:

1) **un soutien de l'aide-soignant par un infirmier "personne ressource" pour l'accompagner dans ses fonctions de référence**, dans le prolongement de son rôle propre d'encadrement. L'infirmier souvent débutant et peu préparé par sa formation initiale pourrait tirer parti de formations complémentaires axées sur les aspects relationnels du soin et trouver un interlocuteur au quotidien auprès du psychologue.

2) formule voisine: **une organisation pyramidale, où chaque infirmier est référent pour les soins infirmiers des mêmes résidents que les aides-soignants dont il est le "référent"**. Si cela peut faciliter l'articulation entre travail infirmier et aide-soignant, il y a risque de confusion dans l'aide qu'il peut apporter au référent, étant lui-même interlocuteur privilégié du résident donc moins à distance.

Place du référent dans l'équipe. Démarche de soins.

Le référent se situe à un point d'articulation dans l'équipe. Son rôle n'est pas de faire seul ce qui relève d'une démarche d'équipe, essentielle pour **la cohérence et la continuité de la prise en charge**. Définir les objectifs en commun, même sur sa proposition, avec une confrontation de regards et de points de vue différents, est aussi plus riche qu'une initiative individuelle et permet plus de distanciation. **Le référent est un des médiateurs entre le résident et l'équipe, et sa responsabilité réside à être "porte-parole" de ses intérêts**, à rappeler à l'équipe qu'il est là, qu'il faut veiller à son bien-être. Le référent n'est pas "Le Responsable", il ne s'approprie pas le résident, pas plus que les autres ne se déchargent du travail sur lui.

Personnage clé pour le recueil de données, il est aussi comme une **mémoire orale vivante de l'histoire de vie du résident envers l'équipe**, notamment les nouveaux collègues. Tout autre

soignant saura à qui livrer ses informations, à charge du référent de les répercuter. Il sera ainsi plus facile de faire le point sur des suivis "périphériques" (cantou, atelier d'ergothérapie...). Ecrire est l'affaire de tous mais n'est pas toujours simple pour les aides-soignants; l'infirmier et l'encadrement sont là pour les inciter à noter le maximum d'observations en rappelant les enjeux. Le référent peut avoir un certain rôle de synthèse écrite dans la collecte des informations ou de coordination dans le déroulement des démarches de soin, comme prévoir des points réguliers en équipe, remplir les grilles d'évaluation avec ses collègues.

Rôle de l'encadrement infirmier et du service médical

Dans une telle organisation, le **cadre infirmier a un rôle fondamental**. Il encadre au sens véritable du terme, c'est-à-dire donne un cadre, recadre si besoin. Il est une des mémoires de l'institution et du projet, garant de la démarche, explicitant chaque fois que c'est nécessaire ses objectifs et sa méthode (ce qui est bien utile lorsque le personnel change fréquemment). Par rapport à une organisation à la tâche, il voit alors la nature de son travail et de son pouvoir changer. Il n'est plus celui qui détient l'information sur tous et contrôle les tâches, il devient un pôle dynamique de la démarche de soins. Coordination, soutien, dynamique de formation du personnel, recherche occupent une place fondamentale dans son travail.

Il arrive que les médecins participent peu à la vie institutionnelle, pour des raisons parfois structurelles. Ailleurs ils jouent un rôle clé dans la dynamique du service et l'animation du travail d'équipe. En gériatrie, leur participation (celle du psychiatre en particulier) dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, avec une conception globale du soin, est source de richesse. Elle pourrait amener, par exemple, à une différenciation des rôles de l'encadrement. Le médecin pourrait travailler plus au niveau du résident, en articulation avec les projets thérapeutiques, et le cadre infirmier au niveau de l'encadrement de son équipe.

Le fonctionnement institutionnel proposé me semble pouvoir s'appliquer, a minima, dans le seul cadre du service infirmier; une non implication de l'encadrement infirmier paraît par contre difficile à concevoir.

CONCLUSION

Une organisation du travail où chaque résident a un référent peut apporter un bien-être accru et, en même temps, un regard différent du soignant sur la vieillesse et sur son travail, revalorisé et plus "efficace". D'autre part, chacun connaît les forces de résistance d'un individu ou d'un groupe quand survient un élément nouveau, donc anxiogène et facteur de déstabilisation même s'il peut être source de progrès. Au terme de cet article, rappelons un élément capital de la démarche: prendre le temps d'une réflexion et d'une concertation suffisantes avec une adhésion réelle de l'équipe, encadrement compris.

BIBLIOGRAPHIE

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

2 - PAYER-ARGENCE O. - L'accompagnement: moyen de communication et d'interaction.
Forum 52, juil. 1990, 3-15

3 - PICAMOLES ABEKHZER R. - Organisation du travail en institution gériatrique: le système de référence. Une perspective dans l'accompagnement du sujet âgé.
Psychologues et Psychologies, sept. 1992, n°108-109, 31-33

Deux revues:

4 - « Accompagnement de la personne âgée », *Bulletin de la fédération JALMALV*, sept. 1992, n° 30

5 - « Psychologie et gériatrie. Quel discours, quelles pratiques? », *Bulletin du Syndicat National des Psychologues "Psychologues et Psychologie"*, sept. 1992, n°108-109