

**ORGANISATION DU TRAVAIL EN INSTITUTION GERIATRIQUE:  
LE SYSTEME DE REFERENCE.  
UNE PERSPECTIVE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ÂGE**

*paru dans « Psychologues et Psychologies », Sept. 1992, n° 108-109, 31-33*

**Régine PICAMOLES**

**Psychologue clinicienne**  
Centre de Soins Maurice Viollette  
Centre Hospitalier de Dreux  
Les Bas Buissons  
**28102 DREUX**

**Résumé:**

*Une structuration de l'équipe soignante par un système de référence peut permettre au travail en gériatrie d'être revalorisé en l'éloignant du seul travail à la tâche. La démarche de soins infirmière y gagnerait grâce à une réelle reconnaissance du travail relationnel. Le résident se retrouverait alors vraiment reconnu comme sujet désirant.*

*J'essaie de cerner l'objet et les limites d'une telle fonction pour le soignant et de réfléchir sur les conditions de mise en place et de soutien dans l'équipe. Le psychologue trouve dans ce cadre une fonction institutionnelle plus précise.*

\*\*\*\*\*

La proposition d'organisation du travail basée sur le système de référence que j'effectue est le fruit de la réflexion en cours au sein d'un service d'hébergement non sectorisé (accueillant actuellement environ 80 résidents - c'est dire la difficulté d'emblée à porter une attention à chacun), ceci à travers l'élaboration en équipe d'un projet de service. Le désir d'un noyau de soignants de travailler différemment et de donner au résident, quel qu'il soit, un statut de sujet à part entière est à l'origine de cette démarche. Il s'ensuit à ce jour une appropriation progressive par l'équipe avec une reprise au niveau de l'encadrement du service infirmier.

Ma contribution à cette réflexion s'appuie aussi sur ma pratique au sein d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale recevant des femmes en difficultés et fonctionnant avec un système de double référence. Chaque femme en séjour se voit attribuer deux éducateurs référents chargés d'effectuer un accompagnement psycho-éducatif. Ce dernier est basé sur des démarches mais surtout des entretiens visant à explorer avec elle ses difficultés, tant psychologiques que sociales, et à l'aider à élaborer et à mettre en place son projet de vie. Le travail institutionnel y est par ailleurs important, tant au niveau des prises de décisions qu'à celui de l'analyse des situations et des mouvements transférentiels et contre-transférentiels: au moment des synthèses, à travers des discussions informelles, et grâce à des groupes de référence (avec les deux éducateurs référents), centrés essentiellement sur l'analyse du transfert.

Ce mode de travail m'a paru structurant à la fois pour les femmes hébergées et pour l'équipe.

Parallèlement, dans l'institution gériatrique où je travaille, la difficulté à mettre en place les démarches de soin m'est apparue encore plus évidente, surtout avec la référence, au niveau du service infirmier, au modèle théorique de Virginia Henderson basé sur les 14 besoins fondamentaux. Difficulté bien sûr en rapport avec le manque de formation, en particulier sur le plan psychologique, du personnel soignant. Je n'insisterai pas sur l'impact de l'image dévalorisée du travail en gériatrie que nous connaissons tous bien, sur son caractère routinier, même s'il est aussi une défense contre des situations potentiellement mortifères.

Il me semble aussi qu'**une des raisons importantes de la souffrance des soignants et des résidents réside dans un manque de structuration de l'équipe soignante**. Elle engendre un sentiment de dispersion chez le soignant et renforce chez le résident l'impression d'être un objet de soin, devant la difficulté à trouver un interlocuteur dans la durée. Faute de structuration d'équipe orientée vers une personnalisation du soin et permettant un suivi dans le temps, la démarche de soin risque de se perdre dans un système organisé le plus souvent à la tâche et selon le modèle de l'urgence, où avoir des symptômes est parfois le seul moyen de se faire reconnaître. Le principe de sectorisation (2) qui consiste à confier un petit groupe de résidents à une équipe restreinte est un progrès notable. Il me semble à affiner vers plus d'individualisation.

Il est en partie illusoire d'imaginer transposer tel quel le modèle exposé plus haut. C'est moins la différence de population qui me paraît en cause que la charge de travail et, surtout, la différence de formation du personnel. Les objectifs ne sont pas par contre fondamentalement différents, puisqu'il s'agit dans les deux cas d'accompagner le sujet dans son projet de vie. Un tel travail se fonde évidemment sur la relation et sur l'écoute.

Le soubassement théorique de la notion de référence a été peu étudié, du moins au regard de mes lectures. Mon propos ne se situera pas ici à ce niveau. Mon projet est plutôt de proposer un cadre opérationnel pour l'institution gériatrique.

Il s'agit, dans un double mouvement de repérage:

- que chaque résident sache à qui s'adresser lorsqu'il a quelque chose à dire (il en est de même pour sa famille et pour ses proches)
- que chaque soignant accompagne un nombre restreint de résidents, dans des limites à définir.

**Je propose que chaque aide-soignant ou "faisant-fonction" soit "référent" d'un nombre limité de personnes.** Pourquoi les aides-soignants et pas les infirmiers? D'abord pour des raisons d'effectifs, mais surtout en raison de leur plus grande proximité vis à vis des résidents.

C'est aussi resituer leur travail à une place qui n'est pas uniquement celle du nursing (au sens habituel où on l'entend). Ancrer le travail aide-soignant réellement dans le registre du relationnel est un pari ambitieux mais sans lequel une meilleure qualité de soins ne me semble pas possible. Le gagner suppose introduire une démarche, un esprit de formation au niveau des aides-soignants. Par ailleurs, le système de référence me semble être un outil avec lequel l'aide-soignant pourrait s'approprier au mieux son rôle propre. De sa place, reconnue, il pourrait de mettre en œuvre une réelle prise en charge globale.

### **Essai de définition**

Il est clair que la référence ne peut pas s'appliquer à tous les actes de la vie quotidienne. D'abord, c'est impossible matériellement. D'autre part, avoir un interlocuteur unique (ou plusieurs en nombre limité) parmi les soignants serait aussi singulièrement limiter le réseau de relations du résident. Bref, ce serait enfermement pour le référent et pour le sujet.

**Le référent apporte d'emblée des éléments de repérage et d'humanité grâce à la relation singulière qui s'établit entre lui et le résident.** Le soignant est là pour contribuer à la qualité de la vie. Il va accompagner le résident dans sa vie quotidienne grâce à des actions très concrètes, mais

surtout grâce à l'écoute et à l'observation. Travailler au niveau du quotidien et du désir du sujet âgé, c'est travailler au niveau de son narcissisme. **D'emblée nous situons le travail soignant dans le registre du désir et pas seulement dans celui du besoin.**

Le référent offre donc un support relationnel et se place en position d'accompagnateur, voire même en position de "moi auxiliaire": il *propose* un dialogue, et c'est à partir des échanges, des négociations, que des projets se construiront peut-être dans la réalité. Il serait ainsi le support catalyseur des projets de vie du résident. L'objectif est de veiller à ce que ce dernier conserve autant que faire se peut sa place d'acteur de sa propre vie en lui donnant ou en lui redonnant le pouvoir d'être entendu, écouté, de choisir, de participer. Parce que le référent écoute et répond dans la dialectique besoin/désir/sujet, il œuvre afin de permettre au résident d'assumer la réalité de sa dépendance tout en restant sujet. Le travail de deuil joue là un grand rôle. Le travail du référent s'inscrit dans le cadre du holding et du handling, sans relever pour autant de la psychothérapie.

Par ailleurs, **l'accompagnement semble réaliser un travail de lien psychique** grâce aux liaisons qu'il permet au résident par sa parole d'établir entre son passé, son présent et son avenir, en favorisant une dimension de continuité dans son histoire, mais aussi entre lui et l'institution, peut-être également entre sa famille et lui. Ce travail de mise en relation permis par le miroir offert par l'interlocuteur va permettre de lutter contre les pulsions de mort présentes dans les formes de vieillissement pathologique. Pour le dire autrement, il contribue à des objectifs qui nous semblent essentiels: permettre au sujet âgé de conserver ou d'établir des repères dans son identité et dans son lieu de vie.

Une condition nécessaire à cet accompagnement est d'**inscrire cette relation dans la durée**, tant il est bien connu que tout travail demande du temps... La procédure de changement de référent, en cas de difficultés tenaces ou simplement de départ du soignant référent, tout comme son choix d'ailleurs, gagnera à être réfléchi en équipe.

## **EN PRATIQUE: LES FONCTIONS DU REFERENT**

Les fonctions du référent seront peu détaillées ici. Les grandes lignes en sont simples.

### **L'accueil du résident et de ses proches**

Chacun sait combien l'accueil, travail de présentation et d'écoute, est un temps fort qui conditionne la qualité du séjour. L'accueillant développe alors une **fonction médiatrice** entre le futur résident, ses proches et l'institution, qui se "personnifie" en quelque sorte, contribuant ainsi à lutter contre l'effet déshumanisant d'une vie collective. Il devient "tout naturellement" la personne de référence pour le résident et pour ses proches grâce à la relation privilégiée qui s'instaure lors des prises de contact successives.

Le référent cherchera d'emblée à connaître le résident sur un plan très concret (habitudes de vie, rythmes, goûts alimentaires, etc.) afin d'en tenir compte dans les limites autorisées par la vie institutionnelle. Un recueil de données suffisant et établi précocement permettra à l'équipe de réfléchir sur des conditions d'accueil optimum.

Après l'accueil, le suivi global de la personne est le deuxième objet du travail du référent et commence dès cet instant.

### **Veiller au bien-être matériel du résident**

Sur le plan pratique, les premiers objectifs à se fixer, et ce dès l'entrée, consistent à veiller aux détails matériels comme la personnalisation du lieu de vie, la constitution et le renouvellement du trousseau, avec la participation de la famille si c'est possible. Les objectifs sont encore une fois la facilitation de l'intégration et le maintien de l'identité en permettant au sujet âgé de s'approprier les lieux, en respectant le statut affectif des objets, en favorisant le maintien de l'estime de soi par le souci de l'apparence.

### **Favoriser l'épanouissement par la vie sociale et les occupations**

Accepter de participer à des activités d'animation proposées en connaissance de cause, parvenir à dépasser le premier refus causé par l'angoisse, passe souvent par le support relationnel offert par le soignant. Le sujet âgé, dit-on souvent, a besoin d'être stimulé pour agir. Pour le formuler autrement, il a besoin 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 participe ainsi à plein titre à la menée des projets d'animation, contribuant à mettre de la vie, à "donner une âme". Participation directe, travail de lien et de coordination avec l'équipe d'animation selon les cas. Il s'agit là d'un travail gratifiant et extrêmement valorisant, où la prise d'initiatives et le sentiment de responsabilité sont bien présents et où les résultats peuvent être reconnus.

### **Fonction de référence et démarche de soins**

D'après le rôle qu'il est amené à jouer auprès du sujet âgé, le référent est un personnage clé dans la démarche de soins pour le recueil et la transmission des informations. Il peut avoir un rôle de synthèse vis à vis du dossier de soins, ou de coordination dans le déroulement de la démarche de soins (comme à l'occasion du remplissage des grilles de dépendance, pour mettre en évidence les changements).

Le référent peut aussi se situer dans l'équipe à un point d'articulation de la démarche de soins, en particulier pour la transmission des informations orales. L'écrit est nécessaire mais ne dispense pas pour autant d'échanges autour. Il s'agit de démarches complémentaires qui enrichissent l'une et l'autre la démarche de soins. Tout autre soignant ou intervenant saura aussi à qui s'adresser pour livrer ses informations, à charge du référent de les répercuter à l'équipe. Il sera ainsi plus facile d'avoir un lien et de faire le point sur des suivis "périphériques" (cantou de jour, atelier d'ergothérapie, etc).

Entendons-nous bien, ce n'est pas à lui d'effectuer seul ni d'évaluer cette démarche, de même sorte qu'il n'effectue pas seul "tout" sur le plan matériel. Cette démarche s'effectue en équipe. En effet, la continuité de la prise en charge est fondamentale dans une simple perspective de cohérence. D'autre part, définir les objectifs en équipe, même sur proposition du référent, est une démarche plus riche qu'une initiative individuelle, puisqu'elle résulte d'une confrontation de regards et de points de vue différents. Cependant, il me paraît important que quelqu'un soit le "garant" de l'*existence* de *chaque* démarche de soins. Ni l'infirmier, ni le surveillant ne disposent du temps suffisant pour ce faire.

### **Autres fonctions**

La liste des fonctions du référent n'est pas limitative, c'est à chaque équipe et dans chaque relation singulière que les limites précises des actions de référence pourront se définir. Par exemple, des actes de nursing comme le bain peuvent relever des fonctions du référent, ou bien encore des actions basées sur la relation d'étayage, vis à vis des personnes régressées psychiquement en particulier.

## **CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ANALYSE DE L'IMPLICATION DU REFERENT**

### **Un écueil à éviter**

La tentation d'une mise en place rapide et sans réelle concertation d'un projet qui séduit est toujours grande. Chaque équipe de soins doit définir son projet spécifique, et cela ne peut pas s'effectuer sans une adhésion réelle de l'équipe, encadrement compris. Une condition préalable est que l'unité de soins ait un encadrement convaincu de l'utilité d'un changement, à l'écoute de son personnel et prêt à le soutenir au quotidien dans cette démarche forcément anxiogène. Un travail préalable avec lui est une des bases de la réflexion, et le psychologue peut intervenir à ce niveau. D'autre part, ne pas prendre le

temps d'une réflexion suffisante en équipe, avec implication de l'encadrement, est à coup sûr source de résistances voire d'échec.

### **Travail de supervision**

Mettre en place un système de soins suppose aussi pour l'institution savoir se donner les moyens d'aider son personnel à pouvoir comprendre les jeux et les enjeux relationnels. A savoir, il s'agit de définir des lieux, des temps et de trouver des "personnes ressources" pour pouvoir parler les difficultés, analyser les jeux transférentiels et faire le point. Le cadre des transmissions ne suffit pas, il s'agit plutôt d'un lieu de suivi. On ne peut y faire une analyse approfondie de situation. Prendre du recul "à chaud" et avec toute l'équipe n'est pas toujours aisé. De plus, il est illusoire de vouloir "faire du relationnel" avec les résidents si la parole ne circule pas chez les soignants.

Mes propositions seront de deux ordres:

- placer l'infirmier en position de soutien envers quelques aides-soignants vis à vis de leur fonction de référence. La fonction d'encadrement des aides-soignants fait d'ailleurs partie de son rôle propre. En bémol, soulignons combien il s'agit d'une fonction parfois délicate à assumer, surtout par des infirmiers débutants peu préparés de surcroît par leur formation initiale. Le psychologue peut les soutenir à ce niveau.
- organiser des groupes de parole animés par une personne formée à l'écoute pour que les soignants puissent réfléchir sur leur pratique de référence. Prévoir un cadre pour ce travail de supervision s'avère encore plus nécessaire que dans une organisation du travail classique, la protection par l'anonymat de l'équipe et la dilution des responsabilités étant plus difficile en raison même du degré d'implication du soignant. Le psychologue trouve là une fonction institutionnelle de taille.

### **Rôle de l'encadrement infirmier et du service médical**

Une telle organisation semble pouvoir fonctionner sans la participation du service médical, lorsque cette dernière s'avère impossible ou réduite. Par contre, l'encadrement infirmier y a, à mon avis, un rôle fondamental, se situant en quelque sorte au niveau de la fonction cadrante.

Par rapport à une organisation du travail à la tâche, le surveillant voit alors la nature de son travail et de son pouvoir changer. Il n'est plus le surveillant qui détient l'information et contrôle les tâches. Il devient alors un pôle dynamique de la démarche de soins. Coordination, soutien, dynamique de formation du personnel, recherche occupent alors une place fondamentale de son travail.

### **Conclusion**

L'organisation de travail par système de référence me paraît être une piste intéressante pour prendre de la distance vis à vis des organisations à la tâche et donner au personnel soignant réellement les moyens d'ancrer son travail dans le relationnel et d'effectuer un travail de qualité. Il s'agit, tous comptes faits, de faire en sorte que de la parole circule et que du sens voit le jour chez les soignants et les résidents. Le sujet abordé gagnerait à être approfondi, surtout sur le plan théorique.

\*\*\*\*\*

### ***BIBLIOGRAPHIE***

1 - DUFÉY A.F. - **La démarche de soins en gériatrie: chance ou risque?**  
*Gérontologie*, 1992, 2, n° 82, 44-49

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

3 - PAYER-ARGENCE O. - **L'accompagnement: moyen de communication et d'interaction.**

*Forum* 52, juill. 1990, 3-15

4 - PLOTON L. - **La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence,** ed.

Chronique Sociale, Lyon, 1990